

Pseudoquiste de páncreas secundario a obstrucción por áscaris

Dres. S.M. Rial Asorey, J.L. Terech, O.H. Panzutto, J.C. Chavin

Servicio de Cirugía. Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se presenta un paciente de sexo femenino, de dos años de edad con un pseudoquiste de páncreas, por obstrucción del conducto de Wirsung, debido a la migración errática de un *ascaris lumbricoides*. El quiste presentó extensión hacia el tórax y a la base del cuello a través del hiato esofágico sin fistulización. Se presenta el resultado obtenido con el tratamiento inicial con somatostatina y cistogastroanastomosis según técnica de Jurasz.

Palabras clave: Pseudoquiste pancreático - *Ascariasis*

Summary

We report a two-year-old female child with pseudocyst of the pancreas after obstruction of Wirsung's duct with *Ascaris Lumbricoides*. The cyst extended to the thorax and the base of the neck through the esophageal hiatus. Initial management consisted of somatostatin administration followed by internal drainage using Jurasz cyst-gastrostomy technique.

Index words: Pancreatic pseudocyst - *Ascariasis*

Resumo

Apresenta-se um paciente de sexo feminino, de dois anos de idade, com um pseudocisto de pâncreas, por obstrução do conduto de Wirsung, devido a migração errática de um *ascaris lumbricoides*. O cisto apresenta extensão para o tórax e a base do pescoço através do hiato esofágico sem fistulização. Apresenta-se o resultado obtido com o tratamento inicial com somatostatina e cistogastroanastomose segundo a técnica de Jurasz

Palavras chave: Pseudocisto pancreático - *Ascariasis*

Introducción

La obstrucción de la vía pancreática por *ascaris lumbricoides* constituye una rareza. El hallazgo de un pseudoquiste extendido hasta la base del cuello reviste características insólitas, resultando de interés su comunicación.

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 2 años de edad y 12 Kg de peso con los antecedentes de hábito de pica, y tuberculosis familiar. Tuvo una convulsión febril un mes previo a la internación. Quince días después presentó palidez generalizada y dolor

abdominal, con diagnóstico de *ascariasis*.

Al ingreso presentaba palidez marcada sin ictericia, adenopatías cervicales, axilares e inguinales múltiples pequeñas y no dolorosas, taquicardia y soplo sistólico de 3/6; su abdomen era globuloso a predominio del cuadrante superior izquierdo con un perímetro abdominal de 47 cm, tenso, con dolor difuso, hepatomegalia de 4 cm. y esplenomegalia de 6 cm.

Al ingreso su hematocrito era de 16% con hemoglobina de 6,9 g/dl por lo que se la transfundió. El recuento de blancos era de 6200, con predominio poli-morfonuclear; amilasemia de 212 UI/l.

La radiografía de tórax mostró elevación del hemidiafragma izquierdo y modificación de la imagen gástrica.

Una ecografía abdominal mostró esplenomegalia y una formación quística de 110 x 100 mm, retroperitoneal desde la pared abdominal anterior hasta la aorta con ubicación central y lateral izquierda en su mayor parte y hacia la derecha por delante de la vena cava; no se visualizó el páncreas (Fig. 1).

La seriada gastroduodenal mostró marcado desplazamiento del estómago hacia la derecha.

El arco 5 y los marcadores tumorales fueron negativos y fue medicada por su parasitosis y controlada la anemia.

Una nueva ecografía informó un conducto biliar levemente dilatado y una imagen retroperitoneal anecoica que en su interior presentaba una imagen ecogénica lineal, que correspondería a un ascaris en el conducto pancreático, llegando así al diagnóstico de pseudoquiste de páncreas secundario a obstrucción del conducto pancreático por ascaris.

Un nuevo control radiológico evidenció una imagen anormal retrocardiaca derecha y las nuevas ecografías demostraron que dicha imagen parecía separada de la formación abdominal por una imagen ecogénica correspondiente a la pared del quiste o al diafragma.

La tomografía axial computada mostró una gran imagen quística abdominal hacia la izquierda desplazando y comprimiendo al riñón y al bazo. La vía biliar impresionaba como levemente dilatada a nivel proximal. En el tórax se comprobó una afección del pulmón en sus segmentos basales predominantemente intersticial. Se observó a nivel retrocardiaco derecho una imagen redondeada, heterogénea con contenido líquido que podría corresponder a una proyección torácica del pseudoquiste (Fig. 2 y 3).

