

Seudoquistes de páncreas por pancreatitis aguda hemorrágica en el niño

Dres. Juan Luis Benedicetti,
Néstor Campos,
Oscar Chavarría.

La pancreatitis aguda en el niño no constituye una patología frecuente. Sin embargo, en todo cuadro doloroso, sobre todo de región supraumbilical, se debe realizar dosificación de la amilasa en sangre a fin de detectar precozmente posible etiología pancreática.

El diagnóstico de la pancreatitis puede ser a veces difícil: a) porque no siempre la clínica es típica; b) porque las modificaciones biológicas pueden ser fugaces —a veces difícil de dosificar y en ocasiones inespecíficas. La ultrasonografía abdominal y la tomografía axial computarizada, a las cuales se puede asociar la fibrolaparoscopia, constituyen hoy, procedimientos de gran ayuda diagnóstica y evolutiva.

El pronóstico de la pancreatitis depende sobre todo de la causa que la provocó, siendo en la actualidad su evolución más favorable debido probablemente a los progresos obtenidos con la alimentación parenteral.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Pancreatic cyst.

SUMMARY: Pseudocyst in the pancreas as a result of acute hemorrhagic pancreatitis in the child.

Acute pancreatitis in the child is a pathology not too frequent. But even so, whenever pain is present, especially in the supraumbilical area, it is necessary to make a dosification of amylase in the blood for an early investigation of possible pancreatic etiology.

The diagnosis of pancreatitis may sometimes be difficult: a) because the clinical data does not always

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

follow a pattern; b) because biological changes may be brief and sometimes difficult to dosificate and, in some cases, nonspecific.

Nowadays, the abdominal ultrasonography or the computerized axial tomography that may be associated with the fibrolaparoscopy are of great help for the diagnosis and evolution.

The prevision of pancreatitis depends chiefly on the causes of same. Its evolution is more favorable at present probably due to advantages derived from parenteral nutrition.

RÉSUMÉ: Pseudokyste du pancréas par pancréatite aiguë hémorragique chez l'enfant.

La pancréatite aiguë de l'enfant ne constitue pas une pathologie fréquente. Cependant, dans tous les cas de présentation douloureuse surtout de la région supra-ombilicale, on doit effectuer la dosification du taux d'amylase sanguin afin de détecter précocement une possibilité étiologique pancréatique.

Le diagnostic de pancréatite peut être parfois difficile: a) parce que la clinique n'est pas toujours typique; b) parce que les modifications biologiques peuvent être fugaces, quelquefois difficiles de dosifier, et dans certains occasions non spécifiques. L'ultrasonographie abdominale et la tomographie axiale informatisée, auxquelles on peut associer la peritoneoscopie, constituent aujourd'hui, des procédés qui offrent une aide importante diagnostique et évolutive.

Le pronostic des pancréatites dépend surtout de la cause qui l'a provoquée. Actuellement, son évolution est plus favorable, grâce, probablement, aux progrès obtenus avec l'alimentation parentérale.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de octubre de 1985.

Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica Infantil, Ex- sistente de Clínica Quirúrgica y Prof. de Clínica Quirúrgica Infantil.

Dirección: Santiago Nieves 2139. Montevideo (Dr. J.L. Benedicetti).

La pancreatitis es poco frecuente en la infancia.^{(1, 13).}

Así lo revelan los hallazgos de:

- Dobbs⁽⁴⁾ que en 1935 halló solo 14 casos.
- Stickler⁽¹⁴⁾ en 1958, 38 casos.
- Blumenthal⁽²⁾ en 1961, 74 casos.
- Chigot⁽⁵⁾ en 1966 en su tesis halló 73 casos de pancreatitis aguda necrosante y hemorrágica publicadas, en la literatura mundial.
- Por último, Hartley⁽⁸⁾ halló hasta 1967, 128 casos.

Sauvage y col.⁽¹³⁾ sin embargo, consideran que esta patología es más frecuente que lo que suponen los casos reportados.

El pseudoquiste de páncreas también es una entidad que se ve raramente en el niño.

- Richardson (citado por Miles⁽¹²⁾), publicó el 1er. caso de pseudoquiste de páncreas en el niño.
- Eckstein⁽⁵⁾ describe por primera vez en 1967 un doble quiste de páncreas en un niño.
- Moulin (citado por Boureau y col.⁽¹¹⁾), en 1971, en sus tesis, reúne 112 casos de pseudoquistes pancreático en el niño, en la literatura mundial.

CASO CLINICO

G.T. Sexo femenino. Raza: blanca. Edad: 2 años y 11 meses. Procedencia: Salto. 3/V/84.

