

Trabajo de la Clínica Quirúrgica A. Prof. C. STAJANO.  
Hospital de Clínicas — Facultad de Medicina

**COLECCIONES LUMBO FLANCO ILIACAS  
IZQUIERDAS DE ORIGEN NECRO  
PANCREATICA**

**Dr. Walter Suiffet - Dr. Carlos Cuculic**

Entre las diversas modalidades evolutivas de la pancreatitis aguda, se debe considerar en lugar de suma importancia, la constitución de colecciones pancreáticas de origen hemorrágico-necrótico.

Su frecuencia en relación con la cifra global de pancreatitis aguda es difícil de precisar, aunque es evidente la tendencia a disminuir su número absoluto dado el mejor conocimiento de la enfermedad causal y su tratamiento adecuado en las etapas iniciales.

Son diversas las modalidades evolutivas anatomoclínicas de las colecciones que se originan en las pancreatitis agudas.

Su reconocimiento clínico se puede hacer en distintos momentos evolutivos de la enfermedad causal y de la constitución de la colección de origen pancreático. Puede aparecer en las etapas iniciales de la enfermedad, con netos caracteres de agudeza; en etapas intermedias evolutivas con aplacamiento de la sintomatología inicial, o en una etapa alejada con franca evolución crónica y fría, constituyendo el clásico pseudo-quiste pancreático, colección limitada y organizada por la reacción de los elementos visceroperitoneales regionales.

La topografía de las diversas colecciones peripancreáticas agudas o crónicas depende de diversos factores. Se vinculan a ellas:

- la topografía visceral pancreática;
- la topografía del proceso patológico;
- la topografía evolutiva lesional.

### **Topografía Visceral Pancreática**

La glándula pancreática goza del privilegio topográfico anatómico de ocupar los tres sectores, derecho, medio e izquierdo del hemivientre superior. Este hecho, unido a su profundidad en el abdomen, hace comprensible los caracteres clínicos que presentan las colecciones necropancreáticas.

El páncreas izquierdo, sector que nos interesa en este aspecto del problema que consideramos, ocupa embriológicamente el mesogastro posterior y experimenta los desplazamientos que lo llevan a un acolamiento posterior y a izquierda de la charnela de la arteria hepática.

A la izquierda del istmo, el cuerpo y la cola pancreática, como a la derecha la cabeza, se acolan al peritoneo parietal posterior primitivo, transformándose el páncreas en un órgano profundo, pre y láterovertebral, extendido más a izquierda que a derecha. El acolamiento izquierdo da origen a una hoja adherencial clásicamente conocida como Fascia de Toldt. La extrema cola pancreática puede quedar libre y penetrar en el epiplón pancreático-esplénico.

El colon izquierdo y su meso se acolan al peritoneo parietal posterior primitivo, llegando su acolamiento en la parte superior hasta el borde inferior de cuerpo y cola de páncreas. En esta zona confluyen ambos acolamientos, el del mesogastro posterior y el del meso-colon primitivo, independizando anatómicamente los sectores viscerales célula-linfo-vasculares del abdomen adulto, pero vinculándose íntimamente en su relación topográfica de vecindad.

Por detrás de ambas fascias de acolamiento encontramos la celda renal y su contenido. La hoja prerrenal muy tenue y la grasa pararrenal anterior prácticamente inexistente, a diferencia ambas de lo que sucede con la hoja y la grasa retrorrenal, hacen que las relaciones del páncreas izquierdo con la celda renal y su contenido sean muy directas y se realicen al través de hojas celulares de estructura anatómica débil y de poca resistencia.

Recordamos por último la proximidad del sector pancreático izquierdo con el pilar izquierdo del diafragma y las relaciones con el músculo de Treitz.

Esta breve reseña anatómica se aplica a la comprensión de problemas de migración de las colecciones pancreáticas izquierdas.

