

Ictericia obstructiva de causa poco frecuente

En una niña de 6 años.

Dres. Oscar Chavarría y Juan Luis Benedictti.

Se presenta un caso de equinocosis hidática de cabeza de páncreas en una niña de 6 años.

Se analiza la sintomatología como así también los procedimientos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad para su detección.

Finalmente se enumeran los diferentes procedimientos operatorios posibles a realizar.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: JAUNDICE, CHILD.

SUMMARY: Obstructive jaundice of rare origin in a six years old girl.

An hydatid cyst of the head of the pancreas in a 6 years old girl is presented. Symptomatology as well as auxiliary diagnostic tests now available are analyzed. Finally we enumerate the differents operative procedures accepted.

RÉSUMÉ: Ictère obstructif de cause peu fréquent chez una fille de 6 ans.

Il s'agit d'un cas d'échinococose hydatique de la tête du pancréas chez un fille de 6 ans.

On analyse les symptômes ainsi que les procédés diagnostiques don on dispose actuellement pour sa détection.

Finalment on énumère les différents procédés opératoires possibles.

Clinica Quirúrgica Infantil (Director Prof. Dr. Oscar Chavarría), Hospital Pereira Rossell. Fac. de Medicina. Montevideo.

La equinocosis hidática del páncreas (E.H.P.) es poco frecuente^(1,2,3,4,5,6). En la literatura extranjera consultada, Teichman⁽⁷⁾ y Graglietto⁽⁸⁾ la hallan en el 0.12%; Deve⁽⁹⁾ en el 0.32%; Posselt⁽⁷⁾ en el 2%, siendo finalmente para Ouvry⁽¹⁰⁾ del orden del 3%. En nuestro país, para Larghero⁽¹¹⁾ su frecuencia es del 1‰. En el niño, su observación es aún menor; Ouvry⁽⁹⁾ en su tesis basada en 10.659 casos, reporta sólo dos casos antes de los 10 años y 8 entre los 11 y 20 años. Salmon⁽⁹⁾, en 30 años de cirugía pediátrica, halló un solo caso en esta localización. En la bibliografía nacional consultada, en adultos, se hallan los casos reportados por Albo⁽⁶⁾; Piaggio Blanco y col.⁽¹²⁾; Asiner⁽¹³⁾; Filgueira y col.⁽¹⁴⁾ y el de Hill⁽¹⁵⁾. En el niño, se encuentra el caso de Piñeyro y col.⁽¹⁶⁾ y el nuestro, que constituye el motivo de la presente comunicación.

CASO CLINICO

L.E. 6 años. Ingreso 1/7/86, procedente de San José, sin antecedentes patológicos a destacar, que comienza el 10-5-86 en que le notan coloración amarilla conjuntival que progresivamente compromete el resto de las mucosas y la piel. A los 3 días, acolia y coluria.

Consulta médico efectuándose diagnóstico de hepatitis; el funcional y enzimograma hepático demuestran:

B.D.2.51-B.I.0.45-B.T.2.96 mg%

F.A.17.5. U.B. S.G.O.T. 38 U/ml

S.G.P.T. 63 U/ml.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 1° de octubre de 1986.

Prof. y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica Infantil.

Dirección: Pereira de la Luz 1041, Montevideo. (Dr. O. Chavarría).

Se le indica reposo y dieta y en el curso de dicho tratamiento, aumenta la ictericia e instala prurito. No mejora, por lo que ingresa.

Durante la evolución del cuadro no presentó manifestaciones de trastornos hemorragíparos, no trastornos del carácter ni disminución del rendimiento intelectual. No fiebre. No síntomas alérgicoanafilácticos. Astenia, anorexia y adelgazamiento de 5 kg hasta la fecha.

A. *Personales*: Sin patología perinatal a destacar. Buen desarrollo pondo-estatural e intelectual.

A. *Familiares*: Madre intervenida por hidatidosis hepática.

A. *Ambientales*: Perros en contacto con la familia, tratados con Dronsit regularmente cada 6 meses y que ingieren vísceras crudas.

Examen: Ictericia verdínica de piel y mucosas. Lesiones de rascado. Apirética. Abdomen: Asimétrico, palpándose hepatomegalia con borde inferior a 5 traveses de dedo por debajo del reborde costal, lisa e indolora.

En hipocondrio derecho se palpa tumoración con caracteres de vesícula, indolora. No esplenomegalia.

