

CASOS CLINICOS

# Rotura esplénica y pancreática. Seudoquistes supurados precoces

Dr. Fabio Croci,  
Dr. José Trostchansky,  
Dr. Antonio Farcic.

Los autores presentan un caso de rotura esplénica y pancreática, con una operación diferida por hemorragia en dos tiempos de origen esplénico, en el cual precozmente se desarrolló un pseudoquiste supurado, que fue interpretado previo a la reoperación como un absceso subfrénico izquierdo. Se destaca la escasa frecuencia de esta patología y sus características más notorias. Se remarca el valor del drenaje externo en estas situaciones.

*Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado, Montevideo.*

*d'une hémorragie en 2 temps d'origine splénique, dans lequel s'est développé précocement un pseudokyste supuré qui a été interprété comme un abcès sousphrénique avant l'intervention. On remarque la basse fréquence de cette pathologie et ses caractéristiques les plus remarquables. Ils soulignent la valeur du drainage externe dans ces situations.*

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:  
Pancreas & Spleen wounds and injuries / Pancreatic cyst.*

## Splenic and pancreatic rupture. Early suppurated pseudocyst.

Authors describe a case of splenic and pancreatic rupture in an operation having been postponed due to splenic originated hemorrhage in two instances, where a suppurated pseudocyst developed at an early stage, interpreted prior to reoperation as a left subphrenic abscess. Noted is the not too frequent occurrence of this pathology and its most noticeable characteristics.

Authors emphasize the value of external drainage in such cases.

## RÉSUMÉ: Rupture splénique et pancréatique. Pseudokyste supuré précoce.

Les auteurs présentent un cas de rupture splénique et pancréatique, avec une intervention différée à cause

## INTRODUCCION

El traumatismo esplénico puede asociarse a un trauma pancreático de variable entidad. Así, pueden verse desgarros o secciones del cuerpo o cola del páncreas conjuntamente con la injuria del bazo. En otras ocasiones, el trauma pancreático pasa desapercibido o no es apreciado en el acto quirúrgico y aparece tardíamente bajo la forma de una ascitis pancreática o más a menudo, como un pseudoquiste. Lo usual es que la lesión pancreática menor (desgarro parcial o contusión) no dé síntomas iniciales y sólo tardíamente aparezca bajo la forma de un pseudoquiste.

El objeto de la presente comunicación es mostrar un caso de lesión pancreática y esplénica operada, con aparición posterior precoz de un pseudoquiste supurado.

*Caso Clínico.* J.K. - CSM (BSE) - N° 177.352 - Hombre - 52 años - Raza blanca.

El 24/3/83 resulta politraumatizado en accidente de trabajo presentando TEC, traumatismo de MSI con heridas graves de brazo y antebrazo, y trauma toraco-abdominal izquierdo con heridas cutáneas y múltiples fracturas costales bajas. En Urgencia se efectúa la re-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 1° de setiembre de 1983.

Asistente, Prof. Agregado y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Yaguarón 1581, Ap. 302, Montevideo.  
(Dr. F. Croci).

paración de las heridas de partes blandas y se le deja internado por su traumatismo tóraco-abdominal. Pasa bien, sin síntomas ostensibles hasta el 28/3/83, en que, luego de un enema evacuador, presenta lipotimia. Horas después, el enfermo se presenta hipotenso, sudoroso, con evidente anemia. Al examen existe dolor abdominal espontáneo, con defensa a nivel del hipocóndrio y flanco izquierdos. La punción abdominal fue positiva. Con diagnóstico clínico de hemoperitoneo por hemorragia en dos tiempos por rotura de bazo, se opera de inmediato. En la intervención se comprueba hemoperitoneo masivo, mayor de 2.000 cc, gran hematoma de la celda esplénica, rotura de bazo y desgarramiento parcial oblicuo de la cola del páncreas. Se efectuó esplenectomía, sutura del desgarramiento pancreático y drenaje.

En el postoperatorio inmediato presenta una buena evolución, recuperando rápidamente el tránsito intestinal. Pero, al 4º día comienza con fiebre y 24 horas después retención gástrica. El drenaje peritoneal no dio nada. La RX de abdomen muestra una aerilia sin otros elementos. La RX de tórax muestra un velo pleural izquierdo. El 10/4/83 se efectúa T.A.C., pensando en un absceso subfrénico, en la misma se encuentra una colección líquida que se interpreta como tal. Con ese diagnóstico, se reopera. Se encuentra una masa de 8 x 10 cm rodeada por el estómago por delante y por debajo colon transversal y mesocolon. No hay un absceso subfrénico evidente. La punción de esta tumefacción da salida a un líquido de aspecto purulento, con restos tisulares. Se drena el mismo con dos tubos.

