

## Pseudoquiste pancreático complicado. Ictericia \* \*\*

### Tratamiento quirúrgico

Dres. ROMULO DANZA,\*\*\* FRANCO DANZA \*\*\*\*  
y WALTER FONTAN \*\*\*\*\*

Los pseudoquistes de páncreas son afecciones que plantean importantes problemas de diagnóstico y tratamiento.

Larghero y Victorica comunican un caso en que se realizó marsupialización con éxito (4).

Del Campo estudia un caso que se acompañaba de colecistitis gangrenosa (3).

Piquinela presenta un enfermo tratado con éxito con resección del cuerpo y cola del páncreas (6).

Ormaechea y Praderi cuentan con un caso tratado con duodenopancreatectomía cefálica con buena evolución (5).

Traemos a consideración un paciente que presentó un cuadro agudo de vientre por pseudoquiste pancreático y donde la ictericia fue uno de los síntomas predominantes. El tratamiento quirúrgico con doble anastomosis interna llevó a la curación del enfermo.

A. G. Enfermo de 64 años procedente de Montevideo, que consultó médico en marzo de 1966 por dolor en epigastrio, postprandial especialmente. luego de ingestas de alimentos picantes y alcohol, acompañado de vómitos de alimentos. Adelgazamiento. Es tratado con antiespasmódicos mejorando algo, pero luego recrudece el dolor y los vómitos, por lo que ingresa en marzo de 1967. Desde un mes antes del ingreso, ictericia con coluria e hipocolia. Astenia y anorexia marcada, adelgazamiento de más de 10 kilos. No presenta antecedentes gástricos ni biliares alejados, niega cuadros agudos de vientre y traumatismos. Asmático de larga data. disnea de esfuerzo y decúbito. Alcohólico.

*Examen.* En el momento del ingreso (15-III-67), enfermo lúcido, apirético, mal estado de nutrición e hidratación, signo de mioedema,

ictericia franca. Abdomen algo distendido, depresible circulación colateral. Tumoración que ocupa región umbilical, epigástrica y ambos hipocondrios, de consistencia dura, límite inferior a nivel de ombligo, superior difícil de precisar. Se moviliza al final de la respiración. No se palpa vesícula. Tacto rectal: materias claras.

*Radiología.* Gastroduodeno muestra enorme desplazamiento del marco duodenal en todas sus porciones. El estómago está desplazado hacia arriba (fig. 1).

*Funcional hepático.* Bilirrubinemia, 6,06; directa, 4,16; indirecta, 1,87. Fosfatasa alcalina, 38 unidades Bodansky.



FIG. 1.— Aspecto preoperatorio del gastroduodeno. Nótese rechazo hacia arriba del estómago y gran desplazamiento del marco duodenal.

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Eduardo C. Palma.

\*\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de junio de 1968.

\*\*\* Asistente de Clínica Quirúrgica.  
Adjunto de Clínica Quirúrgica.

\*\*\*\*\* Anatomopatólogo.

*Or.na.* Pigmentos biliares abundantes y sales biliares.

*Evolución.* A pesar del tratamiento de reposición el enfermo no mejora, presentando el día 27 de marzo un dolor intenso y permanente en todo el abdomen, en ese momento la palpación mostraba defensa generalizada y Douglas doloroso. Hipotensión de 7 de máxima. Las radiografías de urgencia mostraban opacidad difusa de hemiabdomen superior por arriba del marco cólico que está marcado por el bario que se le había dado cuando se le hizo el gastroduodeno. Distensión aérea sin niveles (fig. 2). Ante estos hechos se decide la intervención de urgencia.



FIG. 2.—Radiografía simple de urgencia preoperatoria. El marco cólico, perfectamente visible por bario que se había dado para el gastroduodeno, marca una gran opacidad que correspondía al quiste.

*Intervención (27-III-67).* Dres. R. Danza y F. Danza. Anestesia general. Incisión mediana supra e infraumbilical. La exploración muestra enorme quiste cefalopancreático de unos 30 cm. de diámetro que deforma el duodeno y el estómago. Hacia adelante se insinúa entre estómago e hígado y por debajo del estómago entre éste y el colon, abomba también hacia abajo en la región inframesocólica deformando el mesocolon. Exudado peritoneal en el fondo de saco de Douglas de color xantocrómico que se toma para estudio citoquímico.

Entre estómago e hígado existen pseudo-membranas. A ese nivel existe una zona muy adelgazada del quiste, donde probablemente se hubiera producido una permeación y aun en zonas hay pequeñas perforaciones. Placas de citoesteatonecrosis en el mesocolon y el epiploon mayor. La exploración de la vía biliar muestra dilatación de la misma sin litiasis.