### **Topografía Patológica del Proceso de Necrosis Pancreática**

A pesar de las hipótesis no existe explicación concreta de la predilección topográfica de la zona de necrosis pancreática. El proceso puede tomar toda la glándula o zonas de ellas, aisladas o asociadas en diversas maneras, en forma simultánea o etapas sucesivas.

Las dobles localizaciones de las colecciones no son infrecuentes y pueden corresponder auténticamente a este hecho, o a una exteriorización del mismo proceso evolutivo necrótico pancreático, en distintas zonas de la topografía pancreática.

### **Topografía Evolutiva Lesional**

Las colecciones pancreáticas tienen lugares conocidos de topografía.

Se han descrito sus variedades intergastro-cólica, intergastro-hepática y subcólica. Dentro de esta variedad Piaggio Blanco y García Capurro<sup>17</sup> establecen tres formas: colección infracólica y pre-intestinal; colección infracólica y retro-intestinal y colección retrocólica.

Es de interés hacer notar que las colecciones pancreáticas tienen un amplio poder de migración que desborda estas posibilidades. El proceso necrótico digestivo no tiene barreras limítrofes en su progresión y los elementos anatómicos que rodean el páncreas no son escollos firmes para impedir su difusión.

Así se han podido reconocer casos de pseudo-quistes mediastinales propagados del páncreas a través del hiatus esofágico del diafragma (Edlin)<sup>9</sup>; perforaciones del hemidiafragma izquierdo (Sullen y Lichtenstein)<sup>20</sup>; abscesos subfrénicos izquierdos (Anglem y Lee)<sup>2</sup> y colecciones que pueden llegar al flanco y a la fosa ilíaca izquierda (Muir)<sup>15</sup>, como los que relataremos más adelante.

Estas posibilidades no muy frecuentes expresan una capacidad evolutiva topográfica poco precisada.

El problema adquiere aún mayor magnitud cuando se le considera en relación con el plano retroperitoneal primitivo del abdomen, celda renal y su contenido, analizándosele desde distintos puntos de vista.

Los hechos anatómicos ya expresados explican la comunidad topográfica visceral y la debilidad de barreras que se oponen a la difusión necrótica hemorrágica digestiva pancreática.

En determinado momento puede ser difícil la distinción de las colecciones flanco-lumbares o lumbo-ilíacas izquierdas en lo que respecta a sus orígenes viscerales pancreático o reno-perirrenales.

Las colecciones pancreáticas, extendiéndose por detrás de la hoja de acolamiento mesentero-mesocólica izquierda, pueden migrar y topografiarse exteriorizándose, en la zona lumbo-flanco-ilíaca izquierda. Adoptan una topografía situada por detrás o por debajo del mesocolon y colon transversal, por dentro y por detrás del colon descendente y por delante de la celda renal y su contenido. Establecen franco contacto con ella a través de las débiles estructuras prerrenales, pudiendo imprimir modificaciones a su contenido o aún en una etapa más evolucionada, migrar hacia la propia celda renal produciendo complicaciones a su nivel.

En la etapa aguda de pancreatitis puede aparecer una colección izquierda con los caracteres clínicos y topográficos de los procesos flemonosos de la atmósfera perirrenal. El problema será distinguir la topografía y el origen exacto del proceso, problema a veces erizado de dificultades.

Dice Del Campo J. C.<sup>1</sup>: "Las relaciones amplias del páncreas con el tejido celular subperitoneal posterior explica la importancia de las lesiones retroperitoneales. A nuestro modo de ver hay que insistir en ellas más de lo que se hace habitualmente. En autopsias hemos encontrado infiltraciones serosas difusas ocupando todo el retroperitoneo, llegando hasta las fosas ilíacas y alcanzando mismo hasta la pared abdominal anterior. Esta infiltración edematosa está acompañada de cito-esteatonecrosis lo que certifica la presencia de elementos pancreáticos". Señala después el autor que se han descrito casos de necrosis de la glándula suprarrenal.

