

CASOS CLINICOS

Cistoadenomas del pancreas

A propósito de 2 casos

Dres. Wilson Ramírez Pintos y Franklin Artigas Aliano

Se presentan dos casos de cistoadenoma de páncreas, y se analizan las dificultades de orden diagnóstico y táctico quirúrgico. También se insiste en particular sobre un punto poco enfatizado hasta el presente, como lo es la repercusión esplénica de las pancreopatías crónicas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Pancreas / Cistoadenomas.

INTRODUCCION

Alentados por la poca frecuencia de esta afección y por los problemas tácticos quirúrgicos que ella demanda, es que hemos traído estas dos observaciones.

Hasta el año 1975 habían sido reportados en la literatura unos 300 casos, correspondiendo a una incidencia del 10 % de todos los procesos quísticos del páncreas.

CASUÍSTICA

Obs. 1.—Paciente del sexo femenino, 80 años de edad. Ingresa con cuadro agudo de abdomen caracterizado por dolor, distensión abdominal y detención del tránsito intestinal. El examen revela regular estado general, anemia moderada sin descompensación hemodinámica. Distensión abdominal hipersonora; dolor a la compresión y decompresión difusos. El tacto rectal muestra una ampolla vacía con Douglas algo doloroso.

La radiografía simple de abdomen se interpreta erróneamente como correspondiente a una oclusión intestinal, posiblemente colónica, por la topografía de la imagen que se interpreta como niveles.

Se interviene encontrándose: hemoperitoneo moderado secundario a la rotura de un hematoma esplénico; gran proceso tumoral poliquístico de cuerpo y cola de páncreas y trombosis de la vena esplénica.

El procedimiento realizado fue el de una pancreatometomía corporo-caudal con esplenectomía. Cierre del muñón pancreático y drenaje de la logia subfrénica izquierda. La evolución postoperatoria fue sin incidentes.

Presentado como Tema Libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre 1978.

Médico Colaborador y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina.

Dirección: Brandzen 1990, Ap. 30, Montevideo (Dr. W. Ramírez).

Clinica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola). Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

Obs. 2.—Paciente del sexo masculino de 55 años de edad. Presenta una historia ulcerosa de larga data. Debuta 10 años antes con una úlcera duodenal perforada en la que se realiza cierre simple. Posteriormente sigue sufriendo inicialmente en forma periódica y durante el último año en forma prácticamente continua.

El esofagogastroduodeno revela un úlcus duodenal y el quimismo gástrico una hiperclorhidria importante.

En la operación se constata:

—Úlcus duodenal crónico.

—Proceso poliquístico del sector cefálico del páncreas, sin compresión de la vía biliar ni extensiones lesionales (adenopatías y metástasis).

El procedimiento realizado fue una duodenopancreatometomía cefálica. El restablecimiento del tránsito digestivo se hizo por pancreatoyeyunostomía término-terminal, colecistoyeyunostomía látero-lateral y gastroenterostomía. Se recurre a este tipo de anastomosis biliar por presentar un colédoco fino.

En la evolución postoperatoria el paciente presenta una ictericia obstructiva. La colangiografía transparietohepática demuestra una obstrucción biliar distal sin relleno de la vía biliar accesoria.

Se reinterviene comprobándose que la desembocadura del cístico es muy baja y que fue incluido inadvertidamente en la ligadura del colédoco. Se comprueba en esta oportunidad dilatación coledociana. El procedimiento realizado fue el de coledocoyeyunostomía. Buena evolución postoperatoria.

DISCUSION

En cuanto al primer caso diremos, que una vez más queda evidenciada la imposibilidad de poder realizar un diagnóstico clínico. La interpretación del cuadro dado fundamentalmente por la radiología es hacia una oclusión intestinal, pero viendo retrospectivamente la radiografía de abdomen es evidente que el proceso quístico ya se mostraba.

También queremos hacer notar algo que fue poco valorado en el momento de la operación, pero que revisando la literatura sobre estos procesos creemos que es de importancia porque tiene connotaciones en el plano clínico y táctico-quirúrgico. El hecho radica en la obstrucción de la vena esplénica por trombosis,

secundario al proceso pancreático. En nuestro caso seguramente fue la causal del hematoma esplénico. Se han descrito infartos esplénicos, rupturas espontáneas y hasta hematomas subfrénicos izquierdos a los que se atribuyen como epifenómenos de una afección locoregional venosa esplénica.

Recientemente, J. L. Jost y col. han insistido sobre el origen vascular de las lesiones esplénicas en pacientes con afecciones pancreáticas crónicas. Tales consideraciones explicarían las aparentes disparidades de presentación sintomatológicas, que tendrían una misma causa patogénica, ligada como ya dijimos a una trombosis venosa esplénica troncular o radicular.