Se punciona el quiste extrayendo líquido xantocrómico y turbio que se toma para examen citoquímico.

Se toma un trozo de la pared del quiste para estudio anatomopatológico en la zona donde posteriormente se realizará la anastomosis.

Anastomosis lateral de primera asa yeyunal con la zona alta de la pared del quiste que abombaba en la transcavidad de los epilones. Se eligió esta zona por ser la que macroscópicamente estaba más sana; la anastomosis se hizo transmesocólica, la sutura en dos planos.

Teniendo en cuenta la ictericia y la tensión vesicular, se decide hacer colecistoyeyunostomía, anastomosando lateralmente la segunda asa yeyunal a la vesícula. Drenaje con tubo de goma grueso de las zonas de anastomosis.

La presión arterial estuvo alrededor de 7 u 8 de máxima, a pesar de las transfusiones intraoperatorias.

*Anatomía patológica de la pared del quiste (Dr. W. Fontan).* Examen microscópico. Los fragmentos examinados corresponden a la pared de un pseudoquiste pancreático (no se observa revestimiento epitelial), en la que predominan las lesiones de esclerosis cicatrizal, que envuelve lobulillos y ácinos atrofiándolos y sustituyéndolos en amplias zonas. Se observa un pequeño foco de calcificación; y en algunos focos aislados de infiltración inflamatoria crónica inespecífica, vestigios de una pancreatitis crónica con escasa actividad. Se reconoce además un pequeño foco de necrosis reciente, con núcleos pignóticos entre los restos celulares y escasos polinucleares neutrófilos, que nos habla de un empuje agudo de pancreatitis.

*Estudio citoquímico* del líquido de la pared del quiste. Unidades pancreáticas, 4.096 unidades. Albúmina, 6 gr. Citología, 3.500 hematies crenados por  $\text{mm}^3$ , elementos celulares mono y polinucleados de diverso tamaño. Algunos son grandes, mononucleados, cinco veces más grandes que un glóbulo rojo, con vacuolas en citoplasma y núcleo.

*Evolución postoperatoria.* Se trata con antibióticos y suero con Trasytol, 40.000 U. por día los primeros 2 días y luego 25.000 U. diarias durante 10 días. Se completa la reposición humoral de acuerdo al laboratorio y se instala aspiración gástrica cada hora. No presenta complicaciones postoperatorias. La ictericia retrocede rápidamente. A los 9 días es retirado el tubo de drenaje que nunca dio nada. A los 20 días es dado de alta en buenas condiciones, luego de realizar los controles correspondientes.

*Controles postoperatorios.* Funcional hepático: se ha normalizado. Gastroduodeno: ha desaparecido la enorme deformación del duo-

deno y el contorno de él aparece, por el contrario, pequeño. Se aprecia la zona de anastomosis cistoyeyunal a nivel del yeyuno (figura 3). Actualmente, a los 6 meses de operado, el enfermo se encuentra en perfectas condiciones habiendo aumentado considerablemente de peso.



FIG. 3.—Gastroduodeno postoperatorio. Nótese la atrofia de la cabeza del páncreas resultante y la zona donde el asa yeyunal está fijada por la anastomosis al quiste.

## RESUMEN

Se presenta un caso de un enorme pseudoquiste de páncreas que se manifestó por repercusión general e ictericia como síntomas prominentes.

El enfermo en el curso de su evolución presentó un cuadro agudo de vientre debido a la ruptura del quiste en la gran cavidad peritoneal que obligó a la intervención de urgencia en precarias condiciones.

La doble derivación, cistoyeyunal y colecistoyeyunal, unida al tratamiento médico intensivo, llevó a la curación del paciente.

## RÉSUMÉ

On présente un cas avec un pseudo kyste énorme du pancréas qui s'est manifesté par une répercussion générale et un ictère en tant que symptômes principaux.

Au cours de l'évolution de la maladie, une symptomatologie abdominale aiguë due à la rupture du kyste dans la grande cavité péritonéale a obligé à une intervention d'urgence dans des conditions précaires.

La double dérivation, cysto-jéjunale et cholécysto-jéjunale, associée au traitement médical intensif ont permis la guérison du malade.

## SUMMARY

A case of an enormous pseudo-cyst of the pancreas is presented. The main symptoms were general repercussion and jaundice.