Este hecho está consignado en la observación de Trattner y Galvin.<sup>21</sup>

Esto explica que en un momento dado del diagnóstico, pueden aparecer dudas frente a una colección flanco-lumbar o lumbosacroiliaca izquierda en lo que respecta a su origen pancreático o renal.

Grey Turner<sup>22</sup> ha descrito como signo de pancreatitis aguda una zona de coloración azulada en el flanco acompañada por edema.

Warren<sup>23</sup> ha insistido en que el edema puede reconocerse antes que aparezca la coloración azulada y persistir hasta que las modificaciones espectrales del tono azulado hayan desaparecido.

Cattell<sup>3</sup> considera que este signo traduce un alcance del espacio retroperitoneal por los productos de colección pancreática.

Trattner y Galvin<sup>21</sup> relatan una observación de pancreatitis aguda con necrosis de la grasa peri y pararrenal intervenido con el diagnóstico de absceso perinefrítico agudo. Los autores estudian 35 autopsias de pancreatitis agudas y en 3 casos encontraron participación de la grasa perirrenal.

Sullens y Lichtenstein<sup>42</sup> relatan una observación (caso 3) de pancreatitis aguda en la cual se constituye una colección retroperitoneal izquierda que fue evacuada, comprobándose a la autopsia perforación del hemidiafragma izquierdo por la necrosis.

Chodoff<sup>5</sup> relata una observación donde en determinado momento las dificultades de diagnóstico fueron serias para distinguir entre una colección de origen pancreático y un flemón perinefrítico.

De Takats y Mackenzie<sup>6</sup> autopsian 7 casos de pancreatitis agudas y encuentran frecuente propagación a los tejidos perirenales.

Abeshouse<sup>1</sup> insiste en este punto y relata la observación de Brown en la cual se hizo diagnóstico de infección aguda pielorenal o tumor renal, comprobándose una colección de origen pancreático.

Ormond y colab.<sup>16</sup> (Obs. N° 2), relatan un caso donde el diagnóstico fue planteado como: absceso perinefrítico. En el acto quirúrgico se evocó una colección de 400 cc. en el flanco izquierdo comprobándose la indemnidad de la celda renal. Otra colección anterior fue drenada por la línea media abdominal.

La situación diagnóstica habrá que enfrentarla en dos momentos distintos:

- con diagnóstico exacto o posible de pancreatitis aguda;
- sin conocimiento del diagnóstico exacto.

El diagnóstico exacto o posible de pancreatitis aguda realizado por el estudio clínico o por un acto quirúrgico anterior como en una de nuestras observaciones, podrá guiar hacia un perfecto conocimiento de la situación. La presencia de sintomatología flancolumbar o flancoiliaca izquierda de tipo inflamatorio con participación retroperitoneal guiará hacia el diagnóstico de colección de origen pancreático. La topografía exacta con o sin participación de la grasa perirrenal podrá ser determinada en el acto quirúrgico.

Cuando no se maneja un diagnóstico concreto de afección causal, será muy difícil establecer la exacta situación. Se considerará por lo general la perinefritis en primer término, recordando que los signos urinarios pueden existir en caso de colecciones pancreáticas retroperitoneales. Lo importante será mantener la posibilidad del origen pancreático en el diagnóstico y analizar el cuadro clínico inicial y completo en forma exhaustiva para llegar a una precisión exacta.

La observación que pasamos a relatar muestra un caso típico de la primera situación:

**OBSERVACION N° 1.** Clínica Quirúrgica Prof. C. Stajano. — Historia 17470. — S. B., 27 años, brasilero.

Comienza hace 5 días con dolor intenso de hipocondrio derecho, fiebre y vómitos, luego de una comida copiosa; pasa 12 horas con el dolor y luego se calma. Pasa 2 días bien y reaparece el dolor, acompañándose de fiebre y de ictericia. Al día siguiente el dolor se irradia a todo el abdomen pero siempre predominando en H. D. y epigastrio. Materias fecales hipocoloreadas.