M. de I. Dolor abdominal. Vómitos. Al examen abdomen blando, depresible. Leucocitosis 24.500.

Antecedentes. Tratado 1 año antes en el Instituto de Higiene con su grupo familiar por parasitosis (oxiuros-ascaris lumbricoides) no siendo controlado el resultado del tratamiento. Al día siguiente al ingreso persistía el dolor a predominio en hemiabdomen inferior por lo cual se decidió su intervención quirúrgica con diagnóstico presuntivo de Apendicitis. 4/V/84. Vía de abordaje, Mac Burney. Exploración, Hemoperitoneo. Ante tal hallazgo se realiza laparotomía mediana que permite observar: sufusiones hemorrágicas en mesocolon y colon transverso; epiplón menor engrosado; páncreas engrosado; pancreatitis difusa necrótica hemorrágica con aspecto de hoja seca.

Exámenes: Orina normal. Potasemia 5.2 mEq. Creatinemia 0.7 mg%. Coproparasitario, no se hallan huevos de ascaris lumbricoides. Ht 39% (se transfundió 300 cc en el postoperatorio). Hb 12.85. Leucocitosis 13.000. Urea en suero 0.20. Glicemia 0.83. GOT 10 U.

Hidratación parenteral, Antibioticoterapia, Cimetidina, Medicación analgésica, Aspiración nasogástrica. Evolución postoperatoria: Buena evolución inmediata, Hemodinámicamente estable. Ante la posibilidad de que la paciente pueda complicarse es enviada al Hospital Perelra Rossell. Ingresa en UCIN siendo tratada mediante: Hidratación parenteral, Antibioticoterapia. Exámenes paraclínicos normales salvo hipocalcemia. Se realizó Rx de tórax que fue normal. Se realizaron estudios tomográficos seriados.

Al 7° día del postoperatorio se comienza con la alimentación parenteral.

Se interviene el 31/5/84. Procedimiento: Quistogastrostomía. En el postoperatorio se continuó con alimentación parenteral y luego alimentación enteral que fue bien tolerada.

Evolutivamente la paciente en la actualidad se halla asintomática.

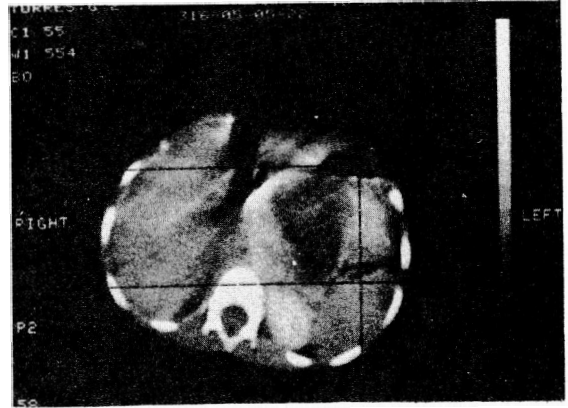


Fig. 1. 11/V/84. Por detrás del estómago y en relación con la cola del páncreas, se observa una imagen redondeada, con contorno líquido, aspecto tomográfico de un pseudoquiste de páncreas.

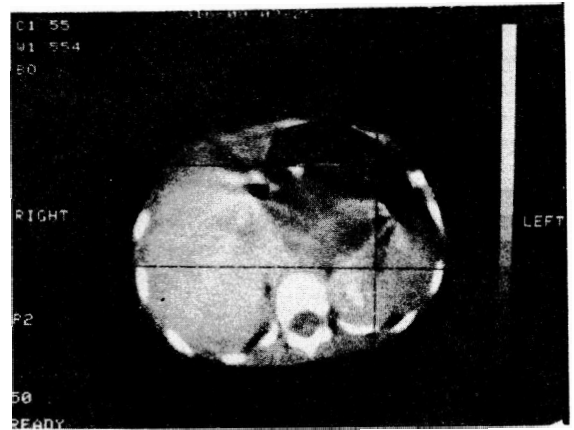


Fig. 2. 22/V/84. La colección presenta un tamaño aumentado con mayor compresión gástrica.

COMENTARIOS

La pancreatitis se observa con igual frecuencia en ambos sexos. Las debidas a corticoides parece ser dos veces más frecuentes en el sexo masculino.⁽¹⁾

En cuanto a la edad, para Sticker y Yonemoto⁽¹⁴⁾ la pancreatitis tiene 2 picos de frecuencia, a los 6 y 11 años.

Desde el punto de vista clínico todos están de acuerdo que el síntoma principal es el dolor abdominal que está siempre presente.