The patient, during the course of its evolution, presented acute abdominal symptoms due to the rupture of the cyst in the great peritoneal cavity making it necessary to perform urgent surgery under precarious conditions.

A double derivation, cysto-jejunum and cholecysto-jejunum, together with intensive medical treatment lead to the recovery of the patient.

## BIBLIOGRAFIA

1. CATTELL, R. B. Pancreatic cysts. *Surg. Clin. N. Amer.*, 32: 851, 1952.
2. DEL CAMPO, R. Quiste de páncreas, fistula pancreática. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 2: 209, 1931.
3. DEL CAMPO, J. C. Colecistitis disecante y pseudoquiste de páncreas. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 8: 235, 1937.
4. LARGHERO, P. y VICTORICA, A. Pseudoquiste hemático del páncreas. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 3: 75, 1932.
5. ORMAECHEA, C. y PRADERI, R. Duodenopancreatectomía por pancreatitis crónica y pseudoquiste cefálico. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 31: 273, 1960.
6. PIQUINELA, O. Quiste recidivante de páncreas. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 28: 19, 1958.

## DISCUSION

*Dr. Del Campo:* Yo creo que todos estos casos deben ser traídos a la Sociedad porque es un tema que está en estudio en el mundo entero.

Es indudable que se divide a los problemas pancreáticos de este tipo en los del páncreas

distal y los del páncreas proximal. En los del páncreas distal hay una tendencia, dentro de lo posible, a extirpar el páncreas dejando el páncreas proximal yuxtaduodenal completamente libre.

En el páncreas proximal es más difícil porque las cosas se presentan con un carácter muy diferente. Se les abren dos posibilidades: o hacer una quistectomía ensanchada, es decir, comprendiendo una gran parte, lo que puede ser muy breve, o drenar directamente al duodeno el quiste, no sé a que distancia estaba del duodeno, y se soluciona así el problema de la evacuación del quiste, de drenaje de la vía biliar y de drenaje de la pared del quiste. Nosotros hace muchos años, creo que en el año 1930, hicimos una anastomosis entre un quiste pancreático, y no recuerdo en este momento, si el estómago o el yeyuno en el Hospital de Niños acompañando al Dr. Raúl Del Campo, y que figura creo que en los boletines de la Sociedad de Cirugía de aquí, y es indudable que la anastomosis de la vesícula con el yeyuno es discutible, claramente discutible. No es una de esas cosas que uno pueda asegurar la evolución futura, más aun todavía, los autores presentan una placa en que la vesícula aparece llena de gas después de establecida esa anastomosis, es decir, indicando que hay una comunicación de la vía digestiva con la vesícula biliar. Esas comunicaciones la vía biliar no la soporta en general, la vía biliar concluye enfermándose nitidamente.

*Dr. Gregorio:* Felicito a los autores por la presentación de este caso muy bien resuelto, pero quiero hacer uso de la palabra para establecer una objeción acerca del tratamiento observado en este enfermo.

Nosotros hemos tenido oportunidad de tratar dos pseudoquistes de páncreas y lo tratamos con evacuación externa, y la evolución de ellos fue totalmente satisfactoria. Desde luego que este procedimiento seguido, el de la anastomosis del pseudoquiste con el intestino delgado es una de las técnicas también aconsejadas y cuyos resultados a la vista están.

La discrepancia nuestra es con la conducta seguida con la vía biliar accesoria, la anastomosis colecistoyeyunal nosotros creemos que no era necesaria en este caso puesto que el enfermo tenía una obstrucción provocada por la expansión progresiva del pseudoquiste que estaba comprimiendo a la vía biliar principal. Resuelto este problema, en nuestro concepto quedaba resuelta también la compresión que la vía biliar principal estaba sufriendo.

Por otra parte, se nos ocurre que esa derivación interna que los cirujanos actuantes se la plantearon podía haber sido sustituida por una derivación externa. No puede dejar de pensarse que esa vinculación anormal que queda establecida ahora entre la vesícula y el yeyuno puede significar andando el tiempo algún compromiso inflamatorio infeccioso de la vía biliar accesoria con las correspondientes consecuencias. Nada más, señor Presidente.

*Dr. Bolívar Delgado:* Nos parece muy interesante la comunicación. En la Clínica Quirúrgica "A" se han tratado unos cuantos pseudoquistes de páncreas; nosotros creemos que el drenaje externo de pseudoquiste sólo está justificado cuando éste está supurado. Salvo en esas condiciones, los pseudoquistes de páncreas, más como éste, que tienen secreción pancreática importante, y que comunican con el sistema canalicular, exponen a la fístula pancreática externa lo cual es una grave complicación.

