

HOSPITAL REGIONAL "ERNESTO CHE GUEVARA", MOSTAGANEM, ARGELIA.

Seudoquistes pancreáticos postraumáticos en el niño. Presentación de un caso

Por los Dres.:

ADOLFO del AGUILA GARCÍA* y DEBORAH GARCÍA MARTÍNEZ**

del Aguila García, A., D. García Martínez. *Seudoquistes pancreáticos postraumáticos en el niño. Presentación de un caso.* Rev. Cub. Ped. 45: 3, 1973.

Se reporta un caso de seudoquiste del páncreas ocurrido en un niño de 6 años de edad, que recibió un traumatismo en epigastrio días antes de su ingreso. Dicho paciente sufrió dos intervenciones quirúrgicas, presentando entre las mismas una evolución tórpida, con dolores en epigastrio, vómitos e íleos a repetición. En la segunda intervención, se realizó una técnica de drenaje interno con resultado muy satisfactorio: cistoyeyunostomía por la técnica de Roux en Y. Se efectuó además una yeyunostomía para facilitar la recuperación del paciente.

INTRODUCCION

De acuerdo a su etiología, existen tres variedades de seudoquistes pancreáticos por retención, autodigestión espontánea, o necróticos según los autores clásicos, y traumáticos. La variedad traumática representa el 10% del total de seudoquistes pancreáticos.⁴

Aunque muy sensible a los traumatismos externos, el páncreas es excepcionalmente lesionado en el curso de las contusiones abdominales.

El mecanismo más frecuente por el cual se lesiona, es generalmente por aplastamiento contra el raquis.

Los seudoquistes traumáticos son mucho más raros en los niños.

Hollander⁵ presenta un caso, y refiere que hasta ese momento no pasan de 10 los publicados en la literatura mundial. El primero fue publicado por Drennen

en 1922. Es interesante señalar que Mallat Cuy y Mercadier no pudieron hacer mención de ningún caso personal en el LX Congreso Francés de Cirugía.

ETIOLOGIA

Esta entidad puede presentarse como manifestación primaria en pacientes con antecedentes de haber recibido un traumatismo abdominal, o como complicación en lesionados pancreáticos ya intervenidos.

Su frecuencia oscila del 3% al 30%, Warren.⁷ Dicho autor señala esta complicación como la más frecuente después del tratamiento de las lesiones pancreáticas.

En los pacientes intervenidos, los seudoquistes se producen por acumulación de secreción pancreática debido a defectos en el drenaje (mala situación, obstrucción, insuficiencia, retirada precoz), no utilización del mismo en los casos operados, o por no haber utilizado una técnica adecuada del drenaje interno en ciertas lesiones mayores del páncreas.

* Jefe del Dpto. de Cirugía. Hospital "Ernesto Che Guevara", Mostaganem, Argelia.

** Jefe del Dpto. de Pediatría. Hospital "Ernesto Che Guevara", Mostaganem, Argelia.

El desarrollo de los pseudoquistes está en relación con la localización de la lesión en el sistema canalicular. Habitualmente, la colección es extrapancreática y se produce por una lesión a nivel del istmo o cuerpo del páncreas.

Los pseudoquistes intrapancreáticos, y los de localización a nivel de la cabeza y cola, son menos frecuentes, siendo sus manifestaciones y tratamientos diferentes.

Las lesiones pancreáticas sin daño de los conductos excretores, curan en general rápidamente gracias a las adherencias epiploicas, pero no ocurre lo mismo si el conducto de Wirsung resulta seccionado y la cápsula desgarrada. En estos casos, en efecto, el jugo pancreático puede derramarse libremente en la cavidad peritoneal, y puede determinar la formación de un pseudoquiste.

