

SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES PANCREÁTICOS

Dres. J. PI FIGUERAS y V. ARTIGAS

EXISTEN dos tipos de formaciones quísticas del páncreas: quistes verdaderos y quistes falsos o pseudoquistes. Aunque su origen sea distinto, la sintomatología que presentan todos ellos es muy parecida.

Los falsos quistes del páncreas pueden dividirse también en dos grupos: a) los que son secuela de una hemorragia pancreática de origen traumático; b) los que deben su formación a una pancreatitis necrohemorrágica en cualquiera de sus formas. Son en todo caso resultado de la fusión de zonas de glándula pancreática y el mecanismo de esta necrosis, generalmente acompañada de hemorragia, se confunde con el que provoca la pancreatitis aguda.

En contra de lo que se había creído, los quistes verdaderos no consisten en dilataciones del canal de Wirsung por retención, sino que se trata de verdaderas neoplasias, generalmente del tipo del cistoadenoma y excepcionalmente del cistopitelioma. Existen además, algunos quistes para los que se puede argüir un origen embriionario; se trataría de disembrionomas más que de un adenoma quístico.

Los cuatro casos que presentamos corresponden a estos distintos tipos de quiste pancreático; uno de ellos es un quiste hemorrágico de etiología traumática, dos son falsos quistes necróticos, secuelas de la pancreatitis aguda necrohemorrágica, y el último es un verdadero del tipo del cistoadenoma.

Histológicamente no se pueden distinguir los falsos quistes de origen traumático de los necróticos; en ambos se encuentra una bolsa sin paredes propias formada por restos de tejido pancreático seminecrosado, que con tejido fibroso forman la falsa pared quística unida a la glándula. Esta bolsa quística contiene líquido de aspecto variable, desde un color parecido al de la orina, hasta un tono achocolatado o rojo vinoso debido a la presencia de sangre. Asimismo contiene a veces coágulos de formación reciente o antigua. En todos los casos se encuentran en el líquido fermentos pancreáticos en cantidades y proporciones variables; rara vez se pueden identificar los tres fermentos, pero constantemente uno de ellos por lo menos.

De nuestros casos, el falso quiste traumático contenía los tres fermentos; de los dos quistes necróticos, uno tan sólo presentaba lipasa y el otro no presentaba fermentos en cantidad importante. El líquido contenido en el quiste traumático era de aspecto serohemático y contenía coágulos; en los dos falsos quistes necróticos, uno era serohemático y el otro opalino ligeramente amarillento y siruposo. Ambos contenían restos de glándula pancreática necrosada.

Los quistes verdaderos uni o multiloculares contienen líquido de color parduzco o de aspecto de orina en cantidad generalmente abundante que puede llegar hasta seis u ocho litros y aun más. En él se encuentran fermentos pancreáticos. Las paredes de los quistes verdaderos están constituidas por tejido fibroso entre cuyas mallas circulan gran cantidad de vasos y cuya superficie interna está en parte o totalmente revestida de un epitelio cilíndrico, que a veces se aplanan y hasta desaparece parcialmente; puede incluso faltar por completo en los quistes de larga evolución. Se trata de un cistoadenoma del páncreas.

Aunque no es posible negar categóricamente la idea de una dilatación quística del canal de Wirsung de origen congénito, o provocada por la oclusión calculosa del mismo, la experimentación y el detenido estudio histológico han demostrado que en realidad se trata de una tumoración quística de naturaleza neoplásica, benigna casi siempre, si bien alguna vez puede presentar caracteres de malignidad. Según Hartman, Ruck, etc., esta neoplasia se desarrolla a expensas del epitelio canalicular. En nuestro caso se trataba de un cistoadenoma que contenía líquido amarillento transparente en el que se aislaron en cantidades importantes los tres fermentos del jugo pancreático.

Presentan los quistes pancreáticos la posibilidad de rotura en la cavidad peritoneal, con inmediata desaparición de su sintomatología, sin que ello provoque alteraciones de importancia. Existen casos bien estudiados de esta brusca desaparición de la tumoración, como el de Charbonel, el de Brechot y uno nuestro que describimos en este trabajo.