Hemograma-Ht.26% Hb.8.8. G.B.5.700

Funcional hepático: B.D.12.40 B.I.7.60 B.T.20.00

S.G.O.T. 230 U/ml. S.G.P.T. 210 U/ml.

No se detectan anticuerpos antihidatídicos circulantes.

Con diagnóstico presuntivo de: 1) Quiste de colédoco. 2) Quiste hidático de hígado con compresión de vía biliar principal.

Se opera. Exploración: Hepatomegalia. Vía biliar principal y accesoria muy dilatadas. Tumoración de aproximadamente 5 cm de diámetro, topografiada en cabeza de páncreas que corresponde a un quiste hidático.

Procedimiento: quistostomía, coledocostomía, drenaje subhepático.

Alta en buenas condiciones.

COMENTARIO

La enfermedad hidática pancreática en el 90% de los casos es según Lagrot⁽⁹⁾, primitiva, única y sin otras localizaciones viscerales asociada. Excepcionalmente es primitiva, múltiple en varias vísceras. Habitualmente el quiste es hialino, siendo poco frecuente su complicación, no habiéndose descrito su rotura en peritoneo o vísceras vecinas^(11, 17). Puede asentar en la cabeza (donde predominan), en el cuerpo o en la cola del páncreas. Hay déficit de la secreción exócrina del páncreas cuando provoca obstrucción total al pasaje del jugo pancreático al duodeno⁽¹¹⁾. Desde el punto de vista endócrino, debido a que hay compensación de la parte sana, aparece diabetes cuando queda solamente 1/8-1/10 de glándula funcionante^(11, 17).

Existen también quistes originados en vísceras o estructuras peripancreática (mesocolon) que en su crecimiento se adhieren al páncreas. Es a estos quistes secundariamente pancreáticos que Doitchinovitch⁽⁹⁾ denomina "quistes emigrados".

Con respecto a la *sintomatología*, ella va a depender: de la localización del quiste en el páncreas (relación con el confluente bilio-pancreático y plexos nerviosos); como así también de su tamaño.

Los quistes de la cabeza, en su crecimiento, provocan compresión de la vía biliar en su sector terminal, manifestándose por síndrome pigmentario frustrado o completo (ictericia-acolia-coluria) y prurito, como ocurrió en nuestro caso. El síndrome pigmentario puede presentar remisiones e ir acompañado de fiebre. La hepatomegalia y vesícula palpable se deben a la obstrucción de la vía biliar principal, manifestándose la obstrucción canalicular pancreática por la existencia de esteatorrea.

Aunque con poca frecuencia, los quistes cefálicos pueden alcanzar gran volumen pudiendo ser causa de obstrucción digestiva alta^(11, 12) con todo su cortejo sintomático. Los quistes pancreáticos pueden acompañarse de dolor ya por distensión canalicular (biliar o pancreática) o por compresión o distensión de estructuras vecinas. El dolor, de intensidad y caracteres variable (dolor o sensación de peso o presión) habitualmente se localiza en hemiabdomen superior, pudiéndose irradiar a dorso o a fosa lumbar izquierda.

Cuando el quiste se manifiesta por tumoración, habitualmente ella es profunda, inmóvil e indolora. Puede ser móvil en caso de quiste pediculado o cuando está en contacto con el diafragma⁽¹²⁾.

El quiste en su crecimiento, puede provocar amplios decolamientos llevando a confundir el diagnóstico con tumoración hepática, esplénica o renal. La astenia, anorexia y adelgazamiento es frecuente. Esta triada fue observada en nuestra paciente.

Está descrita la aversión por las grasas que siente el paciente⁽⁹⁾. Los síntomas alérgico-anafilácticos son excepcionales.

Los *hallazgos radiológicos* pueden ser directos (visualización de calcificación^(10, 11)), excepcional en el niño) o indirectos (debido a compresión y/o desplazamientos de vísceras vecinas).

La *Rx simple de abdomen* puede revelar: hepatomegalia (como en nuestro caso); disposición anormal del patrón gaseoso intestinal; calcificación.

El *gastroduodeno* puede ser normal⁽¹⁶⁾ como lo fue en nuestra paciente o presentar en alguno de sus sectores signos de dilatación, deformación, compresión o desplazamiento de acuerdo a la topografía y desarrollo del quiste^(10, 11, 12, 13).

También en el colon por enema pueden observarse signos de compresión o desplazamiento en alguno de sus sectores^(10, 13).