PATOGENIA

Después de la contusión pancreática se presenta una inhibición de la secreción que dura 24 horas aproximadamente; cuando se reinstala la actividad enzimática, el jugo pancreático ejerce una acción caústica en, mayor o menor grado, sobre el parénquima glandular y los elementos vecinos. La contusión parenquimatosa es sustituida por una pancreatitis aguda necrótica y hemorrágica postraumática; el foco necrótico tiene tendencia a detenerse debajo de la cápsula pancreática, que es decolada progresivamente. La colección se extiende, y al terminar a su alrededor una reacción exudativa profusa por irritación mecánica y química. Las vísceras vecinas, sometidas a dicha reacción inflamatoria, se adhieren a la lesión y contribuyen a limitarla. Existe de inicio un exudado fibrinoso que facilita la adhesión de las superficies serosas y el cierre del hiato de Winslow, transformando la transcavi-

dad de los epiploones en una cavidad cerrada. Posteriormente se produce una proliferación y engrosamiento del tejido conjuntivo subepitelial, y la cápsula que limita la colección se transforma de fibrinosa en fibrosa. De esta forma, en un período de tres a cinco semanas, tendremos ya formado el pseudoquiste.

Mallet Cuy ha demostrado que un pseudoquiste traumático puede curar espontáneamente; la curación se produce al precio del «sacrificio funcional del páncreas distal»; ello se debe a la cicatrización de las lesiones wirsungianas y a la obliteración del canal pancreático lesionado.

Hay que señalar que en ocasiones, los pseudoquistes aparecen después del cierre espontáneo de una fístula pancreática. (*Warren*⁷).

CUADRO CLINICO

Dolores abdominales agudos, generalmente en epigastrio, que se presentan a intervalos de varias horas, su intensidad aumenta después de las comidas, acompañándose frecuentemente de vómitos. Se presentan trastornos del tránsito por el tracto digestivo superior, debidos a la compresión de las vísceras vecinas por el quiste: son frecuentes los síntomas de un síndrome pilórico, debido a la compresión gástrica o duodenal.

Al examen físico del abdomen, se constata una tumoración de tamaño y situación variables, casi siempre en epigastrio, de forma redondeada, bien delimitada, dolorosa, resistente a la palpación y mate a la percusión.

DIAGNÓSTICO

- Antecedentes de un traumatismo abdominal días, meses y a veces años antes (en ocasiones es difícil obtener este dato).
- Cuadro clínico del paciente.

—La amilaseemia y la amilasuria se encuentran frecuentemente elevadas (*Shuster,⁶ Hollander,³ Adams¹*).

El estudio radiográfico del T.D.S. muestra un desplazamiento gastroduodenal por un tumor retroperitoneal; el colon también se verá desplazado hacia arriba o hacia abajo, según la situación del quiste (datos de certeza diagnóstica).

TRATAMIENTO

I. Preventivo.

No debemos olvidar que una terapéutica racional exige una conducta preventiva. Si diagnosticamos una contusión simple del páncreas, debemos realizar el tratamiento clásico de la pancreatitis aguda.

En el curso de toda intervención por contusión abdominal, con lesión de vísceras o sin ella, estamos obligados a realizar una exploración cuidadosa de la transevidad de los epiplones.

Cuando se utilice el drenaje en el tratamiento de una lesión pancreática, no debemos olvidar todas las condicionales ya señaladas, que nos pueden llevar a la formación de un pseudoquiste.

II. Curativo.

Existen varias técnicas quirúrgicas para tratar estas lesiones:

Marsupialización:

Es la técnica más fácil, se utiliza en los casos donde no está lesionado un canal excretor de gran calidad, así como en los quistes multiloculares de paredes finas, ya que en estos casos la anastomosis cistoentérica no ofrece seguridad.

Sus principales inconvenientes son el período de drenaje, a menudo prolongado, y el frecuente desarrollo ulterior de una hernia laparotómica.

Warren⁷ y Shackelford⁸ ciñen el peligro de la recidiva.

Dubilet y Mulholland, añaden una esfincterotomía a la intervención de drena-

je para reducir al mínimo el riesgo de recidivas o de formación de fistulas.⁵

Drenaje interno:

Consiste en llevar a cabo la anastomosis del estómago, duodeno o yeyuno con la pared del quiste.

