

Sobre un caso de quiste pancreático con vaciamiento espontáneo

Por los Dres.:

J. Menéndez Feros y Miguel A. García

I.—INTRODUCCIÓN

Al considerar la rareza de los quistes pancreáticos por retención con vaciamiento o desaparición espontánea, encontrados solamente en dos ocasiones por Mattson y una por Payr según las últimas informaciones, creemos de interés tener la oportunidad de presentar un caso similar con el estudio clínico y radiológico que nos lia guiado hacia el diagnóstico.

II. —Material

Historia clínica.

La Historia Clínica se puede dividir en tres etapas: Una primera en que fue examinado el paciente durante los años de 1957 y 1958, demostrando un cuadro de arterioesclerosis cardiovascular: una segunda etapa en que presentó la tumoración quística pancreática con vaciamiento espontáneo, en mayo de 1964 y, un último período cinco meses después

con manifestaciones ictéricas. El resumen es el siguiente:

Paciente J. Z. P.; Historia Clínica No. 152676 de la Quinta de Dependientes de La Habana. Raza blanca de 71 años de edad.

Unas tres semanas antes de su ingreso en la Quinta de Dependientes que tuvo lugar el 16 de marzo de 1964 y en aparente buen estado de salud, comenzó el cuadro por dolor abdominal sin que precisara bien si era epigástrico o se irradiaba a todo el vientre. El dolor era fijo y de moderada intensidad. No presentó vómitos o acidez durante ese tiempo, aunque sí presentó hipo de poca duración. Tampoco se observó en ese momento diarreas, ni en sus antecedentes inmediatos se precisa alguna enfermedad infecciosa, paperas, traumatismo abdominal o antecedentes de tipo cólico.

En esas condiciones concurre a la consulta externa de Vías Digestivas donde es visto por uno de nosotros. En ese momento presentaba el cuadro siguiente: Abdomen, en región epigástrica, doloroso y distendido y a la palpación se constata una tumoración grande, como del tamaño de una toronja, fija, que ocupa todo el epigastrio, dura, lisa y que hace relieve en la región epigástrica.

17 Jefe de la Unidad Gastroenterológica de la Quinta de Dependientes.

18 Médico especialista de Vías Digestivas de la Quinta de Dependientes.

El enfermo presenta un estado general bueno, aspecto de piel y mucosas normales, que deambula libremente. El enfermo dice haber perdido de peso y acusa cierto grado de anorexia.

En el año de 1957, en octubre, es visto en el servicio cardiovascular por una poliglobulia secundaria y arterioesclerosis cardiovascular y en enero de 1958 es atendido por un ataque agudo de asma. Desde entonces no había visto ningún médico encontrándose en aparente buen estado de salud hasta que ingresa en el servicio de Vías Digestivas con el cuadro anteriormente descrito.

Unos 25 días posteriores a su ingreso se notó que en una forma espontánea desapareció la tumoración abdominal sin ninguna manifestación clínica apreciable, ni dolor, ni abdomen agudo, ni hemorragia. La diarrea no se pudo apreciar porque el paciente estaba bajo la acción de un laxante habitual. El enfermo evolucionó normalmente y se dio de alta el 21 de abril de 1964. Después de estudiar minuciosamente su historia clínica y avalar los exámenes complementarios y radiológicos efectuados llegamos a la posibilidad de que se trate de un quiste pancreático por retención con vaciamiento espontáneo.

Cinco meses después de este último ingreso, el 14 de septiembre, este paciente es ingresado de nuevo en el servicio de Vías Digestivas por haber presentado, desde algunos días antes, un tinte subictérico. En esta ocasión tampoco hay grandes manifestaciones clínicas. No ha habido dolor, ni cólico, ni fiebre. Solamente acolia, ictericia y anorexia, el hígado sensible a la palpación y algo aumentado de volumen.

El paciente evoluciona normalmente con el tratamiento banal de una ictericia benigna, habiendo desaparecido casi

completamente su tinte icterico a los once días de tratamiento.