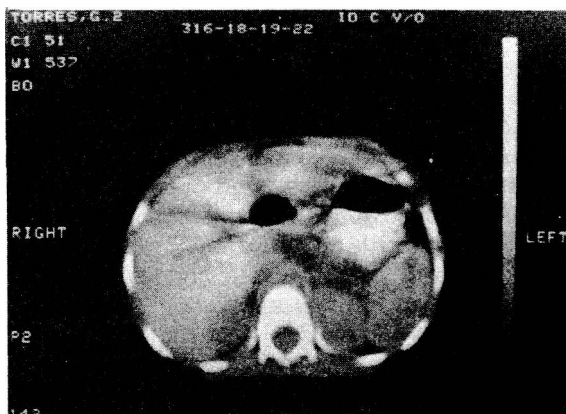


Fig. 3. 14/VI/84. T.A.C. postoperatoria revela la desaparición del pseudoquiste.

Tiene como característica, su instalación aguda, intensidad, con predominio en región supraumbilical, pudiendo localizarse en ambos hipocondrios, con irradiación al dorso.

Puede acompañarse de actitud antálgica.

Las náuseas y vómitos son frecuentes.

Puede observarse detención del tránsito, aunque para Sauvage y col.⁽¹³⁾ puede a veces tener diarrea.

Hay alteración del estado general, no siendo excepcional el shock. Puede haber ictericia.

El abdomen se encuentra moderadamente distendido, pudiendo hallarse defensa o contractura (ésta última sólo en casos excepcionales).

Es frecuente el derrame pleural izquierdo.

El predominio de la sintomatología en el hemiabdomen derecho plantea el diagnóstico de apendicitis como ocurrió en nuestro caso clínico.

Los dolores, sin embargo, pueden no ser tan intensos, relegados a un segundo plano o ser mal interpretados. Esto lleva a retardo en el diagnóstico.

Para Bienaymé⁽¹⁾ la pancreatitis en el recién nacido y lactante es poco frecuente, el cuadro clínico es generalmente pobre, siendo el pronóstico muy grave. Generalmente es un diagnóstico que se hace en el acto operatorio o en la autopsia.

Desde el punto de vista etiológico, Bienaymé las clasifica en:

1. Idiopáticas agudas o subagudas (edad de aparición variable; se manifiestan por síndrome doloroso abdominal; se intervienen en la mayoría con otro diagnóstico; tienen evolución generalmente favorable).

2. Idiopáticas crónicas y pancreatitis familiar.

3. Obstructivas Idiopáticas, por obstrucción congénita: en la ampolla de Vater; compresión del páncreas por quiste del colédoco; debida a duplicación gástrica o duodenal; páncreas anular.

La evolución es favorable después de tratar la causa obstructiva.

- por obstrucción adquirida: litiásica; por áscaris (para Bienaymé es la causa más frecuente); por odditis o vatero-odditis inflamatoria.

Evolución también favorable.

4. Medicamentosa: Corticoides (son frecuente las formas graves, no hay proporción entre la dosis, duración del tratamiento y gravedad de la pancreatitis, el mecanismo de acción se ignora); Inmunosupresores; Diuréticos.

5. La observada en el curso de enfermedades infecciosas: bacterianas; virales.

6. Pancreatitis de causa excepcional: alérgicas; quemaduras extensas.

7. Pancreatitis por traumatismo. Son para Sauvage y col.⁽¹³⁾ las más frecuentes. Aunque en nuestra paciente no se pudo precisar la etiología se halla el antecedente de parasitosis que puede haber sido causa desencadenante de la pancreatitis.

Los exámenes complementarios a realizar son:

1. Radiología simple de abdomen donde se puede observar: ileo regional en hemiabdomen superior; ascitis; borramiento del borde del psoas por edema retroperitoneal; litiasis biliar o pancreática.

2. Radiografía de tórax que puede revelar: derrame pleural; foco neumónico en base izquierda.

3. Gastroduodeno donde es posible hallar: signos de estenosis duodenal; modificaciones del marco duodenal.

4. Estudios biológicos: a) amilasa en sangre; su aumento es precoz (6-12 horas) pero su caída se observa a las 48 horas; no existe paralelismo entre la tasa de amilasemia y el grado de compromiso pancreático. Recordar que la hiperamilasemia se observa en afecciones biliares; perforaciones gastro-duodenales, etc. Para Sauvage y col.⁽¹³⁾ una tasa superior a 200 u Somogyi es necesaria para afirmar un toque pancreático: b) la amilasa puede ser también dosificada en la orina (evita las punciones venosas repetidas); en el líquido de ascitis donde la tasa es más elevada que en la sangre; y en el líquido pleural donde su aumento es de gran valor en las formas pleurales aisladas.

La dosificación de la lipasa es más específica pero difícil de realizar: su elevación es más tardía que el de la amilasa siendo también más tardío su descenso.

La dosificación de la tripsina es compleja y se hace excepcionalmente.

La elevación de la glucosa en sangre y orina no se observa en todos los casos, aunque cuando están presentes son de gran valor diagnóstico.

