

## ***Equinocosis hidática de páncreas \****

Dres. JOSE LUIS FILGUEIRA y MIGUEL MATE \*\*

El quiste hidático de páncreas constituye un tema de interés, ya que dicha localización es un hecho muy poco frecuente, frente a las otras localizaciones hidáticas de la cavidad abdominal.

Dicha incidencia varía para los diferentes autores; Larghero, en nuestro medio, da cifras de 1%, otros hasta 2 y 3% (Posset, Ouvry).

Frecuentemente escapa al planteo clínico, siendo el diagnóstico de certeza solamente operatorio (Flazik).

Puede localizarse en cabeza, cuerpo o cola, dependiendo de ello en parte la sintomatología y hallazgos radiológicos.

El tratamiento es quirúrgico, la conducta adecuada a la topografía; adquiriendo especial significación el tratamiento postoperatorio de la fístula pancreática cuando ella existe.

Estudiamos un caso de hidatidosis múltiple con un quiste de cabeza de páncreas.

E. C. F., sexo masculino, 14 años, procedente del Interior. H. Cl. Nº Reg. 286.098.

*Motivo de ingreso:* Cuadro doloroso de hipocondrio derecho y tumoración abdominal. Relata cuadros dolorosos de H.D. tipo puntada, sin irradiaciones, que datan desde hace dos años, instalándose fundamentalmente con ejercicios físicos. No presenta ninguna sintomatología vinculable a su tubo digestivo y/o vías biliares.

*Antecedentes personales:* sin particularidades.

*Antecedentes familiares:* Una tía operada de equinocosis.

*Antecedentes ambientales:* Zona rural con parasitación masiva de perros.

*Al examen:* Buen estado de nutrición, sin anemia ni ictericia, apirético.

Al examen abdominal se palpan dos tumoraciones de aproximadamente 6 cm. de diámetro, lisas redondeadas; una en H.D. que se desplaza con los movimientos respiratorios, otra interna paraumbilical derecha, es fija sin desplazamientos. Son mate a la percusión, no presentan frémito hidático ni signo de la visera. El resto del examen clínico es normal.

Exámenes de laboratorio: sondeo duodenal. Pasaje de bilis A, no hay evacuación vesicular.

Gammagrama hepático: se observa la existencia de dos procesos de sustitución parenquimatosa, uno en la parte media de lóbulo derecho y el segundo en el lóbulo de Riedel. Con los demás datos clínicos se puede asegurar que se trata de dos Q.H.

Colecistograma y funcional hepático: normales.

Reacciones biológicas: Wiernberg, Casoni precoz y tardío negativas; eosinofilia 2%.

Radiografía de tórax: normal.

El análisis del examen clínico y los exámenes complementarios determinaron: a) Dos quistes hidáticos de hígado, uno palpable anterior, otro profundo, ambos de lóbulo derecho y confirmados por el gammagrama. b) La posibilidad de quiste hidático de páncreas, dado la topografía en el abdomen, la fijeza a la palpación y su falta de visualización en los exámenes complementarios, así como el aumento de la apertura del arco duodenal en el gastroduodeno.

*Intervención (15-III-69):* Diagnóstico de equinocosis de hígado y probable Q.H. de cabeza de páncreas. Incisión subcostal derecha oblicua. Exploración: peritoneo, bazo, vías biliares: sin particularidades.

*Páncreas:* Q.H. de cabeza, intraparenquimatoso, que se visualiza emergiendo en cara anterior en una pequeña zona de aproximadamente 2 cm. de diámetro (por lo que no hay compromiso de la vía biliar principal), hialino.

*Hígado:* Dos quistes de lóbulo derecho, uno paravesicular externo, multivesicular; otro emergente en cara superior y lateral externa, hialino.

*Táctica:* Quistostomía por la zona emergente del Q.H. de páncreas. Quistostomía de ambos quistes de hígado. No hubo contaminación aparente de la cavidad peritoneal, esterilización con CINA hipertónico; drenaje de la logia parietocólica derecha. Cierre parietal por planos.

\* Trabajo presentado en la Mesa Redonda de Temas Libres del 21º Congreso Uruguayo de Cirugía, 9 de diciembre de 1970.

\*\* Asistente y Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).



Fig. 1.—Corresponde a un estudio radiológico gastro-duodenal. Puede observarse el arco duodenal sin deformaciones, y dos de los tubos de drenaje: a la derecha el correspondiente al quiste hepático superoexterno y a la izquierda el de la quistostomía pancreática.

