

## *Pseudoquistes traumáticos del páncreas en la infancia (\*)*

Por los Dres.:

ENRIQUE HECHEVARRÍA VAILLANT,\*\*) GUILLERMO HERNÁNDEZ AMADOR,\*\*\*)  
ANGEL MORANDEYRA MARTIN,\*\*\*\*) ROBERTO FOJO ARNIELLA,\*\*\*\*\*)  
Y GABRIEL DOMINGUEZ GONZALEZ\*\*\*\*\*)

Los pseudoquistes pancreáticos representan una entidad poco frecuente dentro de la patología pediátrica. Hasta 1964 logramos revisar 35 casos en la literatura mundial.<sup>2,3,3</sup>

Aunque se trate de una afección poco común debemos pensar en ella frente a un niño con un tumor abdominal, especialmente si existen antecedentes traumáticos.

Su índice de mortalidad es bajo y con los procedimientos quirúrgicos actuales se logra la curación completa en su inmensa mayoría.

### REPORTE DE DOS CASOS

#### CASO No. 1

A.Q.Q. 9 años, femenina.

Primer ingreso: 9-9-64.

M.I.: Traumatismos múltiples.

(\*) Trabajo presentado en el XI Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional celebrado en la Habana, del 23 al 26 de febrero de 1966.

\*\* Médico Cirujano en el Hospital Infantil "Pedro Borrás Astorga", Calle F entre 27 y 29, Vedado, Habana, Cuba.

\*\*\* Médicos Cirujanos en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

\*\*\*\* Médico Cirujano en el Hospital Infantil "Pedro Borrás Astorga", Calle F entre 27 y 29, Vedado, Habana, Cuba.

\*\*\*\*\* Médico Cirujano en el Hospital Infantil "Pedro Borrás Astorga", Calle F entre 27 y 29, Vedado, Habana, Cuba.

*H.E.A.*: Refiere el padre que dos días antes de su ingreso la niña fue arrollada por un automóvil; al día siguiente comienza a manifestar dolor en epigastrio y vómitos.

*E.F.G.*: Niña eutrófica, con estado general conservado, sin fiebre y con mucosas bien coloreadas. Pulso: 82 por minuto.

Examen físico del abdomen: Negativo.

#### *Exámenes complementarios:*

1. Hematocrito: 41%, Hemoglobina: 13 gm., Leucocitos: 9,200, 79 Segmentados y 3 Stab.
2. Radiografía simple de abdomen: Negativa.

A los dos días de su ingreso y permaneciendo asintomática, es dada de alta.

*Segundo ingreso:* 30-10-64 (53 días después del accidente).

M.I. Fiebre y tumoración abdominal.

*H.E.A.* Refiere el padre que unos cuatro o cinco días después de estar en su casa, la niña comienza a presentar fiebre hasta de 39°C. que se ha mantenido hasta su ingreso actual; además ha notado que se mantiene muy asténi-



Fig. 1a. Densidad de partes blandas en la parte media del abdomen y en el flanco izquierdo con rechazamiento del estómago hacia la derecha.

ca, anoréxica, ha presentado vómitos de vez en cuando y en ocasiones deposiciones con flemas blancas.

Ha sido tratada durante todo este intervalo con Cloranfenicol, Estreptopencilina y Triplesulfa.

**H.E.A.:** Niña adelgazada, con fiebre mantenida de 38° a 39°C. anoréxica y asténica.

**Examen físico del abdomen:** Vientre asimétrico, abombado hacia epigastrio e hipocondrio izquierdo, palpándose una tumoración de gran tamaño (unos 10 o 12 cms. de diámetro), de consistencia firme, no dolorosa a la palpación y mate a la percusión.

**Exámenes complementarios:** Hematocrito: 34%, Hemoglobina: 10 gms. Glicemia 120 mlgs. y Amilasa en sangre 200 unidades.

**Radiografía simple de abdomen:** Imagen radioopaca con densidad de partes blandas que ocupa epigastrio e hipocondrio izquierdo (Fig. 1-a).