La anastomosis del quiste al yeyuno es la técnica de elección en la actualidad. Aunque técnicamente es más difícil que la marsupialización, la mortalidad no es mayor y la morbilidad disminuye, ya que se evita la pérdida de líquidos, enzimas y electrólitos y se suprime el drenaje irritante con apósitos colocados durante largo tiempo (*Shackelford*).

La cistoyeyunostomía se puede realizar con un asa en continuidad con el tránsito intestinal o por la técnica del asa de Braun, a la que se le puede añadir el cierre del asa aferente (*Warren*). La boca anastomótica debe tener, por lo menos, 4 cm de longitud.

La tendencia más reciente es realizar la cistoyeyunostomía de Roux en Y.

La anastomosis cistogástrica (técnica de Jurasz) es preferida por algunos autores debido a su sencillez y buenos resultados (*Warren,⁷ Hollander³*). La misma se realiza con la cara posterior gástrica, luego de hacer una abertura de 10 cm o más; ésta debe realizarse en el punto de mayor declive del quiste para evitar la estasis e infección. Se citan como complicaciones, la supuración que se produce por el paso del contenido gástrico a la cavidad quística; y las hemorragias secundarias, que se explican por la acción corrosiva del jugo pancreático sobre la mucosa digestiva (*Warren,⁷ Séneque¹*).

Pancreatocetomía distal:

Es el tratamiento ideal cuando está comprometida la porción caudal del páncreas.

PRESENTACION DE UN CASO

B. K., sexo masculino, raza blanca, de 6 años de edad, ingresa el 29-1-72 en nuestro servicio de cirugía general, con antecedentes de haber recibido un traumatismo abdominal al caer sobre las ruedas de un carro de tiro, 14 días antes de su ingreso.

Una semana antes, comenzó a presentar dolor de poca intensidad, que se intensificó el día anterior a su hospitalización; presentaba además vómitos, que se constataron en el cuerpo de guardia, refiriendo ausencia de heces y gases desde 5 días antes.

Examen físico

General: Paciente desnutrido, polipneico y pálido, con signos de deshidratación moderada.

Abdomen: Distendido, que se moviliza poco con la respiración. Dolor discreto a la palpación superficial, que aumenta a la palpación profunda; se constata cierta resistencia, y la descompresión es discretamente dolorosa en todo el abdomen. Timpanismo generalizado. Ruidos intestinales disminuidos evidentemente.

Aparato respiratorio: No existen alteraciones pleuropulmonares.

Aparato cardiovascular: Los ruidos cardíacos son normales. Pulso: 120/min; Ta: máx. 100, mín. 50.

Tacto rectal: Ampolla rectal vacía. Temperatura aumentada. Diferencia de temperatura axilar-rectal de un grado (axilar: 36,7°C, rectal 37,7°C).

Función abdominal: Se realiza después del estudio radiológico, y con sumo cuidado, ya que el paciente presenta distensión abdominal. El resultado es negativo.

Radiografía de abdomen simple (de pie y acostado): Muestra algunos niveles intestinales de difícil localización y se observa aire en la ampolla rectal. Distensión intestinal moderada.

Hemograma: Polinucleosis con desviación izquierda y anemia moderada.

Se decide realizar la laparotomía exploradora con el diagnóstico probable de síndrome peritoneal en fase terminal, probablemente producido por una apendicitis aguda o por una perforación intestinal que podría haber estado en relación con el traumatismo anterior.

Se procedió a la hidratación del paciente durante algunas horas para compensar lo más posible su desbalance hidroelectrolítico antes de la intervención.

Intervención quirúrgica.

30-1-1972:

Se realizó laparotomía exploradora con anestesia general e intubación endotraqueal.