Como antecedentes: Hemos mencionado su asma bronquial y la arterioesclerosis cardiovascular. Además, por lo general ha tenido 3 ó 4 deposiciones diarias, blandas y abundantes. Ha sido buen comedor y tomador de cerveza. Sin embargo, durante los últimos 6 meses ha perdido una 15 libras de peso.

III.—DISCUSIÓN

Clasificación. De acuerdo con Cattel y Warren esta puede ser en la forma siguiente:

1. *Según su desarrollo;* Enfermedad fibroquística; la poliquística. Quistes simples; dermoides; congénitos.
2. *Inflamatorios:* Pseudoquistes (multiloculares) ; Retención (por comunicación canalicular) que es posiblemente nuestro caso.
3. *Traumáticos:* Indirecto; directo.
4. *Neoplásicos:* Cistoadenomas; cistoadenocarcinoma; sarcoma; teratoma.
5. *Parasitarios:* Hidatídicos; Tenia Soleni.

Clasificación de acuerdo con Bockus:

1. Quistes malignos.
2. Quistes benignos.
Proliferativo: adenoma Retención:
Fibrosis Degenerativos: Hemorragias
Congénitos: Dermoides; poliquísticos
Parasitarios:
Pseudoquistes: Inflamatorios

Causas Etiológicas:

Traumatismo; pancreatitis (agudas, crónicas) ; obstrucción canalicular posiblemente es el motivo de nuestro caso,

acompañándose de un estado inflamatorio de una pancreatitis fibrosa. Enfermedad de los canales biliares; fibrosis y calcificación; mal formación congénita; neoplasias.

Causas del quiste por retención.

Esclerosis; litiasis pancreática; carcinoma.

Los quistes pancreáticos por retención generalmente no son de gran tamaño tienen paredes fibrosas y espesas que le dan ciertas características radiológicas. Interiormente están revestido de un epitelio de aspecto variable con células aplastadas o cúbicas o altas y mucíparas.

El papel desempeñado por el obstáculo al desagüe de la secreción pancreática en la producción de los quistes, no está bien aclarado. En la clínica los quistes pancreáticos se originan como consecuencia de la lenta oclusión de los canales excretores que conducen a la dilatación quística del segmento preestenósico. Para que la dilatación quística del conducto pancreático se produzca por encima del obstáculo, es indispensable, que el jugo pancreático no pueda ser absorbido. Es necesario, además del obstáculo ertenosante, una esclerosis de las paredes de los canales excretores que impida la absorción del jugo pancreático. Este obstáculo es con frecuencia consecutivo a una esclerosis pancreática con estrangulación progresiva de los conductos excretores por el tejido conjuntivo retráctil. Este mecanismo ha sido señalado particularmente por Tilger, quien comprobó, en las esclerosis o fibrosis que siguen a las pancreatitis crónicas, que los conductos y los acinos estaban a menudo comprimidos por la proliferación del tejido conjuntivo intersticial. Virehow describió una dilatación difusa de los conductos pancreáticos que la llamó ránula pancreática, la cual, adoptaba una forma

de dilatación en rosario. Klebs describió otras deformaciones de los conductos con el nombre de acné pancreático.

En nuestro caso por tratarse de un paciente viejo, con transgresiones dietéticas y bebedor, con episodios frecuentes de deposiciones abundantes, pastosas o diarreas, se podría pensar en uno de esos casos de pancreatitis crónica por esclerosis o fibrosis difusa comprimiendo los conductos por proliferación de dicho tejido, iniciándose la formación quística al acompañarse de un proceso inflamatorio subagudo del páncreas.

Estadísticas:

Mattson, en 720 mil casos encontró 88 quistes pancreáticos.

Cattell, de 36 casos de quistes pancreáticos encontró:

30 pseudoquistes.

3 por retención.

3 por retención por carcinoma. (Ninguno con vaciamiento espontáneo).

Mattson; encontró 2 quistes por retención con desaparición espontánea.

Payr, describe un quiste pancreático por retención con desaparición espontánea durante tres veces.