Síntomas físicos de los quistes del páncreas (falsos o verdaderos)

El principal es la presencia de una tumoración abdominal perfectamente apreciable a la palpación y aun muchas veces a la inspección; está situada, por lo general, en la región preumbilical, predominantemente a la izquierda; sus dimensiones son variables, pero casi siempre adquieren un tamaño importante. La tumoración no suele alcanzar el borde costal y no sigue los movimientos respiratorios. Por encima y por debajo del quiste, se encuentra una zona timpánica y clara que corresponde respectivamente a estómago y colon (fig. 1); esta topografía se encuentra a veces enmascarada por existir delante del quiste parte del propio estómago, dando lugar a que se encuentre percusión sonora en la región quística precisamente. En algún caso el quiste está situado entre el estómago y el hígado, haciendo prominencia por detrás del epiplon gastrohepático (fig. 2); en estos casos la macidez del quiste alcanza el borde costal derecho y se confunde con la hepática. Por fin, más raramente es posible que el quiste haga prominencia por debajo del colon transverso, encontrándose una zona timpánica infraumbilical y la matidez quística infraumbilical (fig. 3).

La tumoración suele ser renitente, dando la sensación de contenido líquido;

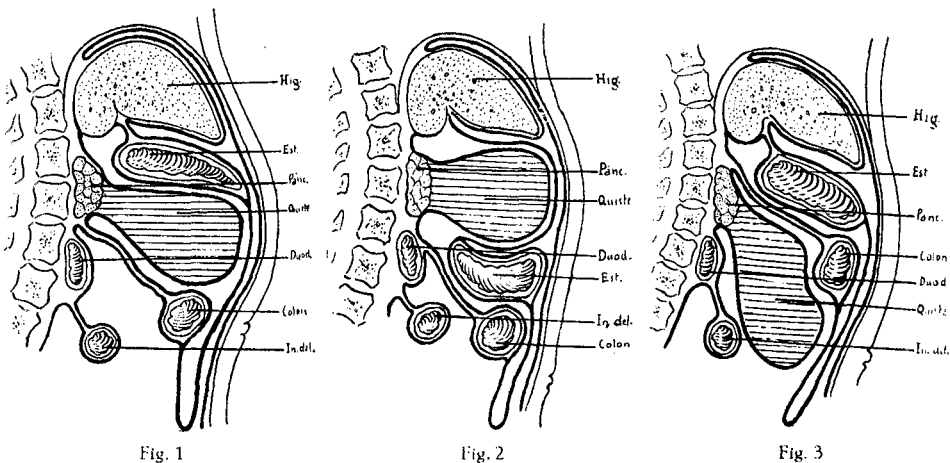


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

en algunos casos la tensión del líquido es tan elevada, que la palpación no permite distinguirla de una tumoración sólida.

Los límites de la tumoración son lisos y presentan una forma más o menos redondeada. Por lo general, el quiste es poco o nada móvil; en los verdaderos de la cola del páncreas, la movilidad existe y en ellos se aprecia peloteo y contacto lumbar.

La presión sobre la tumoración es indolora. De nuestros casos, uno presentaba la localización típica, encontrándose la tumoración en epigastrio y vacío izquierdo entre las dos zonas claras correspondientes a estómago y colon. Dos presentaban una tumoración que se continuaba con la matidez hepática; en el cuarto existía por delante de la tumoración la zona gástrica. En ninguno de nuestros casos la tumoración era móvil; en uno de ellos (quiste verdadero) existía peloteo y contacto lumbar. La palpación fué en todos indolora; el contorno, liso y redondeado; el tamaño aproximado en todos ellos era el de una cabeza de feto.

Signos funcionales

El dolor espontáneo es frecuente; se localiza en el hemiabdomen superior y especialmente en el epigastrio. Si bien puede ser sordo y continuo, suele presentarse por crisis a veces intensísimas que pueden llegar a provocar el síncope; no guarda relación con la ingesta; se interpreta como neuralgia del plexo celíaco.

Las alteraciones de las secreciones interna y externa del páncreas son escasas y carecen de valor diagnóstico; es rarísimo encontrar glucosuria. Los trastornos digestivos son vagos y comunes a múltiples afecciones gástricas, duodenales y pancreáticas.

El adelgazamiento es rápido, progresivo e intenso.

En nuestros casos el dolor se presentó siempre en forma paroxística, si bien en uno de ellos se estableció de una manera continua (signo de perivisceritis comprobada a la intervención); la zona dolorosa se situaba en región epigástrica y supraumbilical; en un caso no existía irradiación alguna; en otro el dolor se irradiaba al hipocondrio izquierdo y hombro del mismo lado; en los dos restantes el dolor era análogo al del cólico hepático con irradiación al hombro derecho.

La pérdida de peso se registró en nuestros cuatro enfermos, siendo notable en dos de ellos, en los que alcanzó respectivamente diez y veinte kilogramos en un mes.

