

Abdomen agudo secundario a quiste hidatídico pancreático*

S. Sanjuán Rodríguez¹, J.M. Morán Penco², P. Rincón Rodera³, G. González Díez³

¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Cátedra de Cirugía General y Cirugía Pediátrica. Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura, Badajoz, ³Sección de Radiología Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil, Badajoz.

RESUMEN: La hidatidosis es una zoonosis frecuente en España; sin embargo, la localización única en páncreas y su aparición como abdomen agudo es excepcional.

Presentamos un varón de 14 años de edad, con historia de dolor abdominal y febrícula de 1 mes de evolución. En el hemograma se observa una eosinofilia y en la ecografía se comprueba la existencia de una masa anecoica en cola de páncreas, además de líquido libre. Durante la intervención, se comprueba la existencia de un quiste hidatídico (QH) roto, con reacción inflamatoria de los tejidos de alrededor, que posteriormente hizo un pseudoquiste pancreático como consecuencia de una fistula pancreática.

Se analizan las diferentes formas de presentación clínica de los QH pancreáticos, así como las complicaciones originadas por su localización.

PALABRAS CLAVE: Quiste hidatídico; Páncreas; Niños; Pseudoquiste de páncreas.

ACUTE SECONDARY ABDOMEN TO PANCREATIC HYDATID CYST

ABSTRACT: The hydatidosis is a frequent zoonosis in Spain, but isolated location in pancreas and their onset as acute abdomen is exceptional.

We present a boy 14 years old, with abdominal pain and low-grade fever since 1 month. Hemogram shows eosinophilia, and echography an anechoic mass in tail of pancreas beside of free peritoneal liquid. At surgery procedure: a broken hydatid cyst is verified, surrounded of tissues inflammatory reaction that evolved to pancreatic fistula.

The different forms from clinical presentation of the pancreatic hydatid cyst, as well as the complications related to their location are analyzed.

KEY WORDS: Hydatid cyst; Pancreas; Children; Pancreatic pseudocyst.

Correspondencia: Dr. Santiago Sanjuán Rodríguez. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. C/ La Violeta s/n, 06010 Badajoz.

*Este trabajo no ha sido presentado en ningún Congreso, Simposium o Reunión.

Recibido: Enero 2004

Aceptado: Febrero 2004

INTRODUCCIÓN

Aunque la hidatidosis está disminuyendo en nuestro medio, sin embargo, continúa siendo un problema sanitario⁽¹⁻⁶⁾. Los quistes hidatídicos (QH) se localizan preferentemente en hígado y pulmón, y con menor frecuencia en riñón, bazo, etc.; sin embargo, los QH pancreáticos primarios son excepcionales. Según Arikan et al.⁽⁴⁾ sólo existen publicados 5 casos en la bibliografía de habla inglesa. El hecho de que sea poco frecuente su forma de presentación como abdomen agudo y que hiciera como complicación como pseudoquiste pancreático, creemos justificada su aportación.

CASO CLÍNICO

Varón de 14 años de edad, que desde un 1 mes antes del ingreso presenta dolor abdominal difuso, intermitente, de intensidad moderada, que se acompaña de febrícula.

Contacto habitual con perros. Exploración: abdomen doloroso a la palpación, con defensa muscular leve generalizada, palpándose una masa dolorosa por fuera del músculo recto anterior izquierdo.

Ht°, Hb: normal. Hemograma: 23% eosinófilos. VSG y bioquímica general: normales. Proteína sérica IgE: 217 UI/ml (0-120) y serología hidatidosis IHA: 1/6.400, obtenidas varios días después de la intervención.

Rx tórax y abdomen normales. En la ecografía de abdomen se observa masa quística situada en cola pancreática, de unos 7 x 6 cm, bien definida, tabicada; se comprueba abundante líquido libre entre asas (Fig. 1).

Con el diagnóstico de abdomen agudo secundario a posible pseudoquiste o QH pancreático, se realiza laparotomía, observándose abundante líquido libre seroso, presencia en estómago de signos de inflamación, así como transcavidad de los epiplones. En cola de páncreas se palpa una tumoración de consistencia blanda, se protege el campo con compresas de suero hipertónico y se practica punción-aspiración del líquido,