**Tránsito intestinal:** Desplazamiento del estómago hacia arriba, a la derecha y adelante (Figs. 1-b y 1-c).

**Colon por enema:** Desplazamiento del colon transverso hacia abajo y adelante por la tumoración señalada (Fig. 1-d).

**Operación:** Se intervino quirúrgicamente con el diagnóstico preoperatorio de pseudoquiste pancreático traumático.

Se le practicó una laparotomía paramedia derecha encontrándose un pseudoquiste pancreático a localización intergastrocólica del cual se drenaron alrededor de 1,600 cc. de un líquido de color amarillo claro.



Fig. 1b. Rechazamiento del estómago hacia la línea media con gran compresión extrínseca de su curvatura mayor.



Fig. 1c. Rechazamiento del estómago hacia delante por la masa retroperitoneal. Duodeno en posición normal.



Fig. 1d. Rechazamiento del colon transverso hacia abajo por la tumoración.

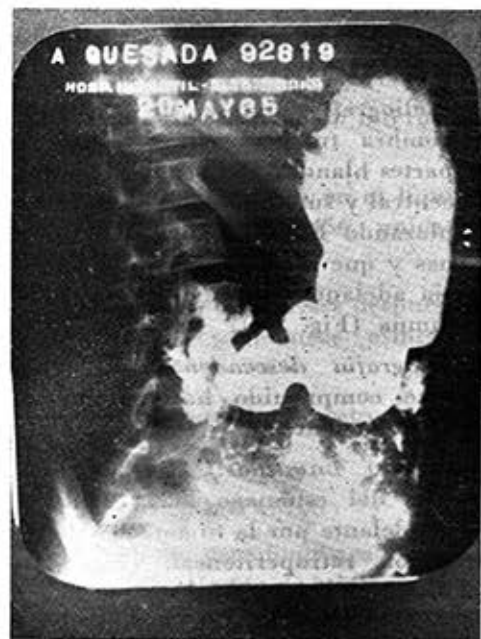


Fig. 1e. Estómago en posición normal después de la operación.

Se practicó una derivación interna del quiste anastomosándolo a un asa yeyunal desfuncionalizada mediante la técnica en Y de Roux.

Vista un año después de la intervención permanece asintomática. Su tránsito intestinal es normal (Fig. 1-e).

#### Caso No. 2

R.Ch.C. 5 años. Masculino.

Fecha de ingreso: 8 de abril de 1965  
M.I. Dolor abdominal.

H.E.A.: Refiere la madre que en aparente buen estado de salud hace 19 días; y estando montando en bicicleta el niño hubo de caerse dándose un golpe con el manubrio en el abdomen. Señala que el niño se puso muy pálido, perdió el conocimiento y comenzó a quejarse de dolor abdominal y vómitos. Lo llevaron

a distintos Centros donde le dijeron que el niño no tenía nada anormal.

En los días sucesivos continuó con el dolor abdominal y anorexia marcada decidiendo su ingreso en el Hospital.

*E.F.G.*: Niño de 40 lbs. de peso con piel y mucosas algo pálidas y sin fiebre.

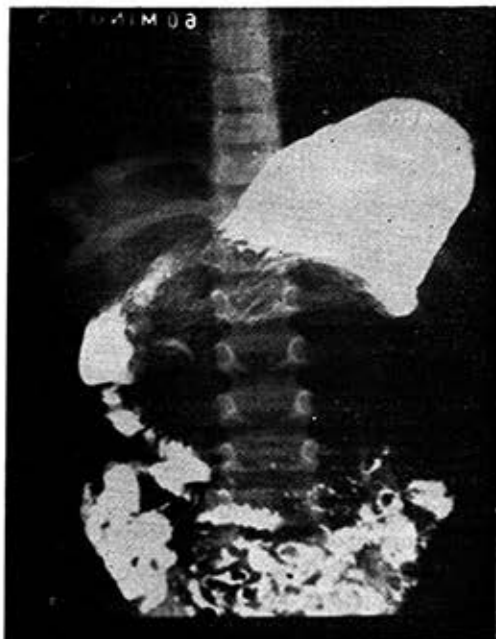
*Examen físico del abdomen*: Abdomen globuloso, que respira normalmente, depresible, palpándose a nivel del epigastrio una tumoración de unos 8 cms. de diámetro, de consistencia semi-dura y que luce extenderse hacia los lados hasta las zonas esplénica y hepática.