Ingresa al Hospital Maciel y se comprueba:

Estado general regular. Pulso 120. T.  $37 \frac{1}{2}$ - $38 \frac{3}{5}$ . Lengua saburral. Ictericia. Abdomen difusamente balonado y doloroso. Douglas doloroso. El Servicio de Cirugía de Urgencia lo recibe y se interviene con diagnóstico de colecisto pancreatitis. Se comprueba: derrame biliar intraperitoneal. Citoesteatonecrosis en el abdomen superior. Páncreas aumentado de tamaño; mesos infiltrados. Vesícula tensa de pared engrosada. Colecistostomía. Cierre de la pared.

El postoperatorio es febril, agitado e irregular. Unidades pancreáticas 256 U. B.

A los 12 días aparece una zona dolorosa y de empastamiento profundo que ocupa la zona flancoiliaca izquierda, se fija a la cresta iliaca y llega hasta la E. I. A. S. A los 2 días aparece rubor en el flanco y se comprueba dolor en el lado izquierdo al tacto rectal.

En el examen de orina existe Piuria e Hipocloremia como elementos positivos. Leucocitosis = 20.900.

Se diagnostica colección retroperitoneal de origen pancreático.

**Intervención.** — Flancotomía por disociación desde la punta de la 11ª costilla. Espacio perirrenal posterior libre; espacio pararrenal anterior ocupado por una colección necrótica, incluida en tejido edematoso lardáceo que se drena. Drenaje de caucho. Cierre de la pared. El examen bacteriológico mostró: escasos bacilos Gram negativos. Cultivo negativo.

El examen anatómico de material recogido muestra:

Masas necróticas; focos hemorrágicos antiguos y recientes; citoesteatonecrosis; plasma coagulado. Existen zonas en las que se observa un estroma conjuntivo-vascular con caracteres normales; el sector parenquimatoso epitelial ha desaparecido o constituye acúmulos en el interior de cavidades esféricas limitadas por el estroma. Leucocitos polinucleares dispuestos difusamente y en focos

**Informe: Dr. Ricardo Rodríguez.**

Laboratorio Anat. Patol. Clínica Prof. C. Stajano

En los días siguientes drena abundante líquido seropurulento hemático por la herida del flanco. El estudio bacteriológico muestra bacilo Píocianico.

Posteriormente el estado general se agrava apareciendo polipnea; pulso rapidísimo; Temp. 40° y delirio. Pruebas de funcionalidad hepática con severo déficit hepatocítico. Hemorragias por las heridas.

A los 24 días aparece una tumefacción epigástrica y de H.D. con los caracteres de una colección de origen pancreática que se drena evacuándose contenido necrótico abundante.

Posteriormente se establece una fistula cólica discreta en la incisión operatoria izquierda.

Luego de los 30 días de ingresado comienza a mejorar recuperándose el estado general y la funcionalidad hepática. Las heridas operatorias tienden a cerrar.

En el curso evolutivo no se comprobó por los exámenes de laboratorio déficit funcional del páncreas exócrino ni endócrino pero sí intenso

déficit hepatocítico, que se trató con la medicación habitual. Repercusión general intensa habiendo perdido 31 kilogramos de su peso.

Alta a los 74 días de internación.

Al año de operado se halla en excelente estado general y local.

El aspecto terapéutico plantea como primer punto la confirmación del diagnóstico. Puede ser necesario llegar a la exploración perirrenal para descartar la presencia de una colección a ese nivel. Es dable recordar que se han descrito además de la propagación de colecciones pancreáticas a la celda renal, peripancreatitis como rara complicación de una supuración perirrenal. (Ferguson<sup>10</sup>, Reeves<sup>11</sup>). Por tanto en caso de duda, la celda perirrenal puede ser discretamente explorada en el acto quirúrgico.

