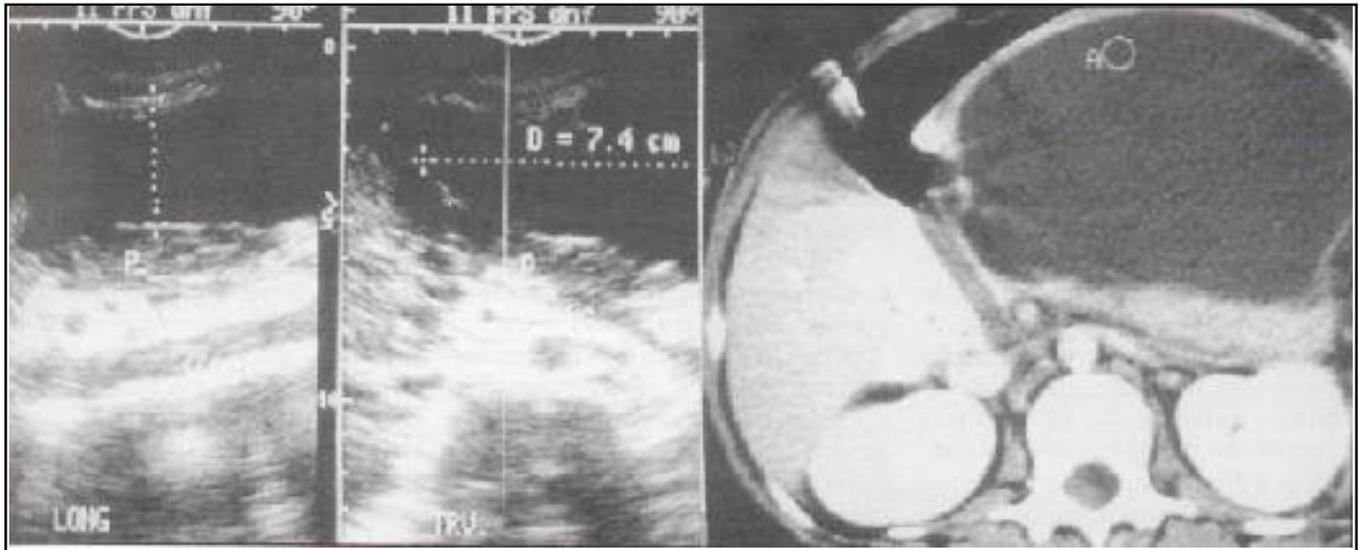


*El caso radiológico*Carlos Chamorro-Mera, M.D.<sup>1</sup>, Diego H. Llanos, M.D.<sup>2</sup>**HAGA SU DIAGNÓSTICO**

El servicio de ecografía recibió una paciente de 25 años, en buenas condiciones generales, sin fiebre y sin vómito, hospitalizada por dolor abdominal, epigástrico, continuo en forma de opresión y en otras ocasiones como una "picada." La habían sometido 12 días antes de la ecografía a una cesárea que no tuvo problemas. En la nota de remisión, con orden de ecografía de vesícula, hígado y vía biliar, no se mencionaba la presencia de masas, empastamientos o irritabilidad peritoneal. Los exámenes de rutina, hemograma, leucograma, parcial de orina y coprológico, eran normales.

**POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS**

1. Pseudoquiste del páncreas.
2. Quiste del colédoco.
3. Tumor quístico del páncreas.

**DESCRIPCIÓN DE LOS EXÁMENES POR IMAGEN**

En la ecografía los cortes longitudinal y transversal tomados en la zona del epigastrio muestran la imagen de un quiste, con paredes delgadas, lisas, de 7.4 x 7.5 cm, por delante del páncreas (P). Por detrás de éste se sitúa la arteria mesentérica superior en forma de círculo en el corte transversal y detrás de ella se observa la aorta inmediatamente por delante de la columna vertebral. En el corte longitudinal (long.) la aorta se ve como una estructura tubular que corre paralela a la columna vertebral.

Luego se hizo una tomografía axial computadorizada (TAC) del abdomen donde se observan los mismos hallazgos descritos en la ecografía y las relaciones de la masa quística con el hígado, los riñones y el bazo.