#### *Exámenes complementarios:*

1. Hematocrito: 40%, 10,000 leucocitos, 67 Segmentados y 7 Stab. Glicemia: 100 mlgs.



*Fig. 2a.* Densidad de partes blandas hacia epigastrio con rechazamiento del estómago hacia arriba y del colon hacia abajo.



*Fig. 2b.* Desplazamiento del estómago hacia arriba y a la derecha con gran compresión extrínseca de su curvatura mayor

Amilasa en sangre: 128 unidades Winslow.

2. Radiografía simple de abdomen: Sombra tumoral con densidad de partes blandas que ocupa la porción central y superior del abdomen desplazando las asas intestinales vecinas y que se extienden de atrás hacia adelante contactando con la columna (*Fig. 2-a*).

*Pielografía descendente*: El riñón aparece comprimido hacia arriba sin otras alteraciones.

*Tránsito intestinal*: Marcada compresión del estómago hacia arriba y hacia adelante por la tumoración de localización retroperitoneal. (*Figs. 2-b* y *2-c*).

#### *Operación:*

Se practica una laparotomía paramedia derecha encontrándose un pseudo-



Fig. 2c. Rechazamiento del estómago hacia delante por la tumoración retroperitoneal.

quiste pancreático que abomba entre el estómago y el colon transverso.

Se practicó una derivación interna en Y de Roux.

Dosificación de amilasa en el líquido del quiste: contiene 3,456 unidades Winslow.

Visto el paciente 10 meses después de la intervención permanece asintomático.

Un tránsito intestinal postoperatorio fue normal (Fig. 2-d).

#### COMENTARIOS

El 50% de los pseudoquistes pancreáticos en la infancia son de etiología traumática. Si bien las pancreatitis agudas y crónicas representan el factor etiológico más frecuente en los adultos, en los niños esta etiología es rara, habiéndose



Fig. 2d. Estómago y duodeno en posición normal después de la operación.

dose observado sólo en 3 casos de los 31 revisados por Kilman.<sup>1</sup>

El diagnóstico positivo se realiza fundamentalmente por los antecedentes del trauma, la presencia de una tumoración habitualmente de grandes dimensiones en el abdomen superior y por el tránsito intestinal y el colon por enema al mostrar compresión extrínseca del estómago hacia arriba y adelante y del colon transverso hacia abajo y adelante.

La amilasa sérica se eleva con frecuencia en esta afección: en los dos casos nuestros su cifra estaba elevada.

De los distintos procedimientos propuestos para su solución quirúrgica la derivación interna en Y de Roux es el más aceptado.

El índice de mortalidad es bajo habiendo sido reportado sólo en 3 casos de los 37 revisados por nosotros.<sup>1,2</sup>

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Los pseudoquistes pancreáticos constituyen una afección poco frecuente en la práctica pediátrica, pero que hay que tenerlos en cuenta frente a un niño con una tumoración abdominal y en el que existan antecedentes traumáticos.
2. La mayoría de los pseudoquistes pancreáticos en los niños son de etiología traumática.
3. En el momento actual la derivación interna en Y de Roux es el procedimiento quirúrgico preferido para su solución.
4. Hemos presentado dos casos de pseudoquistes pancreáticos traumáticos resueltos favorablemente mediante una derivación interna en Y de Roux.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Kilman, J. W., Kaiser, C. C., King, R. D., Shlimacker, H. B.*: Pancreatic Pseudocysts in Infancy and Childhood, *Surgery*, 55: 455, 1964.
- 2.—*Di Censo, S., Ginsburg, S. B. and Seyder, W. H.*: Pancreatic Pseudocysts in Childhood, *Surg. Gynec. and Obst.*, 119: 1049, 1964.
- 3.—*Warren, K. W. and Baken, A. L.*: The Choise of Surgical Procedures in the Treatment of Pancreatic Cysts, *Surg. Clin. of North America*, 38: 815, 829, 1958.