El abordaje directo ilanco-lumbar o lumbo-iliaco permite drenar correctamente las colecciones pancreáticas posteriores izquierdas. Permite en necesidad, la exploración perirrenal sin riesgos y establece un drenaje directo y con travesía totalmente extra-peritoneal.

La vía lumbar fué recomendada por Delbet<sup>6</sup>, Chavanaz y Guyot<sup>4</sup> expresan que: "Gracias a una incisión análoga a la necesaria para descubrir el riñón, se puede, pasando por fuera del polo superior de esta glándula, llegar a la cara posterior del páncreas. Esta vía no presta a la infección peritoneal, pero ofrece dificultades bastante considerables y debe ser reservada para casos de supuración pancreática a evolución posterior".

"En casos excepcionales, es por una incisión iliaca que el cirujano procederá a la evacuación".

El abordaje látero-posterior puede ser necesario como única medida o como complemento de actos quirúrgicos anteriores o simultáneos, puesto que en materia de colecciones pancreáticas un abordaje único puede no ser suficiente para tratar todas las lesiones (Del Campo<sup>7</sup>, Chavanaz y Guyot<sup>4</sup>, Maingot<sup>14</sup>). Puede utilizarse cuando se crea necesario abordar el páncreas izquierdo, con ventajas sobre la técnica preconizada por Haynes<sup>11</sup>, pues es un abordaje más directo y menos traumático que el preconizado por este autor.

La **necrosis pancreática** atenuada y limitada en sus efectos puede conducir a la formación de pseudoquistes. El clásico esquema de Körte, la clasificación de Judd y col.<sup>12</sup> las topografías con precisión. Los situados a izquierda, originados por lo ge-



neral en el páncreas izquierdo, sobre todo en el sector caudal, serán siempre un problema de difícil definición, especialmente en lo que se refiere a la distinción con las formaciones quístico-tumorales de la celda renal y su contenido.

Stone<sup>19</sup> recoge 9 observaciones de formaciones quísticas pancreáticas simulando afecciones renales y estudia 1 caso personal.

Stone<sup>19</sup>, Ormond y colab.<sup>16</sup> han insistido en que las formaciones pancreáticas, especialmente las que siguen a las pancreatitis agudas de larga evolución, pueden estar intensamente adheridas al riñón y tener una gruesa pared, siendo muy posible su confusión con un tumor renal sólido.

Abeshouse<sup>1</sup> analiza en extenso este aspecto y en su revisión de literatura, recoge 28 casos de formaciones quísticas pancreáticas confundibles con afecciones renales. 21 casos de ellos son a localización izquierda encontrándose entre estos 4 pseudos quistes post-pancreatitis aguda.

En esta revisión de Abshouse se consignan las perturbaciones urológicas físicas y funcionales que los quistes y pseudoquistes pancreáticos pueden producir sobre el tracto urinario alto. En 15, casos se observaron desplazamientos del riñón, del uréter, compresión de cálices y dilatación de la pelvis renal y en algunos de ellos hematuria, piuria, albuminuria, etc., debidos a la íntima vinculación del proceso pseudoquístico con el área visceral de la celda renal.

Se comprende sin esfuerzo como una colección pseudoquística de origen pancreático localizado a izquierda, puede originar serios problemas de distinción con afecciones renales y perirrenales. Los pseudoquistes izquierdos subcólicos y retromesocólicos originados por lo general en el sector izquierdo corporal o cola del páncreas, ocupan una topografía anatómica retrocólica y retromesocólica izquierdas, por delante de la celda renal y en íntimo contacto con ella y su contenido. Pueden repercutir sobre ellos dando perturbaciones funcionales o desplazamientos físicos apreciables por los métodos de estudio.

La dificultad diagnóstica puede ser tremenda y Abeshouse ordena los medios de diagnóstico en forma metódica analizando lo que permite obtener cada uno de ellos.

La observación siguiente muestra las dificultades consignadas.