Pronóstico:

Generalmente en los casos de quiste pancreático con desaparición, se puede observar la aparición de un nuevo quiste; puede desarrollarse una pancreatitis aguda; también se pueden observar lesiones hepáticas o una colelitiasis, sobre todo cuando la causa del quiste pancreático por retención es la litiasis del páncreas; por último, debido a la insuficiencia pancreática, el paciente puede evolucionar hacia la desnutrición y caquexia.

Exámenes complementarios:

Entre los exámenes complementarios que guían nuestro diagnóstico los referimos especialmente al estudio radiológico. Las radiografías practicadas durante la presencia del tumor epigástrico demuestran un rechazamiento del estómago hacia la izquierda por una tumoración lisa y bien limitada. En una de las placas podemos observar que la tumoración tiene una cápsula gruesa y bien contrastada con las características de los quistes pancreáticos por retención. En el resto del examen radiológico debemos de señalar que la colangiografía oral y endovenosa no demostró bien los canales biliares ni la vesícula. Las radiografías del tórax, abdomen, colon-intestino delgado, pelvis renal, tractu⁶ urinario, etc. fueron todas negativas, tanto durante el período de tumoración como después de la desaparición.

En cuanto a los análisis de laboratorio, los exámenes de rutina fueron prácticamente normales, tanto en el período tumoral como en el icterico, tales como el hemocitograma, serología, coagulabilidad, proteínas, calcio, colesterol, glicemia, etc. Durante *la etapa de la ictericia* encontramos los exámenes positivos que caracterizan a esta afección como: la eritrosedimentación alta (100 mm.) ; aumento de los pigmentos biliares en la orina (+++) ; pruebas hepáticas positivas Hanger (++) , Timol 10 U.; bilirrubina total 19mg/100; disminuida la fosfatasa alcalina (2.2 U. Bod.) y gran aumento de la transaminasa pirúvica (206 U.). Por la poca positividad de las pruebas hepáticas, la gran cantidad de pigmentos biliares en la orina y una alta bilirrubinemia con un gran aumento de la transaminasa pirúvica, pensamos lógicamente que se trataba de un íctero extrahepático determinado por la constricción hepatocanalicular de la escler

osis pancreática que acusaba el paciente.

Durante *la etapa de la tumoración quística*, los exámenes positivos de laboratorio se pueden resumir en los siguientes: en el gastroquimograma hay una hipoclorhidria digestiva; el drenaje biliar muestra exclusión vesicular con discretos signos de infección; en el sondeo duodenal se observa una disminución de la secreción total del páncreas y de los bicarbonatos con el estímulo de prostigmina; la fosfatasa alcalina en este período fue normal; la amilasa sérica en la etapa quística fue notablemente disminuida a 20 U. Soin., durante el período icterico aumentó a 39 U. Som.; también se demostró una curva de perfil glicémico aplanada de tipo diabético. Todos estos hallazgos son sensiblemente los encontrados en los casos de quiste pancreático en el transcurso de una pancreatitis crónica.

IV. —Sumario

Hacemos el resumen de un caso de quiste pancreático por retención con vaciamiento espontáneo. Debido a lo raro de esta forma de evolución y la escasa literatura mundial de este accidente, es que hemos creído de interés hacer una sucinta descripción de este cuadro nosológico, los medios de diagnóstico, clasificación, el concepto actual de patogénesis, pronóstico, etc.

Se manifiesta la poca sintomatología clínica de estos casos y la evolución crónica de una posible pancreatitis, así como su complicación hepática frecuente acompañándose de íctero extrahepático.

El diagnóstico se hace primordialmente radiológico, concomitando con las pruebas pancreáticas de excreción generalmente positivas, aunque también

se describen las formas diabéticas. A veces es necesario emplear las pruebas más sensibles, como en nuestro caso, para demostrar la participación acinosa en la esclerosis del páncreas.

Hacemos destacar en nuestro paciente la evolución icterigena de su enfermedad con estasis biliar, exclusión vesicular y una

discreta infección crónica canalicular que abogan el origen también canalicular de la esclerosis pancreática como posible factor patogénico de estos llamados quistes por retención, éstos son los que se han descrito con posible vaciamiento espontáneo a través del canal de Wirsung.