Están descritos procedimientos radiológicos simples para estudiar el páncreas: el de Engel y Lysham⁽¹⁰⁾ y el de Twining⁽¹⁰⁾. En ambos, si hay aumento del área pancreática, se observa un defecto en la pared gástrica posterior.

La Rx simple de tórax y la centellografía hepática son útiles para descartar otras posibles localizaciones hidáticas asociadas.

Actualmente, son de enorme valor la Ultrasonografía y la Tomografía axial computada del abdomen.

Las reacciones inmunobiológicas tienen resultados variables⁽⁷⁾, tienen valor si son positivas, sin embargo, su negatividad no descarta el diagnóstico de equinocosis hidática.

Sin embargo, no obstante los numerosos procedimientos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad, la mayoría de los autores están de acuerdo que el diagnóstico de E.H.P. sigue siendo aún, difícil de realizar.

El diagnóstico preoperatorio es pues excepcional, no solo por asentar en una víscera que no es fácil de estudiar, sino también por la rareza en esta localización unido a lo infrecuente que son las tumoraciones pancreáticas en el niño.

Debido a lo proteiforme que puede ser su sintomatología, múltiples pueden ser los diagnósticos a plantear:

quiste de colédoco; quiste simple de páncreas; quiste hidático de hígado que comprime V.B.P.; quiste hidático de hígado abierto en vías biliares; quiste hidático de bazo (cuando se topografía en el sector caudal); tumores retroperitoneales⁽⁹⁾, donde es necesaria la urografía de excreción; quiste del mesocolon; neoplasma de cabeza de páncreas (excepcional en el niño); hepatitis⁽¹⁶⁾. Diagnóstico éste que se planteó en nuestra paciente.

En última instancia, es la laparotomía la que hará el diagnóstico de esta enfermedad.

TRATAMIENTO

Va a depender del tamaño de la topografía en el páncreas y del estado del quiste.

Con frecuencia no es fácil reconocer el origen del quiste⁽⁸⁾.

En los quistes de cabeza de páncreas es obligatorio el estudio colangiográfico a fin de detectar la posición del colédoco y del Wirsung⁽¹¹⁾.

Varios pueden ser los procedimientos a emplear:

- Posadas (en quistes pequeños-hialino);
- Quistostomía (en quistes grandes-complicado);
- Quistectomía (en quistes pediculados-emergentes);
- Pancreatoclectomía distal (en quistes de la cola del páncreas);
- Procedimiento de Lagrot⁽⁹⁾.