**OBSERVACION Nº 2.** — Clínica Quirúrgica del Prof. C. Stajano. Historia 17032. R. Q., 45 años, urug.

Ingresa al Hospital Maciel el 12 de febrero de 1953, por un síndrome doloroso abdominal de hemivientre superior localizado en el hipocondrio derecho y en el epigastrio con irradiación al hipocondrio izquierdo, aparecido 2 días antes, luego de un almuerzo común acompañado de ingestión de gran cantidad de alcohol.

El examen se comprueba: estado general regular; excitación. Temp. 38 1/5. Pulso 120; tinte icterico apreciable.

Abdomen distendido con resistencia de la pared y dolor en el hipocondrio derecho, tacto rectal indoloro.

Posteriormente se intensifica su estado de agitación apareciendo un delirio que se interpreta como "Delirium tremens". Se acentúa la ictericia y aparece una hepatomegalia marcada.

El enfermo pasa a un Servicio de Medicina donde mejora todos sus trastornos y es dado de alta.

A los 3 meses reingresa porque se le ha comprobado una tumefacción en el flanco y fosa iliaca izquierda.

Examen: buen estado general apirexia.

Hepatomegalia discreta. Tumefacción que ocupa el flanco izquierdo llegando hacia abajo hasta la fosa iliaca izquierda, hacia atrás hasta la fos lumbar y adentro hasta el borde externo del recto. aproximadamente de unos 18 cms. x 10 10 cms. Es muy difícil precisar sus relaciones con la pared posterior del abdomen: tiene poca movilidad, su superficie es algo irregular y parece comprobarse sonoridad por delante.

Los estudios realizados en ese momento muestran lo siguiente:

**Radiografía A. 67898:** Simple de aparato urinario sin anomalías.

**A. 66874:** Esófago y gastroduodeno s/p.

**A. 67616:** Colecistografía: Vesícula de opacidad débil que se contrae bien.

**A. 67614:** Colon: Angulo izquierdo abierto y algo descendido encuadrando la tumefacción. (Fig. 1).

**A. 67951:** Neuroretroperitoneo: El gas no penetra en el ambiente celuloso retroperitoneal izquierdo visualizándose solamente la gotera látero-cólica. el riñón derecho es normal. (Fig. 2).

**A. 68315:** Urografía de excreción: Imagen pielocaliciaria de ambos riñones, normales. Por debajo del polo del riñón izquierdo se observa una sombra anormal bien limitada hacia afuera. (Fig. 3).

**A. 68412:** Neumoretroperitoneo: el gas penetra en el sector retroperitoneal izquierdo visualizándose muy bien el borde interno de riñón y discretamente el borde externo. En cambio no se consigue visualizar el pool inferior que aparece continuándose con la sombra ya consignada en la radiografía anterior. (Fig. 4).



- Fig. 1. — COLON: Angulo izq. abierto y algo descendido encuadrando la tumefacción.
- Fig. 2. — NEUMO-RETROPERITONEO: Gas no penetra en el ambiente celuloso retroperitoneal izq. visualizándose solamente la gotera latero-cólica. El riñón der. es normal.
- Fig. 4 —UROGRAFIA DE EXCEPCION: Imagen pielocalicaria de ambos riñones. normal. Por debajo del polo inferior del riñón izq. se observa una sombra anormal bien limitada hacia afuera.
- Fig. 4. — NEUMO-RETROPERITONEO: El gas penetra en el sector retroperitoneal izq. visualizándose muy bien el borde interno del riñón y discretamente el borde externo. En cambio no se consigue visualizar el polo inferior que aparece continuándose con la sombra ya consignada en la radiografía anterior.

Exámenes de: orina, urea, glicemia y Wassermann: normales.

Exploración funcional hepática: normal.

Dado los antecedentes y los estudios radiológicos realizados, se sospecha que se trate de un pseudoquiste pancreático localizado en la zona prerrenal izquierda, aún cuando no se descarta de plano que pudiera tratarse de un proceso originado en el contenido de la celda renal.