Incisión paramedia derecha supraumbilical. Se encontró poca cantidad de líquido claro dentro de la cavidad peritoneal (200 cc); existía aumento de la vascularización del peritoneo parietal y visceral. Las asas intestinales estaban ligeramente dilatadas; no se encontró lesión intestinal, ni de otra viscera abdominal.

Se exploró la transeavidad de los eplones, no encontrándose huellas de lesión pancreática alguna, aunque el aumento de la vascularización era más marcado en esta última zona. No existían lesiones de citoesteatorrecrosis.

Se dejó un drenaje de Ravdin en la vecindad de la transeavidad y se cerró la pared por planos procediéndose a dar puntos subtotales. Se envió una muestra del líquido obtenido al laboratorio para su estudio; no se pudo realizar la búsqueda de la amilasa.

Periodo posoperatorio.

Se inició al paciente la hidratación como es habitual, de acuerdo con su peso, así como antibióticoterapia y el resto de las medidas normadas en un posoperatorio. Se administró corticoides, ya que se utilizaron durante el acto quirúrgico.

Febrero 1ro, de 1972 (2do. día): Se restablece la función intestinal.

Febrero 2 de 1972 (3er. día): El paciente defeca. Se comienza la alimentación por vía bucal complementándose por vía parenteral. Se observa poca cantidad de líquido verdoso por el drenaje de Ravdin.

Febrero 12 de 1972 (12do. día): Se retira el Ravdin por no haberse constatado más secreciones por el mismo.

Febrero 17 de 1972 (18vo. día): El paciente refiere dolor en epigastrio que se intensifica al siguiente día. Es un dolor de tipo cólico, sin vómitos, con antecedentes de 5 días sin defecar. Los ruidos intestinales son normales. Existen resistencia y dolor a la palpación en epigastrio. No hay dolor a la descompresión y el tacto rectal, hay ausencia de heces fecales.

Se suspende la alimentación por vía bucal y se vuelve a utilizar la hidratación por vía parenteral, con administración de proteínas y sangre.

Febrero 21 (22do día): El paciente defeca y se encuentra mejor. La aspiración por la sonda nasogástrica es escasa, no obstante, se constata distensión abdominal.

Febrero 22: Se aprecia mejoría, defeca y los ruidos intestinales están presentes, aunque disminuidos. La distensión abdominal persiste, especialmente a expensas del hemiabdomen superior.

La radiografía de abdomen simple muestra una radiopacidad muy difusa en la parte superior del mismo. Se reanuda alimentación por vía bucal con hidratación, parenteral complementaria.

En los días que siguen, el paciente continúa en el mismo estado; el tránsito intestinal restablecido, pero no normalizado, y la referida distensión con tendencia a aumentar.

Ingiere muy poca cantidad de alimentos líquidos y en ocasiones los vomita, por lo que es necesario mantener la vía parenteral.

Febrero 29. Se realiza su traslado a la sala de pediatría para recuperación de su distrofia (peso: 17 kg). La distensión abdominal ha disminuido y el tránsito intestinal se mantiene en igual forma.

Marzo 3. Se realiza radiografía de tórax donde se aprecian lesiones pulmonares bilaterales sugestivas de tuberculosis, por lo que se comienza tratamiento específico con drogas anti-tuberculosas de 1ra. línea, tomando además en cuenta el estado general del paciente, el medio en que nos encontramos, donde esta enfermedad es tan frecuente, y la existencia de una tía por vía materna, enferma de tuberculosis (Combé +). Se observa mejoría clínica en cuanto a apetito y estado general, observándose un aumento de peso progresivo, en los días subsiguientes.

Marzo 9. Presenta crisis dolorosa intensa en epigastrio que se mantiene por espacio de 5 días con alternativas. El abdomen se encuentra distendido, pero no se palpan tumoraciones.

Marzo 20. El paciente continúa refiriendo dolores abdominales, más intensos en las madrugadas, que obliga al médico de guardia, en repetidas ocasiones a administrar sedantes y antiespasmódicos, con los cuales se aliviaba poco.