Frey y Redo⁽⁶⁾ hallan elevado el colesterol: Jaffé⁽¹⁰⁾ halló aumento de los lípidos totales.

La hipocalcemia se observa a veces.

Para Sauvage y col.⁽¹³⁾ la leucocitosis eleva está siempre presente.

Por último, Hendren y col.⁽⁹⁾ realiza la prueba de la morfina-postigmin que inyectados por vía s/c, en los casos positivos, observa aumento de la amilasa a la hora-a las 3 horas y a las 5 horas después de la inyección, apareciendo en algunos casos dolores abdominales idénticos a los dolores espontáneos. Bienaymé⁽¹⁾ la realizó en algunos casos con resultados variables y considera que no está exenta de peligro.

En nuestra paciente los exámenes revelaron leucocitosis elevada —hipocalcemia— no habiéndose realizado dosificación de enzimas pancreáticas pues no se planteó el diagnóstico de pancreatitis.

El niño puede presentar las mismas complicaciones que el adulto, pero su evolución parece en la actualidad ser más favorable. Probablemente esto se debe a que en el niño predominan las lesiones edematosas (60%) sobre las necróticas-hemorrágicas (20%), como lo demostró Rettori y Grenier en 1970⁽¹³⁾.

Pueden persistir empujes dolorosos abdominales con aumento de la amilasa lo que habla de que el proceso pancreático no ha desaparecido totalmente.

La evolución hacia la pancreatitis crónica parece estar ligada a trastornos mecánicos (estenosis duodenal - de la vía biliar) o secretorios.

El pseudoquistes es la complicación más frecuentemente observada, sobre todo en las formas post-traumáticas.

Las fistulas externas no son frecuentes.

Se han señalado casos de perforación en la vía biliar.⁽⁷⁾

Las oclusiones y suboclusiones no son raras.

El tratamiento de la pancreatitis es sobre todo médico (mantener el equilibrio hidro-electrolítico, tratar el shock, aspiración nasogástrica, atro-

pina cimetidina, tratamiento del dolor, antibiótico-terapia, alimentación parenteral).

La indicación quirúrgica puede deberse:

- a) ante la duda diagnóstica;
- b) cuando se interviene con otro diagnóstico y la pancreatitis es un hallazgo operatorio. Como es nuestro caso que fue intervenido con diagnóstico de Apendicitis aguda.
- c) para exéresis de necrosis pancreática;
- d) para el drenaje de un pseudoquistes de páncreas;
- e) o para tratar una eventual estenosis, obstrucción o compresión biliar-pancreática responsable de la pancreatitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BIENAYME J. — Les pancréatites de l'enfant. (A propos de dix cas). *Ann. Chir. Infant.* 14: 5, 1973.
2. BLUMENTHAL H., PROBSTEIN J. — Acute pancreatitis in the new born in infancy and childhood. *Am. Surg.* 27: 533, 1961.
3. CHIGOT D. — Les pancréatites aiguës nécrotico-hémorragiques de l'enfant. *Revue Générale. These. Paris*, 1966.
4. DOBBS R. — Acute pancreatitis in childhood. *Lancet*, 2: 989, 1935.
5. ECKSTEIN H. — Behandlung d.Pseudozysten d.Pankreas. *Z.Kinderchir.* 4: 162, 1967.
6. FREY C., REDO S. — Inflammatory lesions of the pancreas in infancy and childhood. *Pediatrics* 32: 93, 1963.
7. GALTIER D'AURIAC H. — Pancréatite aiguë chez le jeune. *Bordeaux Chir.* 1: 27, 1965.
8. HARTLEY R. — Pancreatitis under the age of five years. A report of three cases. *J. Pediatr. Surg.* 2: 419, 1967.
9. HENDREN W., GREEP J., PATTON A. — Pancreatitis in childhood: experience with 15 cases. *Arch. Dis. Child.* 40: 132, 1965.
10. JAFFE J., SENETT O., KATZ A. — Acute pancreatitis in childhood; a case report in an infant. *S.Afr. Med. J.* 35: 1110, 1961.
11. MOULIN A. — Faux kyste traumatique du pancréas. *Traitement. Ann. Chir. Infant.* 13: 405, 1972.
12. RICHARDSON — Pancreatic cyst in the newborn. A case report. *Surgery* 149, 576, 1959.
13. SAUVAGE P., BERGER J., SCHNEEGANS E., LEVY M., BURGIN P., CLERC G., KRIVOSIC-HORBER R., BUCK P. — Pancréatite aiguë chez l'enfant. *Ann. Chir. Infant.* 14: 55, 1973.
14. STICKLER G., YONEMOTO R. — Acute pancreatitis in children. *Am. Dis. Child.* 30: 187, 1958.