**Intervención:** Incisión transversa de flanco izquierdo con sección de los músculos.

La exploración peritoneal muestra hígado, vías biliares y bazo normales. La tumefacción está colocada por detrás del colon y del mesocolon izquierdos. Cierre del peritoneo, se punciona la colección pasando por delante del riñón izquierdo y luego se abre comprobándose que tiene paredes muy gruesas y duras y un contenido espeso marrón verdoso que se aspira en cantidad de 1 litro. Restos necróticos en el interior que se recogen para biopsia al igual que un trozo de pared. Drenaje y cierre.

El cultivo del líquido obtenido es negativo para todos los gérmenes.

El postoperatorio inicial es bueno pero a las 36 horas comienza a agitarse, en forma similar al estado del comienzo de la enfermedad, polipnea, hipertermia de 40°, subictericia y apesar del tratamiento indicado a las 48 horas entra en colapso y fallece en intensa hipertermia.

**Examen histológico:** Tomas quirúrgicas.

A) Pared de quiste. Está constituida por fibras colágenas hialinizadas provenientes de un tejido de granulación reaccional, escleroso en zonas congestivo, escasamente infiltrado de elementos mononucleados.

B) Contenido líquido del quiste. Detritus celulares, necróticos en los cuales es imposible reconocer estructura, sólo es reconocible grumos de cito-esteato-necrosis en los cuales se ven los clásicos moldes en aguja de cristales grasos.

C) Contenido sólido del quiste. Estroma conjuntivo-necrótico hemorrágico en el cual no se reconoce estructura, hay una escasa infiltración de elementos mononucleados.

En resumen: De acuerdo a los datos clínicos, y teniendo en cuenta el examen histológico, se trata de una pancreatitis con un proceso altamente necrótico, en el cual se encuentran los clásicos focos de esteato-necrosis, con jabones cálcicos.

Firmado: **Elbio Pumares Mogimes.**

## AUTOPSIA PARCIAL

### 1) EXAMEN EXTERNO:

A la inspección se encuentra una brecha operatoria, en el flanco izquierdo de la cual salen tubos de drenaje y mechas.

Retirados los drenajes viene una pasta teñida en verde, similar al "puré de arvejas" del meconio. En ella hay grumos finos de tonalidades

amarillentas La cantidad es difícil de apreciar debido a que empapa los drenajes.

## II EXAMEN INTERNO:

Efectuada la incisión se encuentra:

A) cavidad abdominal: discreta distensión de las asas, hígado aumentado de tamaño, llamando la atención la presencia de una cavidad redondeada con un eje mayor en el sentido sagital, de aproximadamente 10 centímetros por 15, que está en comunicación con el exterior de la brecha operatoria. Está situada en el retroperitoneo, abarcando la concavidad de la fosa renal izquierda, delimitada en el reborde inferior por el relieve del psoas, y la entrada a la pelvis mayor.

Retiradas las asas intestinales que no presentan anomalías, se repara el páncreas, éste tiene consistencia muy aumentada en cabeza y parte anterior del cuerpo. El resto forma parte de la cavidad descrita, se incrusta la parte posterior del cuerpo y desaparece la cola. El pedículo esplénico no forma parte con la cavidad pero está en contacto con la pared, en su parte superior.

Bazo se desprende sin dificultades, congestivo, aumentado de tamaño.

Hígado: agrandado en forma regular, al corte muestra la clara imagen de hígado en "nuez moscada".

Vías biliares, permeables s/p.

Estómago y duodeno s/p.

Riñón derecho normal.

El riñón izquierdo contacta con la cavidad en forma mediata por intermedio de la fascia prerrenal, que separa la lgoia del proceso. Al corte el parénquima tiene un aspecto congestivo.

EN RESUMEN: Pancreatitis, de cola de páncreas con un gran pseudoquistes.

Firmado: Elbio Pumares Mogimes.