El estudio enzimático del líquido extraído mostró una dosificación de amilasa de 900 unidades amilolíticas, con valores normales en sangre y orina. El estudio histológico de los fragmentos confirmó la existencia de tejido pancreático. El estudio bacteriológico para aerobios y anaerobios fue negativo.

La evolución del paciente hasta el momento actual ha sido muy satisfactoria.

## COMENTARIO

La mayoría de los traumatismos pancreáticos son producidos por herida penetrante de abdomen<sup>(6, 13)</sup>. En los casos de traumatismos cerrados, la asociación con otras lesiones viscerales intraperitoneales es frecuente, aun cuando no lo es que se asocie a una lesión esplénica. La lesión pancreática puede ser asintomática por largos períodos<sup>(2, 6, 9, 13, 14)</sup>. La evolución hacia el pseudoquistes rápidamente complicado no es una eventualidad común. De la serie de pseudoquistes de Warren<sup>(10)</sup>, sobre 148 casos, sólo 15 eran de origen traumático. En esta asociación lo más frecuente es que la lesión pancreática sea secundaria a la esplenectomía de urgencia<sup>(7, 14)</sup>.

En la presente situación no pudo determinarse si el pseudoquiste se instaló sobre la zo-

na del desgarramiento o sobre otra zona de parénquima más o menos vecina.

Hay autores que insisten en que el manejo de los pseudoquistes incluye un período de cuidadosa observación y medidas médicas paliativas porque el mismo puede resolverse espontáneamente<sup>(3, 4, 6, 7, 8)</sup>. Un 20% de los casos curarían de tal modo; muchos de ellos por instalación de una fistula cisto-entérica eficaz<sup>(9)</sup>. Otros por el contrario abogan a favor del tratamiento inmediato<sup>(1, 4)</sup>.

En la presente situación todo hizo pensar en un absceso subfrénico izquierdo y el diagnóstico fue intraoperatorio, corroborado posteriormente por el laboratorio y la anatomía patológica.

El tratamiento quirúrgico recomendado en esta situación es el drenaje externo simple<sup>(7, 8, 12, 13)</sup> pese al riesgo de fistulas pancreáticas<sup>(10, 11)</sup>. Su riesgo de recurrencia sería bajo<sup>(5, 7)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BALFOUR J. — Pancreatic pseudocysts: complications and their relation to the timing of treatment, *Surg. Clin. North Am.* 50: 395, 1970.
- BECKER W., PRATT H., GANJI H. — Pseudocysts of the pancreas. *Surg. Gynecol. Obstet.* 127: 744, 1968.
- BRADLEY E., CLEMENTS J. (Jr.) — Trans-enteric rupture of pancreatic pseudocysts: Management of pseudocyst-enteric fistulae, *Am. Surg.* 42: 827, 1976.
- CERILLI J., FARIS T. — Pancreatic pseudocysts: delayed versus immediate treatment, *Surgery* 61: 541, 1971.
- FOLK F., FREEARK R. — Reoperations for pancreatic pseudocysts, *Arch. Surg.* 100: 430, 1970.
- JONES R., SHIRES G. — The management of pancreatic injuries, *Arch. Surg.* 90: 502, 1965.
- MAINGOT R. — *Abdominal Operations*. 2nd. ed. Philadelphia, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- POLK H. (Jr.), ZEPPA R., WARREN W. — Surgical significance of differentiation between acute and chronic pancreatic collections, *Ann. Surg.* 169: 444, 1969.
- WALTER R., GASPARD D., GERMANN T. — Traumatic pancreatitis, *Am. J. Surg.* 111: 364, 1965.
- WARREN K. — Complications of pancreatic surgery, *Surg. Clin. North Am.*, 683, 1957.
- WARREN K., ATHANASSIADES S., FREDERICK P., KUNE G. — Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. Review of 183 cases, *Ann. Surg.* 163: 886, 1966.
- WARREN W., MARSH W., SANDUSKY W. — An appraisal of surgical procedures for pancreatic pseudocyst, *Ann. Surg.* 147: 903, 1958.
- WARREN W., ZEPPA R. — Pancreas, SABISTON D.C. (Jr.) - *Tratado de Patología Quirúrgica*, México, Interamericana, 1974.
- WHITE T., MORGAN A., HOPTON D. — Postoperative pancreatitis. A study of 70 cases, *Am. J. Surg.* 120: 132, 1970.