Se descartó la realización de una pancreatografía retrógrada endoscópica (PCRE) por la posibilidad de infectar el pseudoquiste y activar una pancreatitis.

Se inició un tratamiento con Somatostatina presentando un aumento del perímetro abdominal de 47 a 52 cm., con aumento del dolor, náuseas, vómitos aislados, aumento de la amilasaemia de 212 a 303 U/L y con hipoventilación en la base del pulmón derecho. La intercurencia de un sarampión hizo necesario concluir con el tratamiento a los 10 días de iniciado.

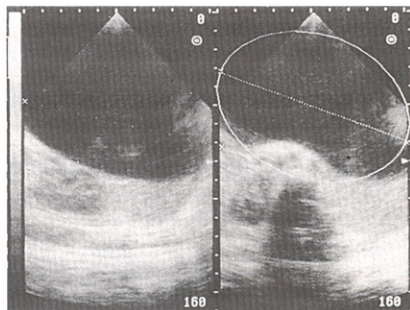


Fig. 1: formación quística de 110 x 100mm retroperitoneal, en contacto con la aorta abdominal. No se visualiza páncreas.

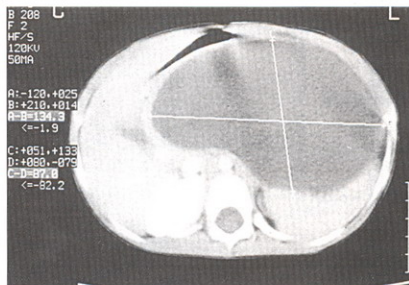


Fig. 2: imagen quística en posición centro izquierdo, desplaza estructuras vecinas. 134 x 87mm.

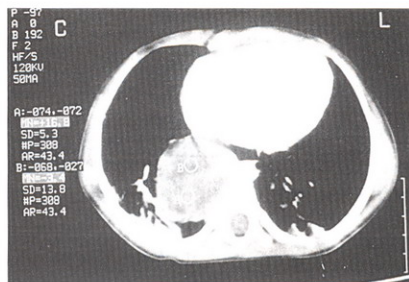


Fig. 3: afección de segmentos basales del pulmón a predominio intersticial. Imagen retrocardiaca derecha redondeada, heterogénea de contenido líquido. Proyección torácica del quiste.

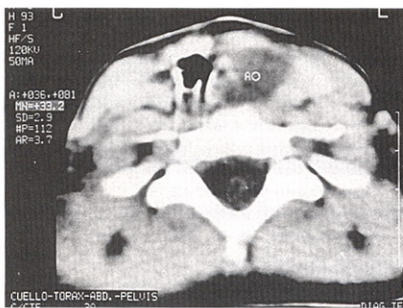


Fig. 4: imagen quística en el extremo inferior del hemicuello, desplazando estructuras cervicales a la derecha.

Posteriormente una Tomografía axial computada mostró múltiples formaciones quísticas de gran volumen situadas en el extremo izquierdo del cuello que desplazaban las estructuras cervicales hacia la derecha. Otra imagen quística se evidenció en el hemitórax apoyada sobre la gotera costovertebral homolateral, desplazando al hilio y el bronquio del lóbulo inferior en sentido anterior con extensión hasta el diafragma. El resto no mostraba mayores variantes con respecto a la anterior (Fig. 4).

Se decidió entonces su tratamiento quirúrgico. Se optó por la técnica descrita por Jedlicka en 1915, modificada por Jurasz en 1931, que consistió en:

- Apertura de la pared anterior del estómago.
- Punción con aguja a través de la pared posterior del estómago aspirando el líquido del pseudoquiste.
- Inyección de material de contraste, observándose la comunicación con el tórax y cuello a través del hiato esofágico
- Incisión en la pared posterior del estómago y del pseudoquiste con electrobisturí y extirpación de un segmento elíptico de dicha pared y suturando los bordes del quiste a la pared posterior del estómago con un surget de hilo no reabsorbible, permitiendo la evacuación de alrededor de 850 cc. del líquido, sin sangrado durante el procedimiento.
- Cierre de la incisión gástrica anterior en dos planos.

Los estudios radiográficos del tórax de control en su postoperatorio muestran la pared del quiste retro-

cardíaco y en su control ecográfico se puso de manifiesto el páncreas con ecoestructura parcialmente hi-poecogénica.