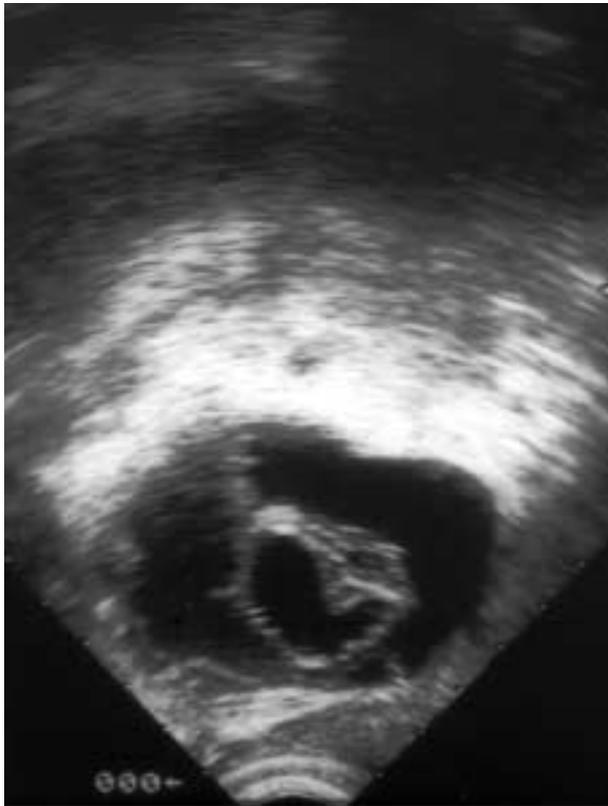


Figura 1. Ecografía de abdomen: lesión anecoica de bordes irregulares, en cuyo interior se observa una imagen redondeada de ecogenicidad ecogénica y anecoica, sugestiva de membrana hidatídica.

confirmando la existencia de un QH roto, extirpación de la membrana quística y resección parcial de la membrana periquística. Limpieza de la cavidad quística con suero hipertónico, no se observa ninguna fístula y se realiza capitonaje de sus paredes, colocando Penrose en lecho del quiste. Cultivo exudado peritoneal: negativo. Estudio A-P: quiste hidatídico.

Evolución favorable, siendo dado de alta al 7º día postintervención, iniciando tratamiento con albendazol.

Se practica nueva ecografía a los 10 días postintervención y se observa una colección anecoica, pequeña, compatible con sangre, justo en la ubicación del lecho quístico. A los 3 meses se realiza una ecografía, observando una colección anecoica a nivel del lecho quístico de 6,2 x 4,6 cm. Amilasa en sangre y orina normales. Clínicamente asintomático.

A los 6 meses postintervención, en la TAC se comprueba una masa única, anecoica, de 8 x 6,5 cm (Fig. 2); amilasa en sangre y orina normales, asintomático; con el diagnóstico de pseudoquiste de páncreas se realiza laparotomía, realizando punción-aspiración de líquido incoloro, transparente; se revisa el interior de la cavidad, no observando ningún resto de membrana, y tampoco se observa ninguna fístula; no obstante, se procede a la colocación de un catéter multiperforado. Determinación de amilasa en líquido del quiste: > 12.000 U/l.

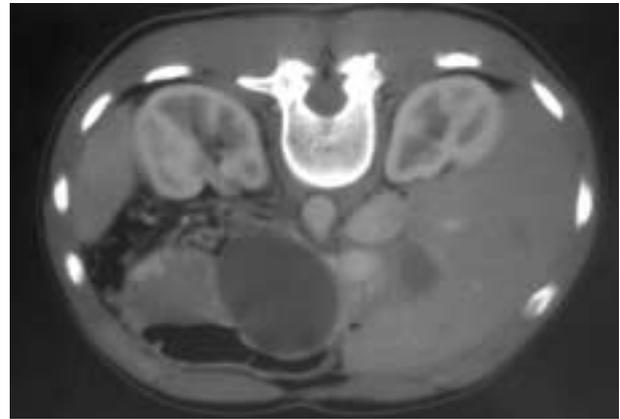


Figura 2. TAC de abdomen: imagen hipodensa, bien delimitada, que no presenta ningún realce con el contraste, retrogástrica y en cola de páncreas.

A pesar de no haber observado ninguna fístula pancreática, el paciente es sometido a octreótida, Sandostatin® y nutrición parenteral durante 1 semana, seguida de nutrición enteral durante 7 días. El catéter estuvo drenando durante la primera semana una media de 160-240 ml/día, con una concentración de amilasa > 16.000 U/l; a través del catéter se realiza fistulografía, observando paso de contraste desde la cavidad quística hasta el conducto de Wirsung y de Santorini. Posteriormente, se observa una disminución progresiva del líquido, retirando el catéter a los 14 días, después de comprobar que no drena tras dieta oral pobre en grasas. Alta a los 21 días de la intervención. Evolución favorable inmediata y tardía tras 5 años postintervención.

DISCUSIÓN

En la literatura médica inglesa reciente se afirma que sólo se han encontrado 5 casos publicados; sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada hemos observado 2 casos nacionales^(1,2) y otro publicado por Carcasonne et al.⁽⁵⁾

Los QH pancreáticos suelen ser únicos y sus formas de presentación son muy variadas, dependiendo principalmente del tamaño y de su localización. La forma más frecuente de presentación es el hallazgo casual de una masa, asintomática, localizada a nivel de epigastrio^(1,2). Pero según su localización pueden presentar características específicas: los QH situados en cuerpo y cola también pueden originar anorexia y pérdida de peso, dolor abdominal, pudiendo simular una pancreatitis e hipertensión portal^(2-4,7), mientras que los QH situados en la cabeza pueden originar ictericia obstructiva, estenosis duodenal y compresión del conducto de Wirsung y de Santorini^(4-6,8).