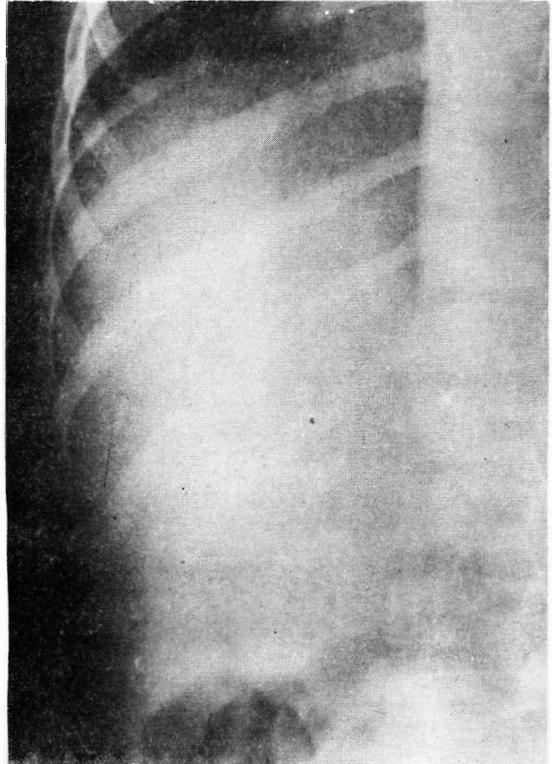


Fig. 1. Rx simple de abdomen. Imagen que corresponde a la hepatomegalia clónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- PEREZ FONTANA V. — Bibliografía Uruguaya de la Hidatidosis (1937-1956). Arch. Int. Hidatid. 1956, 15: 459.
- PEREZ FONTANA V. — Hidatidosis en la infancia con especial referencia a su aspecto médico-social. Arch. Int. Hidatid. 1956, 15: 301.
- DUPRAT P. — Los quistes hidáticos en el Uruguay. Estudio estadístico. Arch. Int. Hidatid. 1937, 3: 37.
- PRAT D. — Los quistes hidáticos en el Uruguay (1908-1912). Arch. Int. Hidatid. 1937, 3: 73.
- ZERBINO V. — El quiste hidático en el Uruguay (1913-1917). Algunas consideraciones. Arch. Int. Hidatid. 1937, 3: 93.
- BIBLIOGRAFIA URUGUAYA DE LA HIDATIDOSIS — Del Archivo del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis. Arch. Int. Hidat. 1938, 4: 295.
- FLANZIK L., GARBER I. — Equinocosis del páncreas. Arch. Int. Hidatid. 1938, 4: 131.



Fig. 2. Ecografía de hígado y vías biliares. Se realizaron cortes transversales y sagitales en hipocondrio derecho, observándose una gran vesícula biliar aumentada en sus diámetros, que mide aproximadamente 65 mm por 26 mm. Las vías biliares intra y extrahepáticas se encuentran dilatadas. En el sector

correspondiente al pedículo hepático, se evidencia una imagen quística cuyo diámetro mayor es de 3 cm. La región pancreática no se pudo visualizar correctamente debido a la distensión gaseosa intestinal.

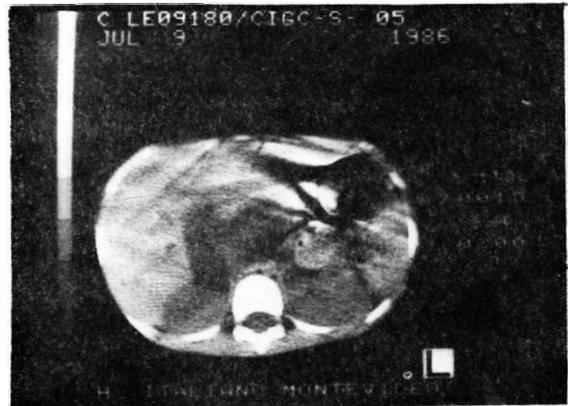
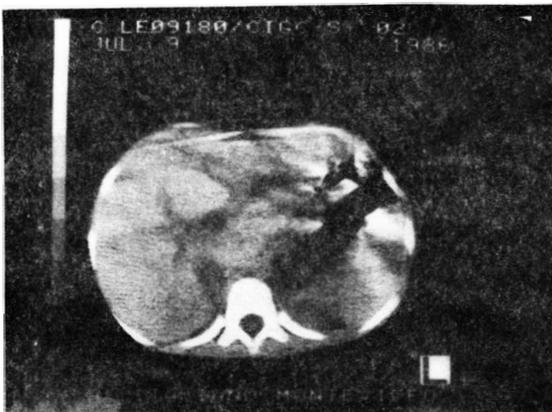


Fig. 3. Tomografía axial computada de abdomen. Gran dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. La vesícula biliar se encuentra muy aumentada de tamaño y se observa una imagen circunscrita hipodensa que se topografía a la altura de la cabeza y cuerpo del páncreas, de difícil diagnóstico diferencial entre un gran quiste coledociano y un proceso expansivo quístico pancreático.

8. ALBO M. — Hydatid cysts of the pancreas. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1922, 34: 739.
9. SALMON M., AUBRESPY P., PENDARIES H. — Kyste hydatique de la queue du pancréas chez une enfant de dix ans: Résection en dome: procédé de Lagrot: resultat de 15 ans. *Ann. Chir. Infant.* 1960, 2: 71.
10. ALONSO ALEGRE A., MARTINEZ PRUDENCIO P., OBREGON ICAZA J. — Rara localización de un quiste hidático. *Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig.* 1961, 20: 794.
11. LARGHERO P., VENTURINO W., BROLI G. — Equinocosis hidatídica del abdomen. Montevideo: Delta, 1962. p. 179.
12. PIAGGIO-BLANCO R., GARCIA CAPURRO F. — Quiste hidatídico de la cabeza de páncreas. Importancia de la radiología por su diagnóstico. *Arch. Urug. Med. Cir. Espec.* 1939, 15: 245.
13. ASINER B. — Quiste hidático de Páncreas. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 1961, 32: 323.
14. FILGUEIRA J., MATE M. — Equinocosis hidática de páncreas. *Cir. Urug.* 1971, 41: 314.
15. HILL R. — Comunicación personal.
16. PIÑEYRO L., GONZALEZ PUIG R., VARALLA DE LENDLE M. — A propósito de un caso de quiste hidático de cabeza de páncreas. *Día Med. Urug.* 1966, 33 (400): 1006.