Abril 1ro. Se palpa tumoración epigástrica bien delimitada, renitente, redondeada, de 15 cm de diámetro aproximadamente. Se realiza abdomen simple observándose en la posición de pie una gran opacidad en la parte superior del abdomen, con desplazamiento de las asas intestinales hacia abajo y a la derecha, y niveles hidroaéreos (Fig. 1).

Se plantea la posibilidad de un pseudoquistes pancreático, pero no pueden ser descartadas las posibilidades de una ascitis tuberculosa en-

quistada o de un cuerpo extraño dejado en abdomen en el acto quirúrgico.

Abril 2. La tumoración aumenta de volumen; se realiza punción de la misma, extrayéndose un líquido de color pardo oscuro, que fluye espontáneamente a través del trocar. Se evacua parcialmente su contenido y se administra contraste yodado. Se realizan radiografías en diferentes posiciones y se observa una cavidad de contornos bien delimitados y forma ovalada situada en las partes superiores y posterior de la cavidad (Figs. 2 y 3).

Abril 3. Para confirmar el diagnóstico de pseudoquistes del páncreas se realiza un estudio radiológico de estómago y duodeno, efectuándose previamente una radiografía simple de abdomen; esta última, muestra una imagen característica (radiopacidad que desplaza el colon y el estómago en sentido opuesto) (Fig. 4). La radiografía con contraste corrobora la imagen, existiendo dificultad a la evacuación gástrica, que se interpreta sea debido a la compresión por el pseudoquistes, situado en la transcavidad de los epiplones (Fig. 5).

Se decide realizar la 2da. intervención con el diagnóstico de pseudoquistes postraumático del páncreas; no se puede efectuar la misma hasta el día 7 de abril debido a dificultades para obtener sangre del grupo del paciente (B₁).

En los días del preoperatorio se mejoró su estado general con la administración de líquidos, electrolitos, proteínas y vitaminas por vía parenteral.

Segunda intervención quirúrgica.

Anestesia general con intubación endotraqueal.

Incisión paramedia izquierda supraumbilical.

Abierta la cavidad abdominal se constata una tumoración que hace protrusión a nivel del epiplón gastrocólico; se punciona y se extrae líquido serohemático; se aísla con compresas y se incide la pared guiándonos por el trocar; la misma es resistente y tiene 1 cm de espesor; se aspira su contenido calculándose una capacidad aproximada de 600 a 700 cc.

Se realizó cistoyeyunostomía por la técnica de Roux en Y, antecólica. La anastomosis se efectúa dando 2 planos a puntos sueltos con material irabsorbible. Se dejó además una yeyunostomía para asegurar la alimentación en el posoperatorio inmediato, dado el estado de decaupación del paciente y la necesidad de su rápida recuperación.

Al segundo día de la operación, se comenzó la alimentación por la yeyunostomía.

No se obtuvo secreción por el drenaje de Ravdin, retirándose a los 3 días. Ya en este momento se alimentaba por la vía bucal, complementándose por la yeyunostomía, ya que tenía poco apetito. El tránsito intestinal estaba completamente restablecido.

A las 2 semanas se retiró la yeyunostomía cerrando sin dificultad.

La única complicación posoperatoria fue una infección de la herida.

El 25 de abril se realiza radiografía de estómago y duodeno; el marco duodenal aparece ensanchando, existiendo buen tránsito gastroduodenal. La cavidad quística no se visualiza. (Fig. 6).

CONCLUSIONES

1. Se realiza una resección de la etiología, patogenia, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento del pseudoquistes postraumático del páncreas.
2. Se señala lo referido por algunos au-

tores sobre la rareza de esta afección en los niños.

3. Se presenta un caso tratado por nosotros que necesitó 2 intervenciones con un intervalo de 2 meses entre ambas. Evolucionó bien con una técnica de drenaje interno, no realizándose la marsupialización, a pesar de ser una técnica más sencilla, ya que se interpretó que el mal estado del paciente no toleraría las pérdidas del posoperatorio.
4. Consideramos que la yeyunostomía realizada con vista a la alimentación del paciente contribuyó en gran medida a su recuperación, disminuyendo también el riesgo de dehiscencia en un paciente hipoproteico y anémico.