Excepcionalmente, los QH pueden originar complicaciones agudas^(3,7,9-11): perforación espontánea o traumática en la cavidad peritoneal, originando un abdomen agudo e

incluso shock anafiláctico; el quiste puede romperse y evacuar a través del conducto pancreático; rotura en la cavidad gastrointestinal originando un absceso del quiste; rotura dentro del árbol biliar y compresión extrínseca del colédoco en su porción intrapancreática, originando un proceso obstructivo.

En nuestro caso, creemos que debido al tamaño del quiste, éste debía tener varios años de evolución y, bien de una manera espontánea o secundaria a un traumatismo, se produjo una rotura mínima que provocó febrícula, dolor abdominal y líquido libre intraabdominal; además, durante la intervención se comprobó cómo las paredes del estómago y de la transcavidad de los epiplones presentaban signos de inflamación. Es de destacar que, a pesar de la fuga del líquido hidatídico, el paciente no presentara ninguna reacción dérmica alérgica ni shock anafiláctico.

La mayoría de los autores coinciden en que la ecografía^(1,2,9-11) es el método diagnóstico de elección, observando una masa quística única, pero a veces podemos observar una masa multilobulada o una imagen quística con una membrana ondulante, como en nuestro paciente; durante la exploración es obligatorio comprobar si existe dilatación del colédoco y del conducto pancreático con el fin de descartar un proceso obstructivo. En caso de duda diagnóstica, también se utiliza la TAC y la RNM⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Actualmente, a pesar de todos los medios diagnósticos disponibles, no existe una prueba con una fiabilidad total con objeto de obtener un diagnóstico preintervención exacto, lo cual puede originar errores diagnósticos graves⁽⁹⁾.

Si bien todos los autores están de acuerdo que el tratamiento debe ser quirúrgico, no existe unanimidad con respecto al tratamiento utilizado. La resección completa del quiste es el tratamiento de elección; sin embargo, a veces no es posible debido a que el quiste está próximo a estructuras vitales, por lo que generalmente se realiza una punción-aspiración y quisto-periquistectomía parcial, siendo esta técnica la utilizada por nosotros.

Entre las múltiples complicaciones que pueden aparecer, una de las más frecuentes es la existencia de una fístula pancreática^(3,5). En nuestro paciente, a pesar de que durante la primera intervención intentáramos ver la existencia de una posible fístula, ésta no fue confirmada, originando posteriormente un pseudoquiste pancreático.

Es de destacar que antes de la segunda intervención, pensábamos en la posibilidad de la existencia de una fístula; sin embargo, ésta no pudo comprobarse a pesar de hacer una revisión meticulosa; es posible que inmediatamente después de la extirpación de la membrana y plegarse las paredes, sea muy difícil de descubrir debido al tamaño del orificio, al aspecto de inflamación de la membrana periquística o a que la secreción pancreática no sea continua.

Como conclusión, consideramos que a pesar de que el quiste estaba roto, con existencia de líquido libre peritoneal y de que han pasado más de 5 años desde la primera intervención, no hemos observado la aparición de ningún nuevo quiste, posiblemente debido al tratamiento con albendazol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez J, Arroyo I, Pitarch V. Quiste hidatídico pancreático. *Cir Ped* 1992;**5**:46-47.
2. Diaz C, Alonso MJ, Solis G, et al. Quiste hidatídico pancreático primitivo y enanismo primordial familiar. *An Esp Pediatr* 1990;**32**:534-537.
3. Koyluoglu G, Oztoprak I. Unusual presentation of pancreatic hydatid cyst in a child. *Pancreas* 2002;**24**:410-411.
4. Arikan A, Sayan A, Eriki VS. Hydatid cyst of the pancreas: a case report with 5 years' follow-up. *Pediatr Surg Int* 1999;**15**:579-581.
5. Carcassonne M, Monfort G, Bensoussan A. Kyste hydatique de la tete du pancreas. *Ann Chir Infant* 1972;**13**:431-436.
6. Erdener A, Sahin AH, Özcan C. Primary pancreatic hydatid disease in a child: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 1999;**34**:491-492.
7. Brown RA, Millar AJW, Steiner Z, et al. Hydatid cyst of the pancreas. A case report in a child. *Eur J Pediatr Surg* 1995;**5**:121-124.
8. Barrera MC, Villanua J, Barrera JF, et al. Pancreatic hydatid disease. *Pediatr Radiol* 1995;**25**:169-170.
9. Lemmer ER, Krige JEJ, Price SK, et al. Hydatid cyst in the head of the pancreas with obstructive jaundice. *J Clin Gastroenterol* 1995;**20**:136-138.
10. Cosme A, Orive V, Ojeda E, et al. Hydatid cyst of the head of the pancreas with spontaneous fistula to the duodenum. *Am J Gastroenterol* 1987;**82**:1311-13.
11. Nabi G, Sultan M, Zargar SA, et al. Case report: percutaneous drainage of the pancreatic head hydatid cyst with obstructive jaundice. *J Gastroenterol Hepatol* 1999;**14**:931-934.