

CASOS CLÍNICS

Pseudoquist pancreàtic postraumàtic

M.A. AGUILAR i VILA, J. MULET i FERRAGUT i J. BADOSA

Hospital de Sant Joan de Déu. Barcelona

RESUM

La contusió abdominal en el nen és relativament poc freqüent però pot presentar especial importància tant per la seva morbiditat com per la seva mortalitat.

Es descriu el cas d'un pacient de 5 anys d'edat amb lesió pancreàtica que va evolucionar cap a la formació d'un pseudoquist.

Es fa una valoració de la dificultat diagnòstica que pot existir en aquest tipus de lesions i de les pautes terapèutiques a seguir.

RESUMEN

La contusión abdominal en el niño es relativamente poco frecuente pero pueden ser importantes en la misma la morbilidad y la mortalidad.

Se presenta el caso de un niño de 5 años con lesión pancreática que evolucionó hacia la formación de un pseudoquiste.

Se efectúa una valoración de la dificultad diagnóstica que presenta este tipo de proceso y de las pautas de tratamiento a seguir.

SUMMARY

Blunt abdominal trauma isn't frequent in children but it may be important both for its morbidity and mortality.

We report a case of a five years old boy with pancreatic injury resulting in a pseudocyst. The diagnostic difficulties of this injury and the therapeutic steps are discussed.

INTRODUCCIÓ

Les contusions abdominals a la infantesa són menys freqüents que a l'edat adulta i presenten una menor morbiditat.

El 1983 varen ésser visitats a la secció d'urgències del nostre centre 507 nens politraumatitzats, dels quals n'ingressaren 114 (22,4 %). En 16 d'ells predominava la clínica abdominal per sobre de les altres lesions.

D'entre els ingressats per símptomes abdominals, dos nens —un d'ells el cas que presentem— varen estar més de 15 dies ingressats. La resta tingueren una mitjana d'estada de 2,5 dies.

Les causes més freqüents d'ingrés per simptomatologia abdominal varen correspondre a cops casuais rebuts a l'escola o a agressions d'altres nens. En tres malalts la causa de l'ingrés va ser per lesions secundàries a accidents de tràfic. En una nena el motiu de l'ingrés va ser la caiguda lliure de 3 metres i en un nen la lesió es va produir pel cop d'un cavall.

En el cas que ens ocupa la contusió va ser deguda a un cop rebut mentre conduïa un «auto de xoc» (fig. 1).

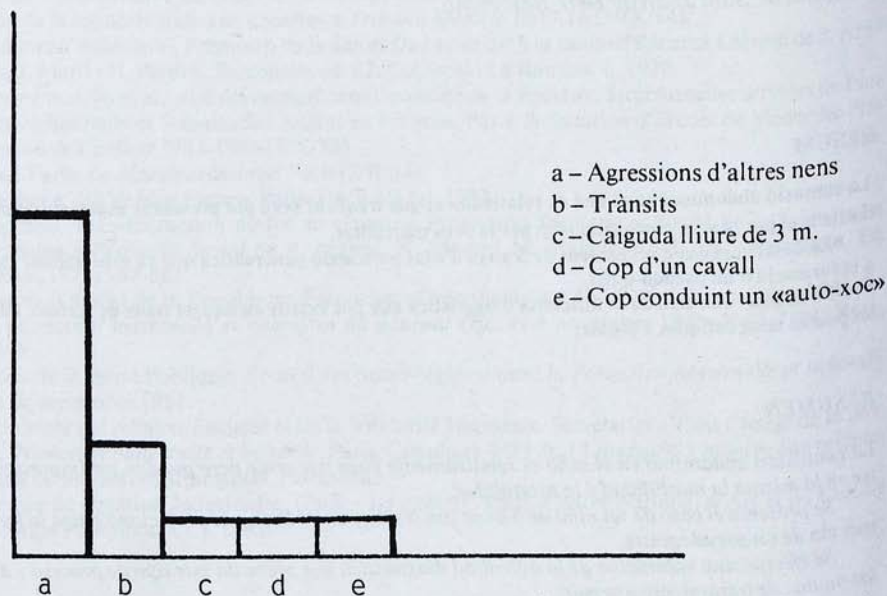


Fig. 1. Etiologia de les lesions.