RESUMEN DE ANALISIS DE LABORATORIO														
HEMOCIT OGRAM 1														
FECH	HEMOGLOBI NA		Hf NATIF	LEUCOCIT OS	MFUTROFIL OS			COSI. NOFILOS	IASOFILO S	LINFOCIT OS	MONOCITO S	RETICULO-LOCIT OS	NO CLA. 'CASO S	
	«	•	%		SEO	STAT.	JUV							
No v. 10	11	7	6.5	11P0	62	0	0	2	0	30	6	0		
HEM TOC RITO: ---- %				ALTERACIONES No										
FICH A	HEMOGLOBI NA		Hf NATIF	LEUCOCIT OS	FECH A	HEMOGLOBIN OS.		HEMATI E	LEUCOCIT OS	FE O	HEMOGLOBIN OS	HCMATICI	NO CLA. 'CASO S	
	Q*	%				U	%	E						
Ma r. 3	14		5.9	91300	Sep 18 64	U		5.2	13000	S P	125	hf.7		100
HEM ATOCRITO: ---- %				ALTE RA	HEMATOCR TO:		ALTE R.		2	HEMATOC RITO: ---- %		ALTE		
FECH	HEMOGLOBI NA		HEMATIE S	NEU-TROFILOS			EOSI-WOFILOS	SASOFIL OS	LINFOCIT OS	MONOCIT OS	RETICULO-LOCIT OS	N CLA. SIFICA		
	9*	%		SCO.	STAB.	JUVI								
Oct 10	12		4.3	1QP00	56	3	0	10	0	28	3	0		
HEM ATOCRITO: ---- %				ALTERACIONES: A										
ERITROSEDIMENTACION							SEROLOGIA							
FECHA		lro. HORA	2do. A INDICE HOR	FECH-			METODO	RESULTADO						
1957		OcJ.	6mn	1964			Lro Khan	Negativo						
Ict.	1964	OcJO	100	Tumor			n C.lipina	TT TT						
PARCIAL DE ORINA														
FECHA	ASPECTO	COLOR	DENSIDA D	REAC N	ALBUMI	ACETON	UROBILU	P. BILIA-	SEDIMENTO					
				GLUCOSA	NA	A	NOGENO	RES	H	L	C	E		
Sep, 9 64		Os.		tío	Tra.			// f			Es,		pía	
observaciones: Caso de Ictero														
COAGULABIUDAD Y SANGRAMIENTO														
FECHA	DUKE	lee-white S	ASRAZES	FECHA	INVESTIGACION	RESULTADO	FECHA	INVESTIGACION	RESULTADO					
	2 m		2.5m	IdJ	Plaquetas	250000	Id.	Res. Glo	MX. 34 1 í.					
PRUEBAS HEPATICAS														
FECHA	MST000	RESULTADO	FECHA	ME TOOO	RESULTADO	FECHA	M E TOOO	RESULTADO						
ftsr	Hanger	0	Id.	Timol	3	Id.	Flocula,	0						
stfc.	"	//	Id,	"	10	Id.	"	/						
28	"	ti	Id.	"	7-5	Id.	"	... y						
15	Ind.Ict.	69	Id.	Bilir.D	8.7	Id.	B. Total	13.9						
24	" "	77	Id.	" "	11.4	Id.	" "	19						
" "	" "	32.3	Id.	" "	3	Id.	" "	5.9						

ICTERO TUMOR NORMAL

ICTERO TUMOR

CONTINUACION DEL RESUMEN DE ANALISIS DE LABORATORIOS

QUIMICA SANGUINEA

FECHA	INVESTIOACION	RE SULTADO	FECHA	INVESTIOACION	RESULTADO	FECHA	INVESTIOACION	RESULTADO
17 Abr.	Serina.		Id.	Globuli.	3.10	Id.	P.Total	6.35
18 Abr.	"	4.20	Id.	"	2.90	Id.	"	7.10
20 Oct.	"	3.50	Id.	"	3.40	Id.	"	6.90
17 Abr.	Amilása	20 U.Som.	3ep. 13	Fosf.Alca.	13 U.Bod.	37 Je	Irans.Pi.	106. U.
17 Abr.	"	49 " "	üct. 27	"	2.2 "	"	"	206 U.
20 I	"	30 " "	"	Bil.Total	3.6 m/j«	23	Calcio S	8.8 m.
27 J	"	8 U.						
1 J	Glicemia	93 m U	Id.	Urea	26 m	Id.	Goleste.	150 m
1 J	"	104	Id.	"	29.5	Id.	"	140
1 Octo	"	113	Id.	"	24.5	Id.	"	212
18	"	116						
28	"	110	Id.	"	29.5			