SUMMARY

Del Aguila García, A., D. García Martínez. *Post-traumatic pancreatic pseudocyst in the child.* Rev. Cub. Ped. 45: 3, 1973.

A case of pseudocyst in the pancreas of a 6-year old boy who suffered a traumatism in the epigastrium some days before admission is reported. This patient underwent two surgical interventions and presented between them a torpid evolution, with pain in epigastrium, repeated ileus and vomits. At the second surgery, a procedure of internal drainage with a highly satisfactory result (cystojejunostomy by Roux technique in Y) was performed. Also, a jejunostomy to facilitate the patient's recovery was performed.

RESUME

Del Aguila García, A., D. García Martínez. *Pseudokyste pancréatique post-traumatique chez un enfant. Présentation d'un cas.* Rev. Cub. Ped. 45: 3, 1973.

On rapporte un cas de pseudokyste du pancréas chez un enfant âgé de 6 ans, présentant un traumatisme à l'épigastre quelques jours avant de son hospitalisation. Celui-ci a été intervenu chirurgicalement deux fois. Le patient a présenté dans l'intervalle de deux opérations une évolution torpide, avec de douleurs à l'épigastre, vomissements et iléus à répétition. Dans la deuxième intervention on a employé une technique de drainage interne avec de bons résultats: cystojejunostomie par la technique de Roux en Y. En plus, on a effectué une jéjunotomie afin d'aider à la récupération du patient.

РЕЗЮМЕ

Дель Агила Гарсия А., Д. Гарсия Мартинес. Посттравматическая панкреатическая псевдокиста у ребенка. Представление одного случая. Rev. Cub. Ped. 45: 3, 1973

Приводится сообщение об одном случае псевдокисты поджелудочной железы у мальчика 6-летнего возраста, получившего травму на подложечной области за несколько дней до поступления в больницу. Больному были произведены два хирургических вмешательства, причем в интервале между ними отмечилась торпидная эволюция, боли в подложечной области, рвоты и повторные илеусы. Во втором вмешательстве применялся метод внутреннего дренажа с очень удовлетворительным результатом: цистоеюностомия с применением метода Ру в форме У. Также была произведена яеюностомия с тем, чтобы способствовать выздоровлению больного.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Adams J. T.; Elebute, E. A.* "Isolated injury to the pancreas non penetrating trauma in children". *The Journal of trauma*: Vol 6: 86-97. (Jan 1866).
- 2.—*Clelland, H. C.; Reinschmidt, J. S.; Waddell, W. R.* "Traumatic pancreatitis an increasing problem" *Swig. Clinics of N.A.*: Vol 43: 401-11, Apr. 1963.
- 3.—*Hollender, L. et Adlaff, M.* "Les pseudo-Kyster du pancreas d'origine traumatique chez l'enfant" "Archives des maladies de l'appareil Digestif et des maladies de la nutrition" Nrs. 1-2 (págs. 57-62) Janvier-Février 1961.
- 4.—*Sénéque, J.* "Traite de Thérapeutique chirurgicale". Tomo IV; "Affections du foie, des voies viliars de la rate et du pancreas par M. Mercadier" Edit. Masson. Paris 1964.
- 5.—*Shackelford, R. T.* "Cirugía del aparato digestivo" Tomo II, Edit. Revolucionaria. La Habana. 1968.
- 6.—*Snuster, S. R.; Eraklis, A. J.* "Problemas Quirúrgicos urgentes en pediatría". Cl. Quirúrgicas de Norteamérica. Págs. 747-769, Junio 1966.
- 7.—*Warren, Kenneth, W.; Hardy, Kenneth J.* "Problemas asociados con la cirugía pancreática". Cl. Quirúrgica de Norteamérica. Págs. 585-593, Junio 1968.