En tots els casos, el causant directe de la lesió va ser un objecte rom, no trobant a la nostra casuística cap ferida penetrant.¹

L'edat dels afectats ha variat entre 3 i 11 anys; la incidència més marcada ha estat entre els 4 i els 7 anys en 10 nens (62,3 %).

La distribució per sexes va ser de quasi 2 nens per cada nena (10/6). Aquestes dades es corresponen amb les cites clàssiques^{2,4} sobre el predomini de les lesions en el nen (fig. 2).

La clínica presentada per aquests pacients —exclòs el de l'estudi— consistí en dolor abdominal, contractura regional, dolor a la palpació profunda, i en 6 nens vòmits que varen millorar amb una dieta, i mesures de rehidratació parenteral.

L'screening habitual que es realitza en el nostre centre per a aquests tipus de pacients inclou un estudi analític amb determinació d'hematocrits seriat i sediment urinari, i una exploració radiològica amb plaques de tòrax i abdomen. Segons l'estat clínic es practica una ecografia abdominal i es sol·licita una determinació d'Amilasèmia, Amilasúria, proves hepàtiques i la resta de proves pertinents. La pielografia es realitza en els casos en què existeix dolor lumbar i hematúria persistent que pugui fer pensar en una lesió renal.

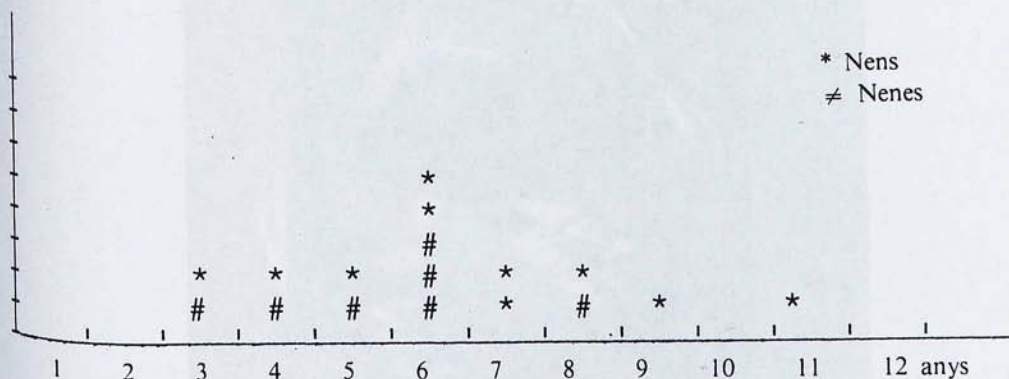


Fig. 2. Relació edat-sex.

OBSERVACIÓ CLÍNICA

Pacient de cinc anys d'edat que arriba al servei d'urgències del nostre centre degut a haver sofert una contusió abdominal a la regió epigàstri-hipocondri esquerre, tres hores abans de l'ingrés.

En una primera exploració destaca: un bon estat general, consciència conservada, bona coloració de la pell i les mucoses i una resposta neurològica normal. La palpació abdominal mostra dolor i defensa en l'hemiabdomen dret.

Radiològicament no s'evidencien fractures, la placa de tòrax és normal i la distribució aèria a l'abdomen és normal.

L'analítica informa d'un Hto. de 42 i una Amilasèmia de 2600.

Es realitza una ecografia que mostra una massa ecogènica irregular a la regió pancreàtica (fig. 3).