OTRAS INVESTIGACIONES

FECHA	INVESTIOACION	RESULTADO	FECHA	INVESTIOACION	RESULTADO
Oct 21	Perfil Glicémi,	7 ara 78 m	ISO		
		11 am 156	150		
		5 pm 152	120		s.
		11 pm 83	90		
			60 /		
			30		
			0		
			7'	un 1 Lam	5pm 11pm



Fig 1. Rechazamiento del estómago hacia la izquierda por el quiste pancreático.

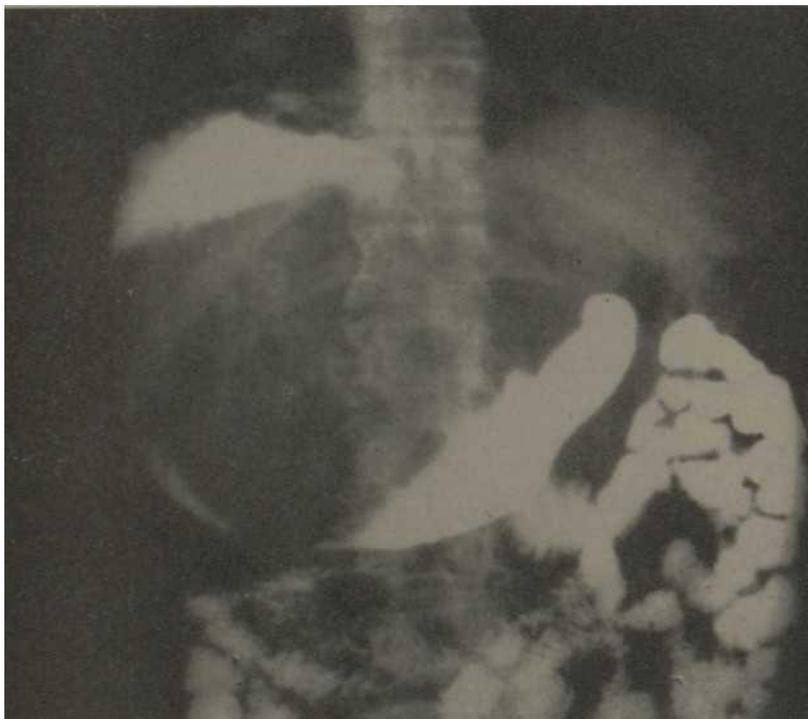


Fig. 2. Visuclización de la pared gruesa y lisa del quiste pancreático.



fig. 3. Se muestra que no hay rechazamiento del colon durante el período de tumoración quística.



Fig. 4. En el momento que ocurre el vaciamiento espontáneo del quiste pancreático, aún se observa una ligera falta de lleno del estómago.



Fig. 5. El estómago recupera su forma y posición normal después del vaciamiento espontáneo del quiste pancreático.

