

señalado en los procesos de irritación del peritoneo alto del abdomen, en los procesos congestivos y, en especial, en aquéllos provocados por derrames hemáticos del vientre superior o del vientre bajo, que llegan a la región dando el síndrome típico de las reacciones frénicas. Sigue la similitud perfecta con los embarazos ectópicos que dan la gran inundación peritoneal al punto que frente a un embarazo ectópico en accidente que presente reacción frénica franca, aceptamos y afirmamos sin temor de falsear la verdad, de que hay sangre libre en el vientre superior. El hematosalpinx jamás da dolor alto, como tampoco el hematocele enquistado. Comprobaciones operatorias nos han permitido formular la categórica afirmación.

Dr. Bado.—Posiblemente, el estudio radioscópico de la base del tórax, hipocondrio izquierdo, nos mostrará la inmovilidad del hemidiafragma izquierdo, sirviendo esta constatación para suplir la escasez de síntomas periféricos.

Presentado en la sesión del 8 de Junio de 1932.

Preside el Dr. J. C. del Campo

Pseudo quiste hemático del pancreas

Por los doctores P. LARGHERO y A. VICTORICA

Las tumoraciones quísticas de origen pancreático se dividen desde hace muchos años en quistes verdaderos y falsos, en el sentido anatómico de la denominación según que la pared que limita la cavidad posea o carezca respectivamente de revestimiento epitelial.

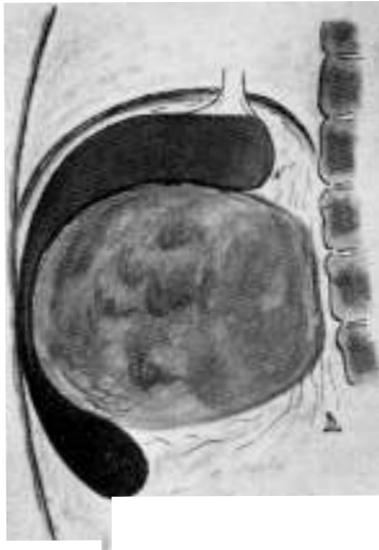
Los llamados falsos o pseudo quistes (que no son en la mayoría de los casos, sino hematomas organizados en su superficie, enquistados), se dividen todavía del punto de vista patogénico en dos grupos, según que el origen radique en un traumatismo o en una pancreatitis aguda abortada en la etapa de hemorragia intra o peripancreática subperitoneal.

Esta división además de su interés anatómico y patogénico, importa también al diagnóstico, a la conducta terapéutica y al pronóstico inmediato y alejado, hechos estos últimos sobre los cuales no creemos haya llamado suficientemente la atención. A ellos nos referimos sobre todo en las consideraciones que acompañan a la observación que pasamos a relatar.

Historia clínica.—**B. V. de R.**, 34 años, uruguayo, casado. Procede del Departamento de Tacuarembó ingresa al Servicio de Cirugía del Prof. Navarro el 26 de Enero de 1932 por un tumor del hipocondrio izquierdo.

Su historia es la siguiente: Hace un año y medio tiene por primera vez una crisis dolorosa localizada en el epigastrio con irradiación al

hipocondrio derecho y al tórax del mismo lado, y un poco también al hipocondrio izquierdo ,acompañado con vómitos biliosos, chuchos de frío y orinas colúricas, aunque sin ictericia apreciable, con los caracteres de un cólico hepático diagnosticado y tratado por médico. Desde entonces hasta el mes de Marzo de 1931 tuvo cinco o seis cólicos más, caracterizados por una notable similitud de sintomatología, atendida por el mismo médico, cediendo a la misma terapéutica y seguidos de completo bienestar en los períodos intercalares, a pesar de no observar un régimen muy severo. De Marzo a Setiembre de 1931 no experimentó ningún trastorno. En la segunda quincena del mes de Setiembre, comenzó un día, después de almorzar, a sentir dolores bajo el reborde costal derecho con los caracteres de los cólicos anteriores, evolucionando en las primeras horas como ellos, pero a las 2 de la madrugada del día siguiente, el dolor cambia de carácter, se generaliza al abdomen con máximo de intensidad en la región umbilical. se hace agudísimo, mucho más que en los episodios anteriores, apenas y pasajera-mente aliviado por inyecciones de morfina, que debieron ser repetidas



Esquema de la radiografía lateral.

esa noche. No tuvo vómitos, ni fiebre al comienzo, ni ictericia en los días siguientes. Se instala una constipación rebelde con balonamiento del vientre, marcada oliguria y estos síntomas, con el dolor casi de la misma intensidad pese a las inyecciones calmantes, privándole del

sueño, ceden recién a los ocho días. A los cuatro días del comienzo de este cuadro la temperatura sube bruscamente a 39 grados, con chuchos de frío, marcado decaimiento, inapetencia, persistiendo 8 días. Cuando los síntomas comenzaron a ceder, la constipación fué sustituida por una diarrea negra, como borra de café. A los 15 días se levanta y constata unos días después que ha adelgazado 10 kgr. A partir de este momento, mejoría.