A les 48 hores de l'ingrés l'evolució no és favorable, i apareix un quadre d'Ileo Paralític. Es practica una nova analítica amb els resultats següents: Hto.35, Leucòcits 20.200 (62/ 18/ 0/ 0/ 13/ 7), Amilasèmia 2100, Astrup i ionograma normals.

A les 72 hores ingressa a la U.C.I., i es manté en estat estacionari. 48 hores després es sol·licita un T.A.C. l'informe del qual suggereix la possibilitat d'un hematoma duodenal associat a pancreatitis postraumàtica. Es manté una conducta expectant amb una alimentació parenteral, SNG. oberta, cobertura antibiòtica i analgèsics.

Al 9.º dia, el nen presenta un empiorament de l'estat general, febrícula i signes de peritonisme. Es repeteix l'ecografia, que informa d'una col·lecció líquida amb imatges ecogèniques en el seu interior suggestives de sang o pus a la regió de l'hilio hepàtic (fig. 4). La zona pancreàtica no s'aconsegueix definir clarament. Un nou screening mostra una normalització de les constants excepte l'Amilasa (1800) i la Lipasa (1900). L'informe d'un segon T.A.C. refereix l'augment de la massa líquida respecte a l'exploració anterior (fig. 5).

Tenint en compte aquestes circumstàncies es decideix la intervenció quirúrgica.

En abordar, per laparotomia mitjana, la cavitat intraperitoneal, es troba un pseudo-quist format per la cara inferior del fetge, epiplò còlic, duodè-pancreas i anses jejunals. Aquesta cavitat està plena de líquid que surt del pancreas a través d'una zona necròtica de 1 cm. de diàmetre. Es procedeix a l'aspiració del quist i a la neteja de la cavitat de detritus pancreàtics, deixant un tub injector - aspirador per drenatge de la cavitat.

El post-operatori és satisfactori. Desapareix el quadre tòxic i als 14 dies es retira la sonda de drenatge. Tres dies més tard, el malalt pot abandonar la UCI i és traslladat a una zona de cures intermèdies. L'ecografia i el TAC practicats als 30 dies de la intervenció informen de la total desaparició del quist.

Al cap d'un any tant l'ecografia com l'estudi del funcionalisme pancreàtic són totalment normals; per aquests motius es procedeix a l'alta definitiva.

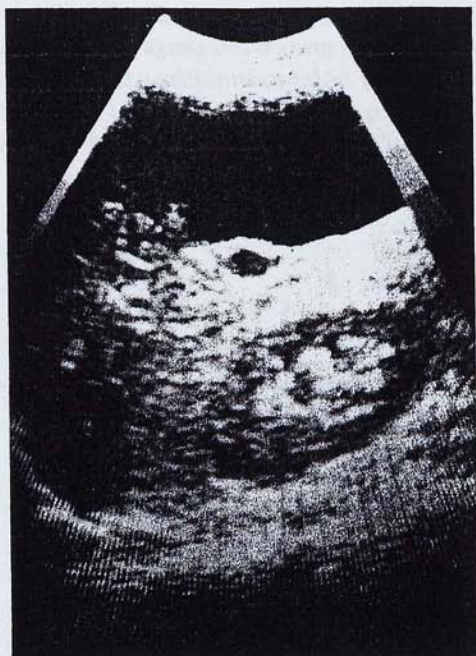


Fig. 3. Ecografia 1: tall sagital que mostra una massa de contingut líquid envoltada pel lòbul hepàtic dret i el ronyó del mateix costat. La massa mesura 110 x 60 mm.