Es de advertir que no se halló

dilatación de la vía biliar en la ecografía ni en la TAC del abdomen; las vías biliares intra y extrahepática se describieron como normales.

**DISCUSIÓN**

1. *Pseudoquiste del páncreas.* Son masas causadas por traumatismos cerrados del abdomen, por heridas cortopunzantes o heridas por arma de fuego; también se han descrito después de cirugías del páncreas o después de pancreatitis. La prevalencia del pseudoquiste después de pancreatitis<sup>1</sup> fluctúa entre 16% y 50%. Morgagni<sup>2</sup> describió por primera vez el pseudoquiste.

Los pseudoquistes del páncreas tardan varias semanas en formarse y desarrollan una pseudocápsula de fibrosis; pueden ser únicos o múltiples y en este último caso se pueden o no comunicar entre sí. Pueden seguir varias rutas en su formación y expansión: a través del ligamento gastrohepático, por debajo del estómago y por encima del colon transverso; se pueden ir hacia el retroperitoneo y causar

1. Profesor Titular (r), Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Médico Radiólogo, Clínica de Occidente, Cali.

distorsión del riñón izquierdo como si se tratase de un tumor primario del riñón; pueden atravesar el hiato esofágico y simular una masa mediastinal; igualmente se pueden introducir por la porta hepatis y hacerse intrahepáticos.

El diagnóstico se establece por la ecografía. Las radiografías simples del abdomen y con medio de contraste baritado muestran la masa y sus relaciones anatómicas; pero esto se logra en mejor detalle con la TAC del abdomen. Cuando el diagnóstico no es exacto por ningún método, se hace la punción de la lesión quística y el análisis citoquímico del contenido quístico ayuda a dilucidar el diagnóstico en forma más precisa. Con frecuencia el diagnóstico clínicamente se establece por la historia de traumatismo o de pancreatitis, la presencia de masa usualmente palpable en el abdomen entre 43% y 56% de los casos y dolor localizado en el epigastrio; otros signos y síntomas incluyen ictericia obstructiva, náuseas, pérdida de peso, sepsis intraabdominal y amilazas persistentemente altas<sup>3</sup>. Los pseudoquistes del páncreas constituyen 90% de las lesiones quísticas de este órgano.

2. *Quistes del colédoco.* Casi siempre se descubren en la niñez; la tríada clásica de dolor, masa e ictericia no se encuentra en todos los pacientes. Así, en seis casos publicados por Chamorro *et al.*<sup>4</sup> se halló esta tríada en 50% de los enfermos. Los quistes del colédoco pueden alcanzar tamaños gigantes; en dos de los casos mencionados se pensó en ascitis por la prominencia del abdomen y la presencia de la «onda ascítica.» Casi siempre en estos casos, por el factor obstructivo, hay dilatación más o menos marcada de la vía biliar; el quiste puede ser fusiforme, diverticular, en forma de cele que

protruye hacia el duodeno. Siempre tienen relación con el colédoco donde se originan.

Como se recordará en el caso que se discute no hay dilatación de la vía biliar, tampoco la lesión quística se relaciona con el marco duodenal. Los quistes del colédoco son más comunes en mujeres<sup>4,5</sup>. Habitualmente se complican con infección, litiasis y carcinoma del colédoco.

3. *Tumor quístico del páncreas.* Los tumores quísticos del páncreas pueden ser macroquistes o microquistes. En el caso actual correspondería al tipo macroquístico o cistadenoma mucinoso. Por lo general, los quistes no alcanzan el tamaño de la lesión quística de esta enferma, se acompañan de tabiques, engrosamiento de la pared en forma irregular; con el medio de contraste se observan aumentos de la densidad de los tabiques y engrosamientos focalizados de la pared del quiste. Las lesiones quísticas pueden ser de origen maligno como el cistadenocarcinoma o de origen benigno como el adenoma quístico productor de glicógeno que aparece en mujeres jóvenes.