17. CARCASSONE M., MONFORT G., BENSOUSSAN A. — Kyste hydatique de la tete du pancreas. Ann. Chir. Infant. 1972, 13: 431.

COMENTARIOS

Dr. VALLS: Felicito a los ponentes por haber traído este caso que es muy interesante. Yo no me acuerdo bien, hubo una presentación de un quiste hidático de páncreas en la clínica de Del Campo, pero no me acuerdo bien si era de Del Campo o era de Asiner, pero no se acompañaba de ictericia.

La historia de la enferma es de una ictericia obstructiva porque se acompañó de prurito y de hepatomegalia, uno tenía que pensar que era una ictericia obstructiva. Tenía además una vesícula palpable y uno tenía que pensar que estaba esbozando un poco el síndrome de Bard y Pic.

El hallazgo de ese QH de la cabeza del páncreas, parece que no provocó ninguna modificación en la llanta duodenal, hubiera sido lindo ver el estudio radiológico del esófago-gastro-duodeno a ver si no se veía eso; y no hubo ninguna comunicación de la cavidad residual adventicial con la vía biliar, porque no hubo pérdida de bilis ni de nada, eso fue una suerte porque pudo haber quedado con una fístula biliar o bilio-pancreática, lo cual es un hecho afortunado.

Por eso el pronóstico y la evolución han sido bastante buenas, como se ve en las colangiografías, que hubo una recuperación de la vía biliar y seguramente va a evolucionar perfectamente bien. De modo que lo felicito porque no es frecuente ver uno de estos casos y es bueno tenerlos en la casuística porque son muy raros.

El otro hecho importante a señalar es en este niño en pocos días la dilatación de la vía biliar desapareció y en el estudio colangiográfico que uno ve, la dilatación desapareció totalmente. No le hicimos quistografía postoperatoria, no creímos necesaria

rio hacerlo, es decir, nos pareció que eso podía constituir un riesgo y que no nos iba a dar ningún elemento y el elemento de riesgo fue lo que indicó no hacerlo.

De manera que le sacamos a los pocos días el tubo de quistostomía, le hicimos la colangiografía y a los 20 días se retiró el tubo de coledocostomía.

Dr. CHAVARRIA (cierra la discusión):

El primer diagnóstico que nosotros hicimos en este chico era de un quiste de colédoco y en este momento de acuerdo a la clasificación de Shaito que es una de las clasificaciones más importantes sobre quistes de colédoco, ya se dejó un poco la clasificación de Alonso Lej en tres tipos de quistes de colédoco, que ya eso un poco se ha dejado en los países de Oriente y se sabe que hay una infinidad de quistes de colédoco que llegan a más de treinta o cuarenta tipos, en la cual puede estar incluido esta entidad en la cual se puede plantear perfectamente uno de ellos.

En cuanto al problema de la incisión, es lo que dice el Dr. Perdomo, no es incisión sino punción y después resolver el problema.

En cuanto a la comunicación quisto-biliar, habitualmente en estos enfermos no hay comunicación, uno encuentra que la membrana como en este caso, estaba teñida en bilis, pero no hay una verdadera comunicación, la tinción en bilis es porque todo está teñido en bilis, porque es un niño que tenía unas cifras de bilirrubinemia enormemente elevadas.

El otro problema es qué hicimos con la cavidad, la cavidad se drenó, nosotros no teníamos experiencia y entonces con el temor de lo que puede suceder de una fístula pancreática, le pusimos un drenaje, que es por otra parte lo que hacen todos los que han operado y lo que se indica a nivel de la bibliografía.

Se puso un drenaje en la cavidad quística y se puso un drenaje en el colédoco, porque como no sabíamos bien lo que tenía el chico, si se trataba de un quiste de colédoco o de un quiste hidático, se abrió el colédoco que era un colédoco enormemente dilatado.

La quistostomía no dio nada y no se hizo ninguna maniobra sobre la adventicia, porque todo lo que son maniobras sobre la adventicia son riesgosas, la adventicia es el parénquima pancreático y si uno reseca parénquima pancreático puede abrir canaliculos y crear una fístula pancreática, cosa que no sucedió en el caso nuestro.