Por eso creo que salvo que esté supurado el pseudoquiste hay que hacer una quistoanastomosis como la que fue realizada en esta oportunidad.

En lo que no estamos de acuerdo es como fue realizada la quistoyeyunostomía. Creo que debería haber sido hecho con una asa desfuncionalizada. La posibilidad de reflujo digestivo-quistico puede ser un motivo de sufrimiento ulterior del enfermo. Los mejores resultados que se han obtenido, salvo cuando se ha drenado el quiste al estómago o al duodeno, son los que se obtienen con la quistoyeyunostomía con asa desfuncionalizada.

La anastomosis biliodigestiva la hubiera hecho yo igual que la hizo el Dr. Danza y hubiera hecho una colecistoyeyunostomía, sólo que la hubiera hecho con el asa desfuncionalizada.

Hace unos años el Dr. García Russich presentó una observación muy interesante en la Clínica Quirúrgica "A" de un enfermo con un pseudoquiste pancreático y una compresión del colédoco distal con ictericia. El enfermo fue intervenido y el Dr. García Rossich hizo simplemente una colecistoduodenostomía. El enfermo en su evolución ulterior fue perdido de vista. Ulteriormente falleció a los dos o tres años por un infarto al miocardio y en la necropsia se comprobó que el pseudoquiste había desaparecido, es decir que probablemente se había drenado espontáneamente hacia el tubo digestivo, y la colecistoduodenostomía había desaparecido también. La vesícula estaba hacia un lado y el duodeno estaba al otro. El enfermo se había curado completamente, pero la anastomosis biliodigestiva persistió mientras el colédoco estuvo obstruido.

Lo que es difícil saber es cuanto tiempo va a estar obstruido el colédoco por la compresión extrínseca por el pseudoquiste. Por eso yo no me animaría a dejar la vía biliar sin drenar y menos drenarla al exterior. Puede suceder que la compresión por el pseudoquiste tarde en recuperarse un tiempo que puede ser prolongado. Por eso estoy de acuerdo que hay que hacer anastomosis biliodigestiva.

*Dr. Rómulo Danza:* Yo quería agradecer, antes de todo, a los que se han ocupado de este trabajo, al Dr. Gregorio, al Dr. Delgado y al Prof. Del Campo.

En lo que tiene que ver con la conducta que aconsejaba el Dr. Gregorio hay dos cosas, por un lado la anastomosis quiste al exterior, la anastomosis externa yo creo que este enfermo

no la hubiera soportado, durante toda la operación tuvo siete, ocho de presión, recién en la tarde, bastantes horas después de ser operado reaccionó, salió de un estado de shock, de manera que yo creo que si se le espoleaba hacia el exterior esa enorme cantidad de líquido que tenía el quiste y el que siguiera saliendo del páncreas por ahí este enfermo no lo hubiera soportado. En cierto sentido la anastomosis externa de la vía biliar tenía ese problema; ahora, la anastomosis de la vía biliar al yeyuno se hizo teniendo en cuenta lecturas que habíamos hecho y en las que se había insistido sobre la causa de ictericia en la ictericia por pseudoquiste, que es una pancreatitis cefálica crónica, era un enfermo que hacía más de un año que estaba sufriendo y hacía más de un mes que tenía ictericia y entonces en la duda de que no se restableciera el tránsito por el colédoco, naturalmenet luego de que meditamos mucho en la operación si hacerla o no, y en la duda creímos que le dábamos una chance más a un enfermo que en ese momento considerábamos casi perdido.

Ahora, al Dr. Delgado, yo estoy absolutamente de acuerdo con él y creo también que el asa desfuncionalizada es un asa más útil a ese efecto, pero el problema que se planteaba era el de la duración de la operación, las anastomosis laterales se pudieron hacer muy rápido, en cambio el asa desfuncionalizada requiere dos anastomosis de manera que hubieran sido tres anastomosis y ya el problema habría sido más complejo.

En lo que tiene que ver con lo que decía el Dr. Del Campo, nosotros tenemos en nuestra bibliografía el trabajo del Prof. Raúl Del Campo que por una omisión momentánea, no se había planteado y desde luego estamos de acuerdo con él de que estos son problemas grandes y de que la bibliografía continuamente muestra distintas tendencias.

Es interesante señalar la importancia que en este enfermo han tenido las grandes dosis de trasylol que se le han hecho en el postoperatorio y en ese sentido hemos contado con la colaboración generosa del laboratorio que lo produce y creo que también eso se debe destacar. Nada más.