*Postoperatorio:* Se asignó importancia fundamental a la evolución de las cavidades residuales, que se valoraron a través de los drenajes. Se mantuvo internado 48 días luego de la intervención. Entre el 8º y 13º día presentó diarreas y el estudio coprofuncional determinó una insuficiencia pancreática moderada. Los tubos de drenaje correspondientes a las quistostomías hepáticas fueron retirados al 10º y 14º día. El drenaje por el tubo de quistostomía pancreático fue abundante desde el postoperatorio inmediato, dando un líquido claro, correspondiente a jugo pancreático, con un volumen máximo de 200 c.c. y 8.000 unidades pancreáticas alrededor del 15º día. El control y estudio del jugo pancreático drenado se efectuó mediante una gráfica de unidades pancreáticas (ver gráfica), habiendo una notable y notoria mejoría con la instilación en la cavidad de Trasylol que determinó una disminución cuantitativa de las unidades así como del volumen segregado. La instilación a través del tubo de quistostomía se hacía diariamente, con pinzamiento del tubo por lapsos variables, así como cambios de posición del enfermo para tratar de que la antienzima bañara todo el revestimiento interno de la cavidad. Posteriormente

se efectuaron lavados de la cavidad con antibióticos que eliminó la infección. Finalmente, aproximadamente al mes del postoperatorio, se sale espontáneamente el tubo de drenaje pancreático, con cierre espontáneo de la ostomía.

GRÁFICA.— Ver interpretación en el texto.

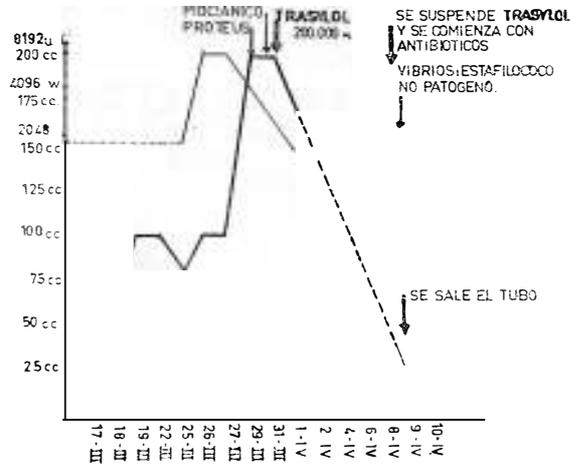


Fig. 2.— Al estudio anterior se sumó una quistografía pancreática. Se aprecia el tamaño de la cavidad residual. Estos estudios fueron realizados a los 11 días de la intervención.



FIG. 3.— Quistografía correspondiente al 26º día del postoperatorio. Se visualiza la cavidad residual hepática (quiste superoexterno) y pancreático. Puede valorarse la significativa disminución del tamaño de esta última en relación al estudio anterior.

## COMENTARIOS

Se trata de un paciente que presenta una hidatidosis múltiple de abdomen con un quiste pancreático, cuya topografía poco frecuente pudo detectarse clínicamente a pesar de ser asintomático.

Su localización cefálica, a pesar del tamaño del mismo, no comprometió la vía biliar principal, ya que su crecimiento fue predominantemente anterior; el esofagogastroduodeno con ingestión de bario mostró una apertura aumentada del arco duodenal.

La intervención quirúrgica corroboró el diagnóstico clínico presuntivo.

El drenaje de la cavidad demostró una masiva fistula pancreática, con insuficiencia exocrina transitoria y una eliminación en aumento de jugo pancreático a través de la fistula, yugulado por el tratamiento local, intracavitario de inhibidores enzimáticos (Trasylol).

## RESUMEN

Se estudia un caso de quiste hidático de cabeza de páncreas escasamente emergente, tratado quirúrgicamente con instalación de fístula pancreática masiva, la cual se yuguló con intenso tratamiento local de antienzimas (Trasylol).

## RÉSUMÉ

Etude d'un cas de kyste hydatique de la tête du pancréas, peu émergent, traité chirurgiquement avec installation de fistule pancréatique massive, qui fut jugulée par un traitement local intense d'anti-enzymes (Trasylol).

## SUMMARY

The author presents a case of hydatid cyst in the head of the pancreas —only very slightly emergent, treated surgically— with installation of massive pancreatic fistula which was jugulated with intense local antienzymatic treatment (Trasylol).

## BIBLIOGRAFIA

1. ALBO, M. Hidatic cyst of the pancreas. *Surg. Gyn. Obst.*, 34: 739, 1922.
2. ALONSO ALEGRE, R., MARTINEZ, P. y OBREGON ICAZA, J. Rara localización abdominal de un quiste hidático. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nut.*, 20: 794, 1961.
3. ASSINER, B. Quiste hidático de páncreas. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 32: 323, 1961.
4. DUPRAT, P. Los quistes hidáticos en el Uruguay. *Arch. Inter. Hid.*, 3: 37, 1937.
5. FLANZIK, L. y GARBER, I. Equinocosis del páncreas. *Arch. Inter. Hid.*, 4: 131, 1938.
6. LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BRÖLI, G. Equinocosis hidática del abdomen. Cap. XIX: Equinocosis hidática del páncreas. Ed. Delta, Montevideo, 1962.
7. PIAGGIO BLANCO, R. y GARCIA CAPURRO, F. Quiste hidático de cabeza de páncreas. Importancia de la radiografía para el diagnóstico. *Arch. Urug. Med. Cir. Esp.*, 15: 245, 1939.
8. PIÑEIRO, L., GONZALEZ PUIG, R. y VARALLA DE LIENDLE, M. A propósito de un caso de quiste hidático de cabeza de páncreas. *Dia Méd. Urug.*, 400: 1006, 1966.