

Ascitis pancreática

Ruptura espontánea del Wirsung

Dr. RAUL PRADERI *

La ascitis pancreática es poco conocida. Se produce por ruptura en el peritoneo de un canal o quiste comunicante con el conducto de Wirsung.

Como no hemos encontrado referencias en nuestro país a esta afección, traemos aquí la historia de un paciente que operamos en 1966.

La causa del accidente fue la ruptura del Wirsung distendido por detrás de un cáncer periampular. Este hecho se comprobó en la operación y fue ratificado por el éxito del tratamiento.

CASO CLINICO

L. P. 61 años. Ingresó al Hospital de Clínicas (H. C1.239811), por un cuadro doloroso de abdomen de 24 horas de evolución. Dos meses antes del ingreso se

había instalado una ictericia progresiva, acompañada de adelgazamiento y astenia.

24 horas antes de concurrir al Hospital aparecieron dolores difusos de abdomen superior. No tuvo vómitos ni fiebre. En el examen clínico constatamos que se trataba de un paciente delgado, icterico, con una franca contractura abdominal.

Fue operado el 11/3/1966 con anestesia general. Encontramos abundante líquido bilioso claro, con grumos lactescentes, algunas falsas membranas y manchas de esteatonecrosis.

Tenía un hígado verde de estasis y existía una gruesa vesícula biliar. El colédoco también estaba dilatado. La cabeza del páncreas estaba invadida por un grueso tumor de papila, con ganglios duros retrocoledocianos, retropancreáticos, celíacos y periaórticos. Se hizo biopsia de ganglio celíaco. Se aspiró todo el líquido que estudiado mostró poseer amilasa en una concentración de 8.192 unidades Wolghemuth.

Se practicó una colecistoyunostomía terminolateral en dos planos, sobre asa de Warren. En la cara anterior del cuerpo del páncreas se identificó un orificio a través del cual fluía líquido pancreático.

Prof. Adj. Cirugía. Fac. Med. Montevideo.
Presentado el 22 de agosto de 1973.

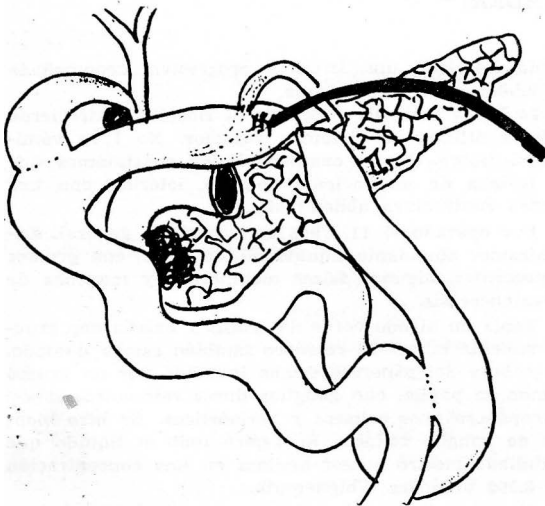
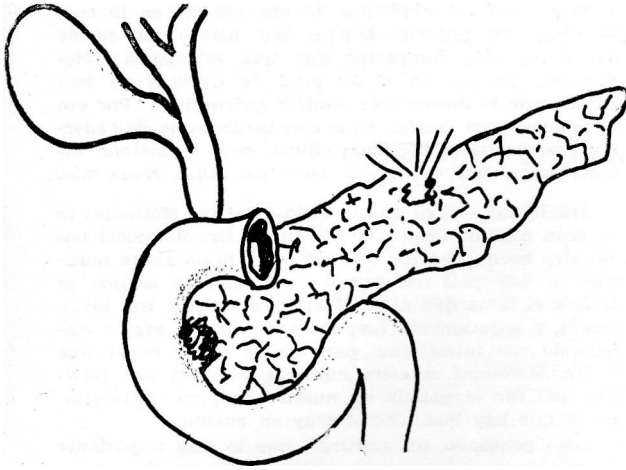


FIG. 1.— Arriba ruptura de páncreas. En el medio anastomosis biliodigestiva y fistulización. Abajo: fistuloyeyunostomía calibrada por un Kehr.

Se colocó allí un drenaje de cigarrillo que pasando sobre la pequeña curva gástrica salía al exterior.

En el postoperatorio aclaró la ictericia y se constituyó una fistula pancreática que drenaba 300 cc por día. La biopsia ganglionar mostró infiltración por adenocarcinoma. Se reintervino el 9/5/966. Se diseñó el trayecto fistuloso implantándolo sobre el asa yeyunal inmediatamente por encima de la derivación biliodigestiva. La anastomosis fistuloyeyunal se dejó calibrada por unos días con un tubo de Kehr sacado por el yeyuno. La reoperación demostró entonces que la difusión ganglionar hacía inútil la cirugía de exéresis sobre el tumor. En setiembre volvió con un síndrome pilórico por oclusión neoplásica de segunda porción de duodeno.

El 25/9/966 se le practicó una gastroenterostomía. Si bien restableció el tránsito, desarrolló rápidamente una ascitis, falleciendo antes del mes de esta última operación.