En los primeros días del mes de Enero de 1932, sintiendo dolores lumbares del lado izquierdo, se palpa y se encuentra en el vientre superior izquierdo una masa que hasta entonces ni ella ni los médicos que la habían palpado en sus cólicos anteriores y en su ataque de Setiembre habían encontrado; por eso ingresa. Madre de 4 hijos.

Examen.—Aspecto general excelente, panículo adiposo abundante, lengua húmeda. Apirética. A la inspección del abdomen se ve una saliente convexa del hipocondrio izquierdo y un levantamiento de la parte anteroexterna del reborde costal del mismo lado. Ella es producida por una masa que se desplaza con los movimientos respiratorios. A la palpación, en el hipocondrio izquierdo y en la parte izquierda del epigastrio, invadiendo un poco la línea media se constata una masa globulosa del tamaño de la cabeza de un feto. Su límite inferior llega hasta una horizontal que pasa a tres traveses de dedo por encima del ombligo; del lado interno rebasa un poco la línea media; del lado externo llega al contacto de la pared y el límite superior se pierde bajo el reborde costal que levanta.

El desplazamiento transversal se constata también imprimiendo al tumor movimientos entre las dos manos.

La masa es globulosa, esférica y completamente indolora. De consistencia quística, tensa. Superficie un poco irregular, como si hubiera vísceras por delante.

No se palpa el bazo ni el borde inferior del hígado. El límite posterior de la masa no llega a la fosa lumbar, está francamente hacia adelante, no hay, pues, contacto lumbar.

Percusión: Sonoridad de timbre grave por delante del tumor, macidez en el espacio de Traube. La zona esplénica es mate. En la parte posterior hay macidez y resistencia al dedo en la base pulmonar izquierda, que llega a dos traveses de dedo por debajo de la espina del omoplato.

Auscultación: Disminución de la respiración en la base pulmonar izquierda.

Examen a rayos X.—En vista de precisar la topografía del tumor se practican varios exámenes radiológicos cuyo resultado resumimos, a continuación.

Hemidiafragma izquierdo al mismo nivel que el derecho. Por debajo del hemidiafragma izquierdo se ve una zona de opacidad que ocupa todo el hipocondrio izquierdo. Su borde externo es convexo dejando entre ella y la pared costal un espacio claro, estrecho, que corresponde a la logia esplénica. Se le da comida opaca y se constata que la comida se detiene sobre la línea media, inmediatamente por debajo del diafragma, dando una sombra globulosa; un momento después la comida comienza a descender, mostrando el estómago que está en la línea media y en posición vertical. Se llena bien el antro pilórico. La presión sobre el estómago, en su parte media, muestra que el espesor



Radiografía de frente, imagen lacunar, temporaria meso-gástrica.

de la capa de barita que hay en esa zona es muy delgado, produciéndose por esta maniobra una imagen lacunaria que desaparece no bien cesa la compresión.

El estómago se encuentra, pues, delante de la masa, comprimido entre ella y la pared abdominal, como se puede comprobar por radioscopia lateral.

Se veía, además, entre la pared externa del diafragma izquierdo y el estómago, una zona triangular obscura que la placa demostró ser el bazo.

El ángulo derecho del colon, el colon transverso y el ángulo izquierdo están descendidos. Este último está a la altura de la cresta iliaca.

Exámenes de laboratorio.—Reacción de Cassoni, positiva. Reacción de Wassermann, negativa. Urea en el suero, 0gr.21. Sangre: glóbulos rojos, 4.150.000; glóbulos blancos, 5.800. Hemoglob., 80 %. Valor Glob., 0,96. Gran. N., 66 %. Gran. E., 4 %. Bas., 1 %. Monocitos, 3 %. Linfocitos, 26 %. Orina: Albumina, 0,75 $\frac{0}{100}$ (cateterismo). No hay glucosa. Sedimento: Leucocitos, células planas y algunos cilindros hialinos.