Finalmente debemos referirnos a un síntoma que hemos mencionado ya a propósito de las particularidades de los quistes verdaderos: se trata de la desaparición brusca de las tumoraciones, sin que ningún otro síntoma haga sospechar alteración tan importante. Ha ocurrido entonces la ruptura del quiste con evacuación de su contenido en la cavidad peritoneal. Este fenómeno se observó la víspera de intervenir nuestro caso de quiste verdadero, comprobándose su ruptura en la intervención.

La evolución del quiste pancreático es lenta, altera poco el estado general del paciente durante un largo periodo de tiempo, hasta que se presentan fenómenos de orden general, tales como adelgazamiento y en algún caso diabetes. En los falsos quistes necrohemorrágicos son las crisis de pancreatitis las que se sobreañadirán a su evolución lenta, siendo su intensidad y frecuencia las que deciden la intervención. Otras complicaciones, tales como la hemorragia, oclusión intestinal, degeneración maligna, son posibles, pero no frecuentes.

En el diagnóstico de quiste del páncreas el examen clínico sólo nos permite concluir la presencia de una tumoración quística retroperitoneal, lo que no es suficiente para calificarla de pancreática con seguridad; ello sólo será posible, y aun no siempre, en el acto operatorio cuando podamos observar sus relaciones con el páncreas y sobre todo si el examen histológico de la pared quística demuestra la presencia de acinis pancreáticos, y el análisis del líquido contenido en el quiste revela la existencia de fermentos pancreáticos. No obstante ser relativamente fácil el diagnóstico de tumor quístico retroperitoneal, débese pensar siempre en eliminar especialmente la posibilidad de tumoraciones yuxtapancreáticas, tumoraciones malignas retromesentéricas, quistes del mesenterio y tumoraciones renales o hidronefrosis, con los que es fácil la confusión, especialmente si existe contacto lumbar y peloteo.

A partir de los síntomas característicos de estas lesiones, la historia del enfermo, la localización y buena exploración en las posiciones: horizontal, vertical y de Trendelenburg, permitirán eliminar muchas de las dudas; contribuyen asimismo eficazmente a ello la insuflación del estómago y del transverso para establecer las relaciones topográficas de la tumoración.

El examen radiológico proporciona imágenes de caracteres generalmente típicos; tales son la pseudobiloculación gástrica, la falsa imagen lacunar en estómago y marco duodenal. Estos signos son típicos de una tumoración retroperitoneal situada en la zona pancreática y eliminan prácticamente los demás diagnósticos posibles, siendo el error excepcional.

El diagnóstico de la variedad de quiste puede derivarse a veces de la anamnesis del enfermo: antecedentes traumáticos acompañados de anemia aguda; crisis de pancreatitis; evolución asintomática, pero en definitiva, es en el momento operatorio, ante el contenido del quiste y el aspecto de sus paredes y de la glándula, cuando se puede establecer definitivamente, la mayoría de las veces, el diagnóstico preciso de quiste del páncreas así como con bastante exactitud el de su variedad; el examen histológico de la pared gástrica y de la misma glándula, cuando es posible, completarán nuestra orientación.

Casos observados

Caso 1.º A. P. 16 años. Nota la aparición de un tumor redondeado de paredes lisas en epigastrio al mes y medio de haber sufrido un traumatismo en dicha región. La exploración demuestra que la tumoración está situada por detrás del estómago. Intervención (Dr. Corachán): Tumor epigástrico del tamaño de una naranja situado debajo del epiplón gastrohepático; por punción se obtiene un líquido serohemático. Marsupialización del quiste. El líquido contiene los tres fermentos pancreáticos.

Diagnóstico: Falso quiste pancreático. Fístula pancreática postoperatoria. Reintervenido al cabo de un año se libera el trayecto fistuloso en forma de tubo y se implanta en el antro pilórico. Curación.

Caso 2.º J. R. 57 años. Lúes tratada en su juventud. Infección intestinal a los 31 años.

Hace un año crisis intensa de dolor en la región periumbilical de corta duración; posteriormente ha sufrido seis crisis más, las últimas localizadas en hipocondrio derecho e irradiadas a la espalda han sido intensísimas y se han acompañado de vómitos.

Exploración radiológica: Marco duodenal abierto y fijo en la región vesicular. Estómago con retención a las 24 horas. Después de la última crisis aparece una tumoración por debajo del borde hepático, entre éste y la zona timpánica gástrica, del tamaño de una cabeza de feto, mate a la percusión, de forma redondeada y de bordes lisos.