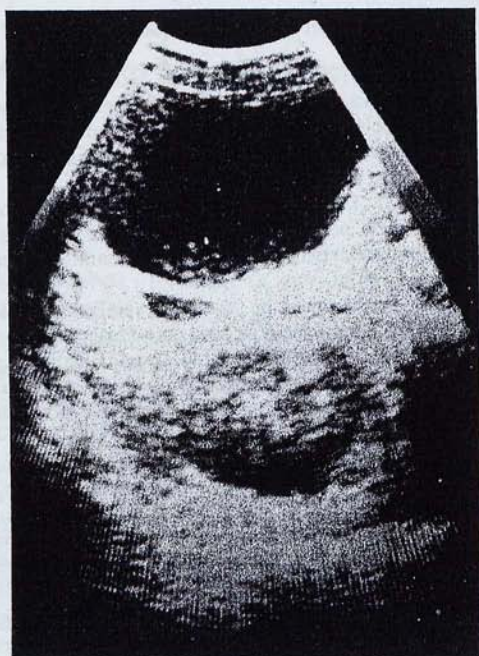


Fig. 4. Ecografia 2: tall trasvers que objectiva entre l'espai subhepàtic i el ronyó una col·lecció líquida amb presència de detritus en el seu fons.

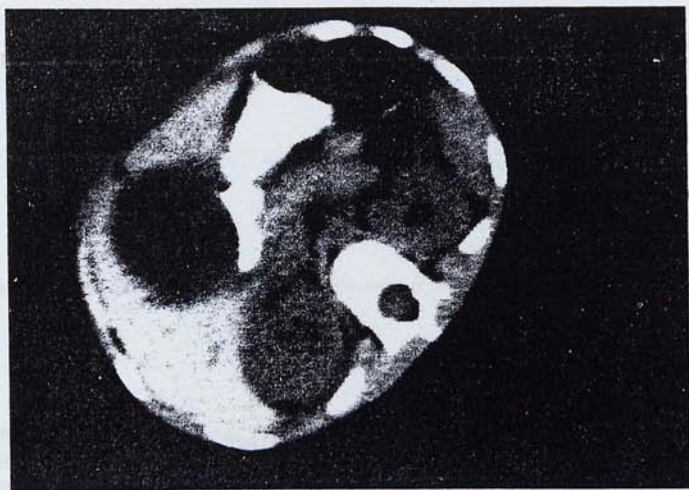


Fig. 5. TAC: Massa líquida ben encapsulada, de localització pre-duodenal entre el fetge i per davant del ronyó dret.

COMENTARIS

La lesió pancreàtica secundària a una lesió abdominal pot ser de diagnòstic difícil. Grosfeld² parla de tres casos intervinguts d'apendicitis aguda en els quals la causa real del dolor va estar motivada per pseudoquist pancreàtics. En cap dels casos no va ser valorat correctament l'antecedent de contusió abdominal sofert pel pacient.

La laceració pancreàtica pot donar-nos una clínica aguda amb peritonisme, defensa regional, vòmits i mal estat general. En canvi, la formació d'un pseudoquist pot romandre oculta sense donar més simptomatologia que discretes molèsties abdominals.

L'ecografia ha esdevingut una prova que aconsegueix uns resultats molt fiables en el diagnòstic d'hematomes duodenals,³ lesions encapsulades i també, evidentment, en qualsevol tipus de tumoració abdominal. Tanmateix permet —com en el cas presentat— el seguiment de l'evolució del quist i facilita l'abordatge quirúrgic en el moment més oportú.

Cal esmentar, finalment, la gran importància de la prevenció dels accidents que s'evitarien, en la gran majoria de casos, amb una correcta educació i amb una sèrie de mesures oficials que mantinguessin el nen més protegit enfront de l'accident.

BIBLIOGRAFIA

1. J.M. Graham: Surgical Management of Acute Pancreatic Injuries in Children. *J. Pediatr. Surg.* 1978, 13.
2. J.L. Grosfeld: Traumatismo pancreático y gastrointestinal en niños. *Pediatr. Clin. Norh. Am.* p. 350.
3. J.M. Hood: Non penetrating intraabdominal injuries in children. *Ped. Surg.* 1974, 9.
4. Ch. Thillage du Boullay: Les traumatismes sportifs de l'enfant. *Ch. Ped.* 1984, 25:125/135.