Se le otorgó el alta al 6º día de su cirugía.

La anatomía patológica nos confirmó el diagnóstico de pseudoquiste de páncreas.

Los controles ecográficos realizados en forma ambulatoria demostraron una remisión total de la enfermedad.

Discusión

Las colecciones líquidas del páncreas pueden deberse a quistes o pseudoquistes por la obstrucción del ductus pancreático asociado a pancreatitis crónica. Pueden también ser secundarios a estenosis de la ampolla de Vater, odditis, obstrucciones distales por litiasis, tumores u operaciones previas.

Los quistes o pseudoquistes por necrosis del páncreas pueden ser secundarios a pancreatitis aguda, traumatismo del páncreas, drogas o trombosis portal^{1,2,3}.

Los quistes congénitos verdaderos, se deben a alteraciones embrionarias de la estructura del páncreas.

La mayor parte de los pseudoquistes son secundarios a una pancreatitis aguda o crónica⁴.

También pueden aparecer luego de un trauma y otras veces se establecen tras la obstrucción del conducto pancreático; son raros los congénitos.

Son muy infrecuentes otras causas en pediatría. En la literatura investigada se describen pocos casos de pseudoquiste por obstrucción del conducto de Wirsung; se halló uno solo por obstrucción de la vía pancreática por la migración por ascaris lumbricoides⁵.

Son varios los tratamientos utilizados, desde conducta expectante, el empleo de somatostatina, los drenajes externos percutáneos, o internos por vía endoscópica, o diferentes drenajes internos por laparotomía^{6,7,8}.

Luego de 45 días el pseudoquiste esta maduro, es entonces el momento quirúrgico.

Entre los no quirúrgicos se hallan los tratamientos expectantes y los expectantes coadyuvados con Somatostatina, que en nuestro caso debimos suspender⁹.

Dentro de los tratamientos quirúrgicos a cielo abierto se pueden realizar diferentes clases de drenajes como la anastomosis con el estómago, el duode-

no, o una asa de yeyuno en Y de Roux según el tamaño y localización del pseudoquiste¹⁰.

Nosotros preferimos la cistogastroanastomosis según técnica de Jurasz, por la localización retrogástrica del quiste, por su gran volumen. Hemos tenido con esta técnica un bajo número de recurrencia desde la introducción de la resección elíptica del casquete que comparten la pared posterior del estómago y el quiste. Es la modificación realizada por Jurasz en 1931 a la técnica de Jedlicka descrita en 1915.

Bibliografía

1. Cabrera R, Otero H. Pseudoquiste de páncreas revisión de 22 casos Cir-Pediatric 10:49-53, 1997.
2. Oman Sancristan H., Tratado de patología y clínica quirúrgica 2^o Edic. .Ed. Interamericana Mac Graw Hill Vol 2;2818-2829, 1993.
3. Aschcraft KW, Holder T M, Cirugía pediátrica 2^o Edic Ed. Interamericana Mac Graw Hill 541-50, 1995.
4. Oria A., Alvarez Rodriguez J, Avances en pancreatitis aguda 1^o Edic.Ed. Científica Interamericana 174 – 213, 1985.
5. Bulnes, Mendizabal D, Santizabal: Descripción de un caso en un niño de Pseudoquiste de páncreas Bol Med Hosp Infant Mex 46; 422-7, 1989
6. Falchetti D, Ubertaini M: Endoscopic cure of pancreatic pseudocyst in a child. J. Pediatr Gastroenterol Nutr.27:446-8, 1998.
7. Elewaut A, Afschrift M: Treatment of pancreatic pseudocysts by percutaneous drainage. Acta-Gastroenterol-Belg.61:164-8,1998
8. Lucaya J, Vasquez E: Non-operative management of traumatic pseudocysts associated with pancreatic duct laceration in children. Pediatr-Radiol. 28;5-8, 1998.
9. Bosman-Vermeeren J, M, Veereman – Wauters G. Somatostatin in the treatment of a pancreatic pseudocyst in a child. Journ Ped Gastr Nutr 23:422-425,1996.
10. Zuidema G. Cirugía del aparato digestivo III 3^o Edic. Ed Panamericana Vol 3, 148-153, 1993.

Trabajo presentado en el 33 Congreso Argentino de Cirugía Pedlátrica, Buenos Aires, Noviembre de 1999.

Dra. S.M. Rial Asorey
Av. Garibaldi 868
Temperley
Argentina