Con el diagnóstico de falso quiste hemático del páncreas. por pancreatitis, pese al Cassoni y a la eosinofilia, se interviene.

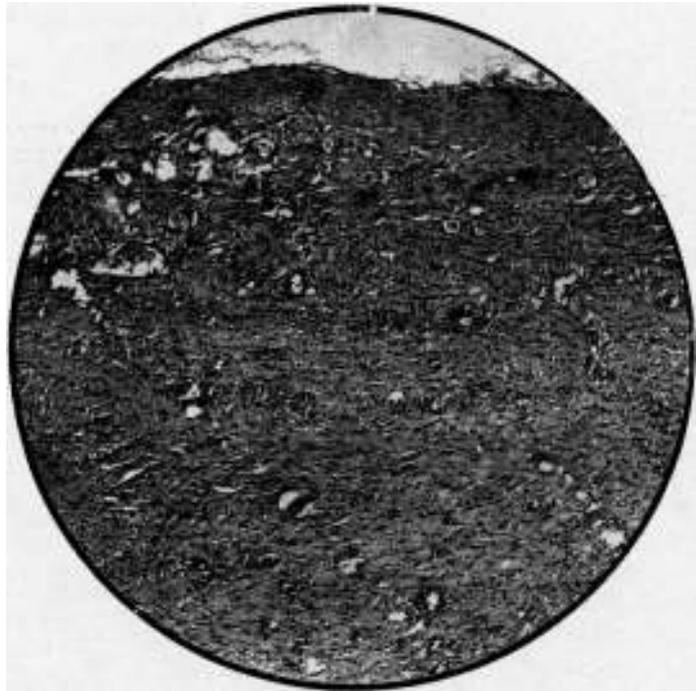
Operación (el 5 de Febrero de 1932).—Drs. Larghero y Victorica.—Anestesia local. Laparotomía paramediana izquierda supraumbilical. Abierto el peritoneo se encuentra contra la pared anterior, el estómago empujado por un tumor del tamaño de la cabeza de un niño. Las paredes del estómago se encuentran acoladas. Continúa al estómago el epiplón gastrocólico que cubre la tumoración. Sus venas, así como las venas gastroepiploicas se encuentran considerablemente dilatadas, de un diámetro de medio centímetro. Se levanta y exterioriza el epiplón y se encuentra el colon transverso que cruza la cara anteroinferior del tumor. El mesocolon transverso está estirado y abomba un poco hacia abajo, distendido por la cara inferior del tumor.

El tumor se extiende hacia arriba hasta el diafragma, hacia abajo hasta el mesocolon transverso, hacia adentro hasta la línea media, hacia afuera empuja el epiplón gastroesplénico, levantando y llevando hacia arriba, contra la pared, el bazo.

Se trata de un tumor quístico que ocupa la retrocavidad de los epiplones, en su mitad izquierda.

Hacemos una ventana en el epiplón gastrocólico y caemos en la retrocavidad muy reducida; se constata que el tumor es de color azulado, de superficie lisa y brillante. Intentamos despegar el estómago y constatamos que él adhiere íntimamente al tumor por su cara posterior; hacia abajo encontramos la raíz del mesocolon también íntimamente fusionada. La pared anterior del tumor, en su parte libre, se extiende de la gran curvatura gástrica a la raíz del mesocolon y está constituida por la pared posterior de la retrocavidad de los epiplones, que ha sido empujada hacia adelante y adhirió a la cara posterior del estómago levantando en parte la inserción del mesocolon transverso.

Previa protección puncionamos y extraemos más de un litro de líquido de color castaño. turbio, espumoso, que sale a gran tensión. Evacuado el líquido desaparece la turgescencia de las venas gastroepiploicas. La pared del quiste es de dos milímetros de espesor, de color oscuro, de aspecto hemorrágico por fuera, blanquecina - rosada por dentro. Esta cara interna es lisa, brillante, anacarada. No se encuentra en el quiste ni fibrina ni coágulos. Podemos exteriorizar en parte la bolsa y observamos que ella forma cuerpo tan íntimamente con la cara posterior del estómago, que todo intento de disociación es ilusorio; abajo ella arrastra la raíz del mesocolon, perdiéndose hacia arriba, no pudiendo alcanzar su fondo ni aún con el clamp más largo. El páncreas está por detrás. La parte derecha de la retrocavidad está libre.