## SUMARIO

Se estudia someramente el problema de las colecciones originadas en la necrosis pancreática aguda localizadas en el hemiventre izquierdo, analizando en especial la repercusión sobre el sector peritoneal y su participación en el proceso.

Se presentan dos observaciones de colecciones aguda y crónica lumbo-flanco-iliacas izquierdas de origen necropancreático.

Se hacen consideraciones diagnósticas y terapéuticas para la solución de estos casos.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Abeshouse, B. S.:** The differential diagnosis of pancreatic and renal disease, with particular emphasis in differentiating pancreatic cysts from renal cysts. Intern. Abst. of Surg., 96: 1 1953.

2. **Anglem, T. J. and Lee W. F.:** Acute Pancreatitis and its sequelae. Arch. Surg., 58: 484, 1949.
3. **Cattell, R. B. and Warren, K. V.:** Surgery of the pancreas. W. B. Saunders Co. London, 1953.
4. **Chavanaz, G. et Guyot, J.:** Pancreatites, Maladies du pancreas. de la rate et de mesenteré. En Le Dentu, A. et Delbet, P., Tomo XXVI, Cap. IV, pág. 56.
5. **Chojciff, R. J.:** Scudoquistes pancreáticos: Relato de un caso tratado por cistogastrostomia. An. Cir., 7: 2274, 1948.
6. **Delbet, P.:** Citado por Chavanaz et Guyot. (4)
7. **Del Campo, J. C.:** Necrosis aguda del páncreas. Abdomen agudo. Edit. Científ. Sindicato Médico. Montevideo, 1940.
8. **De Takats, G. and Mackenzie, W. D.:** Acute pancreatic necrosis and its sequelae: study of 30 cases. Ann. Surg., 96: 418, 1932.
9. **Edlin, P.:** Mediastinal pseudo cysts of the pancreas. Gastro-Enterology, 17: 96, 1951.
10. **Ferguson, C.:** Peripancreatitis secondary to perirrenal infections. J. Urol., 35: 286, 1936.
11. **Haynes, H.:** Citado por Del Campo, J. C. (7)
12. **Judd, E. S., Mattson, H. and Mahorner, H. R.:** Pancreatic cists. Report of 47 cases. Arch. Surg. 22: 838, 1931.
13. **Mahorner, H. R. and Mattson, H.:** The etiology and pathology of cysts of the pancreas. Arch. Surg., 22: 1018, 1931.
14. **Maingot, R.:** The management of abdominal operations. The Mac Millan Co. New York, 1953.
15. **Muir, E. G.:** Surgical aspects of pancreatic diseases. Chap. 32; 795. in Maingot, R. (14)
16. **Ormond, J. K., Wadsworth, G. H. and Morley, H. V.:** Pancreatic Lesions confusing urologic diagnosis. J. Urol., 48: 650, 1942.
17. **Piaggio Blanco, R. y Garcia Capurro, F.:** Semiología clínica-radio-lógica de las tumoraciones abdominales. Espasa Calpe, B. Aires, 1946.
18. **Reeves, J. C.:** Ann. Surg. 18: 227. 1893. Citado por Abeshouse, B. S.
19. **Stone, E. P.:** Pancreatic cysts simulating renal diseases. J. Urol., 62, 104, 1949.
20. **Sullens, W. E. y Lichtenstein, M. E.:** Pancreatitis aguda. Diagnóstico y tratamiento. An. Cir., 10: 2040, 1951.
21. **Trattner, H. R. and Galvin, J. B.:** Acute pancreatitis with involvement of pararenal and perirrenal fat simulating acute perinephric abscess. Urol. Cut. Rev., 44: 409, 1940.
22. **Turner, G.:** Local discoloration of the abdominal wall as a sign of acute pancreatitis. Brith. J. Surg., 7: 394, 1920.
23. **Warren, K. W.:** Acute pancreatitis. Surg. Clin. North America 28: 741, 1948.