Intervención (Dr. CORACHÁN): Incisión pararectal interna derecha. Estómago desplazado hacia delante por una tumoración retroperitoneal que hace cuerpo con el páncreas y es fluctuante; para explorarla se abre la transcavidad de los epiplones. Por punción sale líquido serohemático en cantidad de 600 c. c. Una vez abierto el quiste, en su fondo se encuentra la glándula pancreática. Marsupialización. Al examen histológico la pared quística está constituida por tejido fibroso y junto a ella zonas de degeneración necrohemorrágica del páncreas a consecuencia de pancreatitis aguda. Diagnóstico: Quiste necrótico del páncreas.

Caso 3.º J. R. De 58 años. Hace 15 años fué operada de una tumoración uterina. Desde hace tres meses sufre crisis de dolor en epigastrio y zona periumbilical sobre todo en posición vertical. Ha perdido el apetito, adelgazamiento intenso (la mitad de su peso en las tres últimas semanas, 20 Kg.).

Por exploración se observa el vientre excavado con una ligera prominencia central. Por palpación: tumoración localizada en la región supraumbilical que ocupa parte del hipocondrio derecho y del epigastrio, de consistencia dura, lisa y mate a la percusión profunda. Zonas claras y timpánicas por debajo de la tumoración y en su parte superior izquierda correspondientes a colon y estómago; la percusión superficial de la tumoración es timpánica por encontrarse estómago interpuesto entre ella y la pared. No existe dolor a la presión. Por la exploración física diagnosticamos una tumoración retroperitoneal.

Rayos X.—Intestino grueso normal; estómago y duodeno desplazados hacia la izquierda sin presencia de lesión intrínseca. Exploración urológica, normal.

Intervención (Dr. PI-FIGUERAS). Laparotomía media supraumbilical. Hígado de aspecto normal. La tumoración está situada detrás del peritoneo de la retrocavidad de los epiplones, en región pancreática. Despegamiento coleoepiploico y punción de la tumoración que es renitente saliendo líquido opalino amarillento y siruposo; se extraen 500 c. c. de líquido. La exploración de la cavidad demuestra que hace cuerpo con el páncreas que constituye su fondo. Marsupialización. Curso normal. Al cabo de un mes queda una pequeña fistula que se cierra lentamente. Curación.

En el líquido del quiste se encuentra sólo lipasa; el examen histológico de la pared demuestra la existencia de focos necrohemorrágicos entre los restos de acinis pancreáticos medio destruidos. No existe pared propia del quiste. Diagnóstico: Quiste necrótico del páncreas.

Caso 4.º J. P. De 29 años. Hace tres meses sufrió una crisis de dolor intenso en epigastrio e hipocondrio izquierdo de unas cinco horas de duración, acompañada de vómitos y fiebre, sin ictericia. Repite la crisis a los tres días; durante los ocho días siguientes sufre tres crisis más; reposo en cama durante un mes y entonces nota la aparición de una tumoración en epigastrio e hipocondrio izquierdo ligeramente dolorosa, con irradiación a región lumbar; esta tumoración va aumentando lentamente de volumen. Al cabo de tres meses crisis de dolor igual que las anteriores, irradiándose el dolor a hombro y escápula izquierdos que dura tres días. Ha perdido diez kilos de peso en tres meses.

Exploración. Enferma emaciada. Dolor a la presión en el epigastrio. Tumoración del tamaño de una cabeza de feto, dolorosa, lisa, ligeramente fluctuante, que ocupa parte del hipocondrio y vacío izquierdos. Glucosuria negativa y glucemia normal.

Intervención (Dr. PI-FIGUERAS).

Al preparar el campo operatorio en el quirófano, notamos que la tumoración apreciada hasta la víspera ha desaparecido. Laparotomía media. En la cavidad peritoneal se encuentra abundante cantidad de líquido de color amarillento, transparente, que es aspirado. Se descubre un orificio por donde fluye líquido; una vez explorado se ve que corresponde a la pared de un quiste retroperitoneal que se ha perforado en peritoneo libre; el quiste ocupa toda la retrocavidad de los epiplones. Se marsupializa el quiste a través del epiplón mayor entre estómago y colon transversal.

El examen histológico de la pared del quiste demuestra la existencia de un cistoadenoma de epitelio cilíndrico de aspecto benigno; la capa epitelial es incompleta y muy alterada; por fuera de la misma existe una capa de tejido conjuntivo poco infiltrado y muy vascularizado. El líquido del quiste contiene gran cantidad de los tres fermentos pancreáticos.