Microfot 1
A - Zona interna, tejido laminado, ausencia de epitelio. Restos sanguíneos adherentes.
B - Zona media, fibrosa, con marcada vascularización, Infiltración linfocitaria discreta.

En suma: Tumor quístico de la logia pancreática (cola y parte del cuerpo).

Se saca un fragmento para examen histológico. Marsupialización de la bolsa y largo tubo de drenaje en su interior. Cierre de la pared en tres planos.

Evolución post operatoria.—Los cinco primeros días temperatura por debajo de 38°, con buen estado general y drenaje diario de 100 a

150 grs. de líquido citrino. A partir del sexto día apirética y la secreción se transforma en seropurulenta y abundante, empapando la curación dos veces por día. No hay signos de digestión de la pared.

Continuando el drenaje abundante se instituye el 12.º día tratamiento por 10 unidades de insulina diaria. A los ocho días de darle insulina comienza a disminuir el drenaje que se tara completamente a los treinta días de la operación. Alta, curada, el 15 de Marzo.

Examen del líquido (extraído en el acto operatorio).—Albumina: 12 gramos $\%_{100}$. Reacción de Rivalta, negativa. Poder lipásico, 8 (según Biondi). Poder tríplico y amilolítico, nulo.

No contiene elementos biliares. El sedimento está constituido casi exclusivamente por glóbulos rojos y algunas células endoteliales.

Examen histológico del fragmento de pared.—La pared del saco está constituida fundamentalmente por un tejido conjuntivo vascular cuyo aspecto variable en la parte externa, media e interna, permite describir tres capas:

Zona interna, que limita la cavidad, está constituida por tejido fibroso, cuyas fibras más internas provistas aún de núcleos aplanados, limitan la cavidad dando la apariencia de un revestimiento endotelial. No hay en ningún punto epitelio cilíndrico o cúbico del tipo del de los quistes verdaderos.

Zona media, rica en vasos capilares de neoformación, está constituida por un tejido conjuntivo laxo, rico en células anastomosadas con abundante edema intercelular. En parte constituyen esta zona gruesas bandas esclerosohialinas. Se observan, además, focos hemorrágicos y discreta infiltración leucocitaria.

Por último, la **capa externa**, que presenta un color azulado, está constituida por un tejido conjuntivo laxo, muy rico en vasos de calibre variable. Abundante hemorragia intersticial que llena los intersticios del estroma.

Es todo revestido por una membrana serosa con los caracteres de la serosa peritoneal. Ella corresponde al peritoneo posterior que cubre el páncreas y limita por detrás la retrocavidad de los epiplones.

En ningún punto se encuentran elementos pancreáticos de constatación corriente en los quistes verdaderos.

En suma: La pared del saco que estudiamos presenta los caracteres típicos de la membrana de reacción y limitación de las colecciones sanguíneas.

Resumiendo.—La historia clínica, la semiología, el examen radiológico, la constatación anatómica-operatoria y las resultancias del examen citobiológico del líquido nos habían llevado a la conclusión de que se trataba, en nuestro caso, de un pseudo quiste de la logia

pancreática y para precisar más su naturaleza, de un hematoma organizado en su periferia, limitado, en vías de reabsorción del primitivo contenido sanguíneo.

El examen histológico confirma nuestras conclusiones.

CONSIDERACIONES

Síntesis del caso.—Enferma con antecedentes hepáticos bien netos, caracterizados por crisis de **cólico hepático** de notable similitud; la última comienza como todos, pero después de algunas horas evoluciona tomando los caracteres de una **pancreatitis aguda**. Pasada la



Microfot. No. 2
A-La zona externa de la pared, correspondiente al peritoneo y tej. celular subperitoneal con marcado edema y hemorragia.
B - Zona media-fibrosa, rica en vasos.

crisis, período de tres meses de **bienestar**, con adeigazamiento. Constatación fortuita de un **tumor** epigástrico y en el hipocondrio izquierdo.

Diagnóstico clínico - radiológico de **hematoma pancreático**, secuela de pancreatitis aguda. Confirmación operatoria, histológica y del laboratorio.

Intervención.—Drenaje y marsupialización. Fistulización rápidamente tarada.

Curación hasta el momento. Resultado alejado incierto; posibilidad de recidiva de la pancreatitis.