Si se trata de tumores malignos del páncreas son muy ruidosos cuando se localizan en la cabeza, pues obstruyen el colédoco, y se manifiestan por ictericia de tipo obstructivo, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y la presencia de masa hipoecoica con componentes quísticos. Cuando el tumor compromete la cola y el cuerpo, la manifestación clínica más sobresaliente es el dolor; también la pérdida de peso es muy notoria, así como la inapetencia y otros síntomas y signos constitucionales propios de las neoplasias malignas.

Según Howard<sup>6</sup> hay varias clases de neoplasias quísticas del páncreas. Los quistes simples verdaderos pueden adquirir gran tamaño, obstruir la vena esplénica y dar

trombosis con várices en el esófago. La enfermedad poliquística compromete además de los riñones, el hígado, y el páncreas. También hay hemangioblastoma del cerebelo, feocromocitomas, cáncer de riñón, aneurisma cerebrales, etc.

Hay macroquistes asociados con la fibrosis quística del páncreas y pueden alcanzar igualmente gran tamaño. Los quistes de duplicación que comprometen el páncreas, tienen además mucosa gástrica o intestinal en su interior. Se presentan también quistes dermoides que contienen glándulas sebáceas, pelo, dientes, hueso y cartílago.

Tanto el cistadenoma seroso (microquístico) como el cistadenoma mucinoso (macroquístico), el primero francamente benigno y el segundo premaligno con calcificación de su pared en 10%, pueden estar o no comunicados con los ductos pancreáticos.

Hay otros quistes muy raros en el páncreas como la neoplasia epitelial quística papilar, el coriocarcinoma que por rareza se manifiesta en hombres, pues en las mujeres los quistes endometriales del páncreas pueden ser más comunes. El equinoco compromete el páncreas y la calcificación que aparece, puede servir para el diagnóstico. Además, tanto el adenocarcinoma, como el carcinoma de los islotes, se pueden necrosar y formar quistes no verdaderos<sup>6</sup>.

## DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Pseudoquiste del páncreas adquirido antes del embarazo. La paciente había sufrido un traumatismo automotor antes de quedar embarazada.

## REFERENCIAS

1. O'Malley VP, Cannon JP, Postier RG. Pancreatic pseudocysts: cause, therapy and results. *Am J Surg* 1985; 150: 680-82.

2. Morgagni JB. De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. *Paris* 1821, 4: 86-123.3. Bradley E, Clements J, González A. The natural history of pancreatic pseudo-cysts; a unified concept of management. *Am J Surg* 1979; 137: 1135-41.
4. Chamorro-Mera C, Cantillo E, Marín C. Quistes del colédoco. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 6 pacientes. *Colombia Med* 1986; 17: 91-7.
5. Araki T, Itai Y, Tasaka A. CT of choledocal cyst. *AJR* 1980; 135: 729-34.
6. Howard JM. Cystic neoplasms and true cysts of the pancreas. *Surg Clin North Am* 1989; 69: 651-65.

## Sección: Ventana virtual

### De profanos a informados por Internet

Marco F. Suárez A., M.Sc\*

Hoy por hoy la magia de Internet permite a un profano acceder a información que otrora estaba reservada a los iniciados. El hecho queda ejemplificado en la siguiente lista de direcciones relacionadas con la especialidad médica de la gastroenterología. Las páginas amarillas de la gastroenterología puede hallarlas en:

<http://www.gastro.org/yellow.html>

Se trata de un servicio de la American Gastroenterological Association (AGA) a los especialistas y al público en general, con la advertencia que la inclusión en estas páginas no constituyen una recomendación de la AGA de un producto o servicio, ni indica que han sido evaluados o aprobados.

Recursos adicionales sobre gastroenterología, pueden accederse en el URL:

<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/elsewhere.html>

Es una lista incompleta pero útil de sitios en el WEB de áreas afines. Aquí puede encontrar acceso a una variada gama de universidades, organizaciones no gubernamentales, asociaciones científicas, y áreas como la patología, radiología o endoscopia. La lista con 74 direcciones URL incluye una breve descripción del servicio de cada uno de los sitios anunciados. Para descubrir la magia de Internet hay que intentarlo.

¡Atrévase!

---

\* Profesor Asistente, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.  
E-mail: [masuarez@sinsa.univalle.edu.co](mailto:masuarez@sinsa.univalle.edu.co)