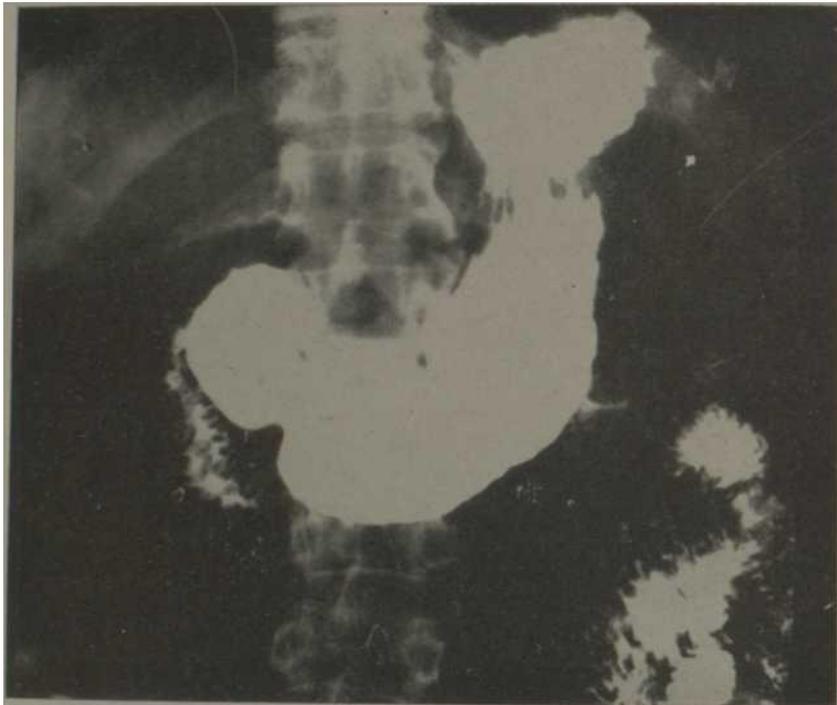


fig. 6. Durante el período icterico del paciente, después del vaciamiento del quiste pancreático, las radiografías del estómago son normales.



Fig. 7. Vis-a oblicua del estómago normal durante el período icterico del paciente, después del vaciamiento espontáneo del quiste pancreático.

BIBLIOGRAFIA

1. —*tiocus, Henry* Gastro-enterology. Vol. III. Ed. Saunders Co. Filadelfia, 1943.
2. —*Cattell, Richard B. Warren, Kenneth W.*: Surgery of the Pancreas. Ed. Saunders Co. Filadelfia, 1953.
3. —*Cernich, I. R.*: Pseudo-cysts of the Pancreas. Se. Med. B. Aires; 117: 18714. 8 Dio. 1960.
4. —*Esteban Gil, M.*: Cyst of the Pancreas. Rev. Esp. Enf. Apar. Dig. 21: 327-34. Feb., 1962.
5. —*Fraisse, H.*: Traumatic Pseudocyst of the Pancreas. J. Med. Lyon; 43: 371-84. Marzo 5, 1962.
6. —*Gravarlo, Luis*: Enfermedades del Páncreas. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1941.
7. —*Hanna, H. A.*: Rupture of Pancreatic Cyst. Brit. J. Surg.; 47: 495-8. Marzo, 1960.
8. —*García Moran, J.*: Surgical criteria in cystic and pseudo-cystic formations of the pancreas. Re. Clin. Esp.; 79: 421-4. Dic. 31, 1960.
9. —*Gamero, Orellana A.*: Pseudo-cysts of the Pancreas Clinical and Surgery Considerations Arch. Col. Med. El Salvador; 1: 25.32. Mar., 1961.
10. —*Lastra, José S.*: Pseudoquistes del Páncreas. Rev. Cubana de Castro. Tomo I/; No. 1; p. 16. Enero-Marzo, 1954.
11. —*MiUinés, F. et al.*: Valor diagnóstico de la estimación cuantitativa de IO₃ fermentos pancreáticos. Rev. Cubana Gastr. Tomo II; No. 1; p. 3. Enero-Mrrzo, 1953.
12. —*Nelp, W. P.*: Internal Drainage of Acute Pseudocyst of the Pancreas. J.A.M.A. 172: 495-8. Mar. 5-1960.
13. —*Rosato, Fe*: Pancreatic Cysts and Pseudo-cysts. Arch. Surg. (Chicago); 86: 551-6. Abril, 1963.
14. —*Rodríguez de la Vega*: Trastornos Funcionales del Páncreas. Rev. Cubana de Gastro. Vol. VII; No. 3. o. 313. Julio-Septiembre, 1957. .
15. —*Thomas, Earl J.*: The External Secretion of the Pancreas. Ed. C. C. Thomas. Springfield, USA. 1952.
16. —*Babkin, B. P.*: Secretory Mechanism of the Digestive Glands. Ed. Hoeber. New York, 1950.