Consideraciones sobre el diagnóstico.—El encadenamiento de las etapas de la historia de nuestra enferma nos llevó al diagnóstico de hematoma enquistado de la región pancreática de origen pancreático; los antecedentes hepáticos, la crisis de pancreatitis, el adelgazamiento y más tarde el tumor, no dejaban lugar a dudas. Esta historia con todos sus elementos se repite en muchas de las observaciones que hemos leído. A veces han existido antes una o dos crisis de pancreatitis atenuada a intervalo de tiempo variable. Hay aún casos de falsos quistes operados, que han hecho una recidiva de su pancreatitis, en algunas observaciones mortal, en otras llevando a la formación de un nuevo hematoma.

Muy diferente a esta anamnesis es, en general, la de los quistes verdaderos y de los hematomas por contusión pancreática.

El examen físico nos afirmó en nuestra presunción basándonos en los datos clásicos del diagnóstico topográfico de los tumores del epigastrio e hipocondrio izquierdo. De estos datos queremos hacer notar que el tumor se movilizaba en el sentido vertical con las excursiones respiratorias, como si fuera un tumor del lóbulo izquierdo del hígado y también era móvil en el sentido transversal espontáneamente en los cambios de posición o provocado por nuestras manos.

El examen radiológico fué categórico: la situación retrogástrica de la tumoración eliminaba por sí sola la posibilidad del origen esplénico de la masa, tanto más cuanto que al radioscopio se veía el bazo del tamaño normal desplazado hacia arriba, en contacto con la gruesa tuberosidad del estómago.

Por las mismas razones eliminamos los tumores del lóbulo izquierdo del hígado. La radioscopia frontal y lateral nos permitió observar el desplazamiento y la deformación del estómago, signos sobre los que viene de insistir Schwarz, de Viena, y el cirujano argentino Mirizzi, de cuyo documentado trabajo (publicado en la "Rev. Sud-Amer. de Med. et Chir.") reproducimos las radiografías

En la posición frontal, en nuestro caso, el estómago se veía en situación vertical casi mediana, desplazado, pues, a la derecha; la comida opaca, detenida unos momentos en el fondo, descendía luego a la parte inferior, llenando el antro pilórico y visualizando todo el órgano, aunque menos netamente en su zona media.

Además, bastaba una presión suave sobre la pared abdominal, al nivel de la zona de mayor saliente del quiste, para que se produjera una imagen lacunar que desaparecía no bien se cesaba la compresión, demostrando que existía un aplastamiento de atrás adelante del estómago que se presentaba así laminado. Es esta deformación que ha sido llamada **imagen lacunar temporaria**.

El desplazamiento del estómago puede hacerse directamente hacia adelante o hacia adelante y a derecha o adelante e izquierda (todo depende de la situación del tumor); con imagen lacunar temporaria o permanente, sea total, esa predominando en la gran curvatura o en la pequeña curvatura. Las radiografías del trabajo de Mirizzi y la nuestra muestran los tipos de desplazamiento y deformación gástrica.

En el examen radiológico de perfil se observaba, como lo muestra el esquema, el estómago comprimido entre el quiste por un lado y el diafragma, hígado y pared abdominal por el otro; reducido a una sombra delgada en la zona en contacto con la parte más prominente del tumor, se ensancha por arriba y por debajo en forma de reloj de arena o de alforja.

La misma imagen lacunar podrían darla: un quiste hidático del páncreas o de la retrocavidad, un tumor retroperitoneal congénito, un tumor maligno del cuerpo del páncreas, y uno de nosotros ha tenido ocasión de observar un caso de esta última especie con los Drs. Piquerez y Mezzera; un tumor ganglionar, etc. Pero la historia clínica resuelve y en nuestro caso ella obligaba a relacionar el tumor con los antecedentes y a afirmar de que se trataba de un hematoma enquistado. La reacción de **Wohlgemuth**, que atestigua de la exacerbación del poder diastásico de la orina, pudo constituir un argumento más en favor de esta interpretación, pero no se hizo.

Consideraciones sobre el **tratamiento**: Aplicamos en este caso la evacuación de la cavidad con marsupialización y drenaje; el resultado fué bueno. Es el procedimiento más empleado y el que da mejores resultados. En la estadística de Goebell se le asigna un 3 % de mortalidad. La extirpación, las veces que ha sido tentada y que no ha conducido a un desastre inmediato, ha dado 10 % y la extirpación parcial, hasta donde se pueda, seguida de marsupialización da 55 % de muertes.

El drenaje se hizo por vía anterior; pudo hacerse también por vía lumbar.