Se establece una fistula por la que fluye jugo pancreático. A los tres meses se interviene: disección del trayecto y abocamiento del mismo al estómago en la cara anterior del antro pilórico. La enferma sigue un curso normal y engorda lentamente. Durante los cinco años que han seguido a la intervención la enferma ha sufrido algunas crisis de dolor en el hemiabdomen superior sin localización precisa.

A los rayos X no se observa la imagen de la fistula que claramente se veía en los primeros meses después de la intervención; duodeno normal.

Como se desprende de las historias anteriores, el tratamiento seguido en todos los casos, ha sido el único recomendable y practicado por la mayoría de los autores: la marsupialización del quiste a través del epiplón mayor o menor, o bien procediendo en algún caso al despegamiento coloepiploico primeramente; la técnica a seguir dependerá de la localización del quiste y de las condiciones particulares que ofrezca cada caso. Por el hecho de no tener el quiste pared propia, creemos peligrosa y generalmente imposible la extirpación del quiste ya que por no existir un plano de despegamiento quedará una herida extensa en plena glándula pancreática con todas las graves consecuencias que puede acarrear. Solamente, y con carácter excepcional en los quistes verdaderos pediculados situados en la cola del páncreas será posible la exéresis.

Una complicación frecuente de este tratamiento es la formación de una fistula pancreática permanente al no cerrarse por completo el trayecto residual de la marsupialización del quiste. Por dicha fistula fluye líquido, en su mayor parte jugo pancreático; si bien puede ser que no contenga los tres fermentos y que carezca de acción digestiva sobre la piel, la mayor parte de las veces el aspecto de ésta es el que presenta en las fistulas de la porción alta del intestino delgado: dermatitis erosiva por la digestión pancreática. Somos escépticos respecto al tratamiento médico de estas fistulas, que en el mejor de los casos será tan sólo paliativo; por ejemplo la atropina, si bien tiene una acción inhibitoria sobre la secreción pancreática, es inconstante e insuficiente.

Los síntomas de insuficiencia pancreática interna o externa son excepcionales y es raro encontrar una fistula pancreática coincidiendo con una diabetes grave o con trastornos digestivos importantes. Las alteraciones que provoca, cuando existen, quedan reducidas a ligeras alteraciones digestivas, a una glucosuria leve y pasajera y con más frecuencia a un notable adelgazamiento bien tolerado.

Es la dermatitis erosiva y la molestia que representa la existencia de la fistula lo que nos obliga a ser intervencionistas en estos casos, tanto más, cuando los resultados obtenidos en los dos casos expuestos fueron excelentes. De las intervenciones propuestas, creemos que la única que cumple su cometido es el abocamiento del trayecto fistuloso al tubo digestivo y de él como lugar más apropiado al antro pilórico. Los casos descritos por nosotros seguidos de éxito apoyan este criterio. Si el mal estado de la piel o el excesivo adelgazamiento no lo impiden, es preferible esperar dos o tres meses de la primera intervención para realizar la fistulogastrostomía. Consideramos las ventajas de este método bien patentes, y en cambio creemos muy difícil o imposible extirpar por completo el trayecto fistuloso como han propuesto Mayo Robson y Berard, pues por carecer de pared propia, la resección de la fistula resulta peligrosa y casi siempre insuficiente.

Conclusiones

1.º En el diagnóstico de los quistes del páncreas, sean falsos o verdaderos, tienen un valor primordial los síntomas que proporciona el examen físico, siendo muy secundarios los síntomas de orden funcional, de los cuales tan sólo suelen resaltar las crisis dolorosas y el enflaquecimiento pronunciado.

2.º El examen radiológico de los quistes del páncreas demuestra la mayoría de las veces una falsa imagen lacunar, una falsa biloculación gástrica, o una ampliación del marco duodenal.

3.º La anamnesis del enfermo puede orientar sobre el tipo de quiste, debiéndose investigar si ha sufrido traumatismos o crisis atribuibles a una pancreatitis. Muchas veces el diagnóstico no se establecerá más que en la intervención y en algunas ocasiones tan sólo por el examen histológico.

4.º La intervención quirúrgica consiste en la marsupialización del quiste y sólo rara vez, cuando se trata de un quiste pediculado de la cola del páncreas, será posible practicar su exéresis.

5.º En los casos en que queda como secuela una fistula pancreática permanente débese intervenir de nuevo para abocar el trayecto fistuloso al estómago o excepcionalmente al intestino delgado.