COMENTARIO

La historia de este enfermo es muy clara. La dilatación del Wirsung por encima del tumor papilar, sumada tal vez a la disposición anatómica del mismo, determinó la efracción de su pared y el pasaje de líquido pancreático al peritoneo.

Nunca habíamos encontrado referencias bibliográficas a esta situación en el cáncer de páncreas, pero sí en las pancreatitis y pseudoquistes que se abren en el peritoneo. Smith, Warren y col. (8) en un artículo publicado este año, revisan la literatura y relatan siete casos de ascitis pancreáticas por afecciones benignas, pero incluyen la historia de un portador de cáncer cefalopancreático confirmado operatoriamente que dos semanas después ingresa con una ascitis pancreática debida a la ruptura de un pseudoquiste corporal. Se drenó hacia afuera y se retiró el tubo cuando se agotó el drenaje, pero el quiste recidivó obligando a realizar una quistogastostomía. Jordan (5) relata un caso similar en el que un pseudoquiste por detrás de un carcinoma se rompió, provocando una ascitis que curó con el drenaje del quiste al exterior.

En los pacientes con cánceres periampulares, la aparición de ascitis puede deberse a carcinomatosis peritoneal, obstrucción del canal torácico (7) o trombosis portal (3) asociada a hipoproteinemia y desnutrición como hemos visto en varias oportunidades.

Pero nuestra observación y las referidas, demostraron que hay que pensar en esta otra posibilidad de ruptura canalicular en que una derivación resuelve el problema.

Es más frecuente la ascitis pancreática secundaria a ruptura de pseudoquistes en enfermos sin neoplasmas. Smith (8) reunió 62 observaciones en la literatura inglesa. La asociación de pancreatitis crónica con alcoholismo hace que algunos de estos enfermos sean tenidos por cirróticos (6) o por cánceres de páncreas debido a la caquexia.

El antecedente de un traumatismo (4) determinante de un pseudoquiste pancreático que después se rompe, debe ser también tenido en cuenta.

Existen en la literatura numerosos casos de enfermos tratados ineffectivamente como cirró-

ticos en los que el páncreas era responsable de la ascitis. El otro diagnóstico diferencial que se plantea es el de peritonitis tuberculosa.

Felizmente el laboratorio puede dilucidar el diagnóstico como ha destacado Cameron (1,2). El contenido de proteínas en el líquido de ascitis de los cirróticos no pasa de 1.5 gramos %, en cambio en la ascitis pancreática puede pasar los 3 gramos %. A su vez las cifras altas de amilasa como tenía nuestro enfermo en el líquido peritoneal, no se ven en la cirrosis o carcinomatosis peritoneal. Aclaremos también que el líquido puede estar teñido de sangre o bilis como en nuestro caso dada la presencia de ictericia. El diagnóstico negativo de cirrosis por punción o laparoscopia es un elemento más para sospechar la etiología pancreática de la ascitis.

RESUMEN

En un portador de cáncer de papila se produjo la ruptura espontánea del canal de Wirsung por detrás del obstáculo con aparición de una ascitis pancreática. Se trató con fistulización externa y anastomosis iterativa de la fistula al yeyuno. También se practicó una derivación colecistoyeyunal pues existía una ictericia obstructiva. El autor comenta la rareza de estas observaciones en la literatura.

RÉSUMÉ

Dans un porteur de cancer de papille, il s'est produit la rupture spontanée du canal de Wirsung par derrière l'obstacle avec apparition d'une ascite pan-

créatique. On l'a traité avec une fistulisation externe et une anastomose itérative de la fistule au jéjunum. On a aussi pratiqué une dérivation cholecystojéjunale car il existait une icterice obstructive. L'auteur commente la rareté de ces observations dans la littérature.

SUMMARY

In a patient with a cancer of papilla, occurred the spontaneous rupture of the Wirsung duct behind the obstacle, with apparition of a pancreatic ascites. It was treated with external drainage and iterative anastomosis of the fistula to the jejunum. Besides that, a cholecysto jejunostomy was done because there was an obstructive jaundice. The author comments the rareness of these observations in literature.

BIBLIOGRAFIA

1. CAMERON, J., ANDERSON, R., ZUIDEMA, G. Pancreatic ascites. *Surg. Gynec. Obstet.*, 125: 328, 1967
2. CAMERON, J., BRAWLEY, R., BENDER, H., ZUIDEMA, G. The treatment of pancreatic ascites. *Ann. Surg.*, 170: 688, 1969.
3. ESTRADA, L. Cirugía de las neoplasias del páncreas. Madrid. *Paz Montalvo*, 1959.
4. HARDY, J. Some complications of pancreatic disease. *Ann. Surg.*, 145: 848, 1957.
5. JORDAN, G. En discusión de CAMERON (1).
6. PARRISH, R., HUMPRIES, A., MORETZ, W. Massive pancreatic ascites. *Arch. Surg.*, 96: 887, 1968.
7. SMITH, R. Surgery of pancreatic neoplasm. *Livingstone*. Edimburgh & London. 1953.
8. SMITH, R., WARREN, D., RIVARD, A., AMERSON, R. Pancreatic ascites. *Ann. Surg.*, 177: 538, 1973.