La fistulización post operatoria fué de corta duración, con tendencia a la curación espontánea, favorecida por la terapéutica insulínica.

En los casos de quistes y falsos quistes que hemos visto o en las observaciones de los autores, es regla general, la fistulización de los hematomas enquistados de origen traumático o por pancreatitis, ha sido de corta duración con tendencia a la curación. Cuando no ha sido así, el régimen antidiabético y la insulina son medios de ayuda muy eficaces antes de recurrir a la cura cruenta de la fistula. Por el contrario, hemos visto algunos casos de quistes verdaderos, fistulizados largos meses y es lógico que así ocurra a veces, pues el epitelio

de revestimiento de estos tumores continúa segregando hasta que la infección que fatalmente se instala lo destruye, sustituyéndolo por un tejido de granulación que hará la coalescencia de las paredes de la cavidad colapsada.

El líquido del quiste contenía fermento lipásico. Desde las observaciones contenidas en la notable tesis de Boekel hasta nuestro días, en los casos en que el líquido ha sido examinado, él se ha revelado activo casi siempre el de los casos de falsos quistes, inactivo en los quistes verdaderos, demostrando que la colección se ha hecho en los primeros en el seno del tejido pancreático con destrucción de una parte de este parénquima y derrame en la cavidad de jugo grandular.

El pronóstico alejado es a tener en cuenta. Un enfermo como el nuestro que, después de una serie de cólicos hepáticos, hace una pancreatitis hemorrágica que termina con una colección hematopancreática, una vez curado no puede ser considerado de la misma manera que otro enfermo que ha sido curado de un hematoma por contusión o de un quiste verdadero. En estos últimos, la enfermedad ha comenzado con la contusión o con el tumor, pero ha terminado una vez que, por el tratamiento quirúrgico, se ha obtenido su desaparición. Por el contrario, en los casos en que la causa del falso quiste es una pancreatitis, el tumor representa sólo un episodio terminal, el más favorable puede decirse, de una afección que, como la pancreatitis necrótico-hemorrágica, conduce muy a menudo a la muerte. Originada y mantenida por la lesión hepatovesicular que persiste, la pancreatitis progresivamente instalada puede dar lugar a otro episodio agudo, cuya terminación será un nuevo hematoma enquistado o también una pancreatitis sobreaguda mortal.

En varias observaciones hemos encontrado esta evolución, con un primer aviso caracterizado por una crisis aguda con la evolución favorable de enquistamiento del hematoma; éste ha sido tratado y curado, pero la causa básica del proceso, la lesión biliar persistiendo, la repetición del episodio ha conducido a la muerte.

Basados en estos hechos hemos aconsejado a nuestra enferma el tratamiento de su muy probable lesión biliar, en la seguridad de que la intervención era doblemente necesaria: por su lesión biliar y porque la pondríamos a cubierto de una nueva pancreatitis cuya terminación no podemos predecir.

Creemos que esta conducta, aconsejada por Lecéne en su tratado de "Terapéutica Quirúrgica", es la que debe seguirse en los casos de hematomas enquistados de origen pancreático.

IV Congreso Argentino de Cirugía

BUENOS AIRES
(10 - 15 Octubre de 1932)

Proximamente tendrá lugar en Buenos Aires el IV Congreso Argentino de Cirugía. El Secretario General del Congreso, doctor José M. Jorge, ha pasado una circular a los médicos cirujanos de la América Latina invitando a colaborar en una justa científica tan interesante.

Los temas oficiales de dicho Congreso, serán:

I

| | | |
|---|-----------|--|
| Complicaciones de la cirugía biliar | Relatores | Dr. Ernesto Romagosa Dr. Juan M. Allende Dr. Alberto Olthabe |
|---|-----------|--|

II

| | | |
|---|-----------|---|
| Tratamiento de las fracturas de la diafisis femoral | Relatores | (en el adulto) Dr. Enrique Finocchietto Dr. Ricardo Finocchietto (en el niño) Dr. Marcelo Gamba |
|---|-----------|---|

III

| | | |
|--|-----------|---|
| Tratamiento de las infecciones de la mano y sus secuelas | Relatores | Dr. Alberto Baraldi Dr. Bartolomé Calcagno |
|--|-----------|---|

D. y D. A. Capella y Pons

Av. 18 de JULIO, 1241 (Frente a la Confitería Americana)

Optica, Ortopedia, Fotografía, Higiene