En cuanto a los comentarios que nos merece la segunda historia, diremos, en primer término por tratarse de un paciente con historia ulcerosa de larga data, antecedentes de úlcus perforado al que últimamente instala un sufrimiento continuo y presenta una imagen de nicho ulceroso de duodeno, es preciso pensar ante el hallazgo operatorio de una tumoración pancreática, si no estamos frente a un Síndrome de Zollinger - Ellison. Creemos que el estudio funcional gástrico efectuado se revela con valores por debajo del mínimo que se debe exigir para pensar en la etiología antes mencionada. Además, los caracteres anatómicos y topográficos de la tumoración que presentaba este paciente, no estaban de acuerdo con la forma de presentación de los tumores insulares descritos hasta el momento. De otras maneras el estudio histológico posterior de la pieza reveló que se trataba de un cistoadenoma.

Otro comentario que nos merece este caso es con respecto al tipo de anastomosis biliodigestiva realizada. La colecistoyunostomía realizada de necesidad por el poco calibre del colédoco y el fracaso consecutivo demuestra que no puede ser llevada a cabo sin un estudio anatómico y colangiográfico preciso.

En cuanto a la patología en sí del proceso en causa, poco podemos agregar a lo dicho por otros autores nacionales en comunicaciones anteriores a la Sociedad de Cirugía. Por considerarla una entidad de baja frecuencia es que hemos creído conveniente presentarla a los efectos de enriquecer la casuística nacional.

Esta entidad ha sido considerada por Howard y Jordan dentro de los quistes neoplásicos benignos. La evolución maligna ha sido demostrada para los de tipo papilar; en cambio, los quistes con epitelio cúbico bajo y pequeña cantidad de mucus intraquistico no tienen tendencia a la malignización. A pesar de esta última posibilidad, la certeza diagnóstica del proceso se logra una vez estudiada la lesión quística en su totalidad; de esto surge que no se puede tener una conducta conservadora. Todo esto determina problemas tácticos a veces difícil de resolver, sobre todo cuando la localización es cefálica.

A modo de concepto final podemos decir que la enseñanza aportada por estos dos casos es corroborar las dificultades de orden diagnós-

tico y táctico quirúrgico. Además queremos subrayar especialmente la relación que surge entre las pancreopatías crónicas y su repercusión en la logia esplénica. Como vemos una vez más la patología nos ha demostrado que existen razones para explicar dichos fenómenos, y hay argumentos de orden embriológicos, vasculares y anatómo - topográficos que hablan de la existencia de una verdadera simbiosis pancreático - esplénica.

RESUME

Cystoadénomes du pancréas. A propos de 2 cas

On présente 2 cas de cystoadénomes du pancréas et on analyse les difficultés qu'ils posent dans le diagnostic et la tactique chirurgicale. On insiste aussi, sur un point qui n'a pas été mis en valeur jusqu'à présent: la répercussion splénique des pancréopathies chroniques.

SUMMARY

Pancreatic Cystadenomas Two Cases

Report on two cases of cystadenomas of pancreas and analysis of difficulties encountered in its diagnosis and with respect to its surgical tactics. In particular, the authors outline an aspect which has so far merited insufficient attention: splenic repercussion of chronic pancreatomies.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBO M, PIOVANO S, CARDOZO T. Cistoadenoma del páncreas. *Cir Uruguay*, 43: 384, 1973.
2. BECKER WF, WELSH RA, PRATT HS. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of pancreas. *Ann Surg*, 161: 845, 1965.
3. CAMPOS PIERRI N, OLIVERA D, BERGALLI L, LUKSEMBURG J, PRADINES J. Cistoadenoma de la cabeza del páncreas. *Cir Uruguay*, 48: 84, 1978.
4. DEL CAMPO R. Quiste del páncreas, fistula pancreática. *Bol Soc Cir Uruguay*, 2: 209, 1931.
5. DIDOLKAR MS, MALHOTRA Y, HOLYOKE DE, ELIAS EG. Cystadenoma of the pancreas. *Surg Gynecol Obstet*, 140: 925, 1975.
6. FRANCILLON J, VIGNAL J, DE ROSSARD JP et LESBROC F. A propos d'un cas cystadenoma du pancréas. *Lyon Chir*, 65: 436, 1969.
7. GONZALEZ LEPRAT JA, SANGUINETTI CM. Cistoadenoma de páncreas. *An Fac Med Montevideo*, 43: 177, 1958.
8. GREZZI R. Procesos quísticos. En: Tácticas y técnicas en la cirugía del páncreas. *Cir Uruguay*, 41: 30, 1971.
9. LEWIS JL, DORMANDY J. Cystadenoma of the pancreas. A report of two cases. *Br J Surg*, 58: 420, 1971.
10. MAÑANA J, GILARDONI F. Quiste verdadero del páncreas cefálico. *Bol Soc Cir Uruguay*, 33: 42, 1962.
11. PIPER CE, REMINE WH, PRIESTLEY JT. Pancreatic cystadenomata. *J.A.M.A.*, 180: 642, 1962.
12. PIQUINELA JA. Quiste recidivado de páncreas. Pancreatectomía del cuerpo y cola. *Bol Soc Cir Uruguay*, 29: 28, 1958.
14. TRINCA S. Cistoadenoma pancreático. *Prensa Méd Argent*, 58: 1339, 1971.