

Ascitis Pancreática

DR. ARNOLDO FERNÁNDEZ S.*

DR. JUAN JARAMILLO A.*

DR. JUAN ARCE V.*

DR. WILLIAM HERNÁNDEZ R.*

Una interesante, aunque relativamente rara manifestación de pancreatitis, es la presencia de ascitis pancreática. En la actualidad, es una entidad bien reconocida y se diagnostica cada día con más frecuencia.

Las cantidades pequeñas de exudado peritoneal, por lo común hemorrágico, son frecuentes en la necrosis agudas del páncreas; pero la ascitis masiva que se ve en algunos casos, se atribuía antiguamente de ordinario a una enfermedad concomitante, como la cirrosis hepática.

Observaciones posteriores hicieron ver que algunos enfermos de lesiones pancreáticas, especialmente pseudoquistes, y sin tener lesiones en el hígado, presentaban ascitis, hecho que obligó a revisar este concepto y considerar a la inflamación pancreática reciente o tardía como la causa de esa ascitis masiva. Posteriormente se han publicado casos de ascitis recidivante debida a pancreatitis crónica con exclusión de hepatopatías y otras enfermedades capaces de dar ascitis y es sobre este tipo de lesión a la que nos vamos a referir.

La ascitis en todos estos enfermos suele ser masiva, con duración variable de un mes a dos años, de color claro en el 90% de los casos y en un alto porcentaje de estos enfermos existe el antecedente de alcoholismo con o sin crisis agudas abdominales de tipo pancreático. Es frecuente la historia de astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso y en los alcohólicos crónicos puede haber dolor abdominal alto e intermitente.

Los enfermos se adelgazan y las proteínas en sangre suelen estar bajas. El dato fundamental para hacer el diagnóstico es la existencia de la llamada "TRIADA DE LA ASCITIS PANCREÁTICA" (3).

a) Amilasa elevada en sangre. b) Líquido ascítico con amilasas muy elevadas; más de 10.000U% Somogy y c) Proteínas muy elevadas en ese mismo líquido de más de 2.5 gramos.

Aunque la causa de esta ascitis no está clara, al parecer se forma secundariamente a irritación peritoneal crónica, provocada por líquido pancreático

* Hospital México, C.C.S.S. Servicio Cirugía General.

rico en enzimas y por un probable bloqueo de los linfáticos abdominales lo cual provocaría exudación peritoneal rico en proteínas (4).

La desaparición de la ascitis pancreática después de drenar un pseudoquiste del páncreas o reseca el cuerpo y cola lesionados, hace pensar que una fístula pancreática pudiera ser la causa de la ascitis y que pese a que se formó un pseudoquiste, siempre continuó escapando líquido pancreático a la cavidad peritoneal. Este hecho parece comprobado al observar paso de medio de contraste a la cavidad peritoneal en pancreatografías de pacientes con ascitis pancreática (2). La causa fundamental y más frecuente es la pancreatitis aguda y crónica secundaria a alcoholismo (1), con formación de pseudoquistes pancreáticos, (2) (5) (6).

También se han reportado casos en traumatismos del páncreas con lesión y disrupción de los conductos pancreáticos (6).

Antiguamente, la mayoría de estos enfermos eran confundidos con cirróticos pues su ascitis y su antecedente de alcoholismo hacían pensar en ello, induciendo a tratamientos erróneos y hasta inadecuados.

Algunos de los enfermos muestran pérdida de peso y caquexia muy importante lo cual unido a la ascitis masiva hacen pensar en carcinomas metastásicos avanzados intra-abdominales. Solamente una meticulosa historia clínica y el pensar en la ascitis pancreática, así como tratar de investigar la triada sintomática pueden darnos el diagnóstico. La no rara asociación de pancreatitis crónica y cirrosis en enfermos con antecedentes de alcoholismo sugieren la idea de que no siempre la ascitis de estos casos sea de origen hepático (5). Por tal motivo recomendamos analizar de rutina el líquido ascítico de enfermos con ascitis severas que se suponen cirróticos investigando si hay elevación importante de las amilasas y proteínas, ya que en la cirrosis las proteínas suelen estar por debajo de 1½ gramo % en ese líquido.

TRATAMIENTO

El método de tratamiento para estos enfermos aún no está bien establecido. La mayoría probablemente requerirán cirugía, sin embargo, algunos pueden ser tratados médicamente a base de paracentesis, anticolinérgicos, o diuréticos y transfusiones de sangre y albúminas, según las necesidades.

Si se decide realizar cirugía la exploración pancreatográfica será de primordial importancia por el aspecto revelador de la extravasación del medio de contraste hacia la cavidad abdominal a través de un pseudoquiste o ruptura del conducto.

Las alternativas en cirugía son múltiples, entre ellas están las resecciones de cuerpo y cola del páncreas, drenaje externo de un absceso o pseudoquiste, o efectuar como es lo usual, una anastomosis del pseudoquiste al intestino o al estómago, etc.

En realidad, cuando se hace el diagnóstico de ascitis pancreática y en un período prudencial no hay respuesta a tratamiento médico, se hace necesario intervenir quirúrgicamente.

MATERIAL Y METODOS

Se presentan dos casos que hemos tenido la oportunidad de ver y tratar con ascitis pancreática en el Servicio de Cirugía General 2.

Caso N° 1

Enfermo masculino de 40 años, alcoholismo positivo desde los 17 años, intenso y diario, sin antecedentes de trauma abdominal o crisis dolorosas que hicieran pensar en pancreatitis.

Padecimiento actual: Inicia su enfermedad 3 meses antes de su ingreso, con dolor abdominal pungitivo en epigastrio y mesogastrio irradiado en hemicinturón a región posterior; se exacerba con la ingesta de alimentos y calma con la posición genu-pectoral y analgésicos tipo aspirinas. Posteriormente apareció distensión abdominal importante, astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso y edemas podálicos.

Exploración: Abdomen distendido con red venosa colateral visible, resistencia abdominal marcada; existe onda líquida positiva con matidez en flancos, no se palpan bazo ni hígado, no habían masas. Tacto rectal normal. En extremidades hay edema blando, indoloro.

A su ingreso al hospital, una radiografía de tórax fue sensiblemente normal. El estudio radiográfico de estómago y duodeno dejaba ver imágenes que podrían hacer pensar en posible carcinoma gástrico. Había anoclorhidria pre y post estímulo con histamina. El Gamagrama de hígado era normal. Líquido ascítico: amarillo-turbio con 3.2 gm% de proteínas, leucocitos 350 mm³, eritrocitos 5.800 mm³. Amilasa 68.000 U. Somogy %. No se encontraron microorganismos. Otra determinación de amilasa en ese mismo líquido ascítico dio posteriormente 108.000 U. %. Somogy. Hb. 14. Hto. 45. Leucocitos: 11.600. Proteínas totales en sangre 6.3. Albúmina 3.3 y globulina 3 gm. Las amilasemias fueron de 440, 224, 320 y 176 U % Somogy, en diferentes días.

Operación:

Se procedió a laparatomizar el enfermo, encontrándose gran cantidad de líquido ascítico. El hígado era normal. Existía un proceso de necrosis aguda y crónica en el área pancreática con pseudo-abscesos en la retrocavidad de los epiplones la cual se drenó ampliamente. Se obtuvieron biopsias que fueron reportadas como pancreatitis aguda y crónica.

Post operatorio: El enfermo evolucionó bien, aunque por el sitio de los drenajes hizo una fístula pancreática que al cabo de dos meses y después de ir disminuyendo lentamente su secreción, acabó por desaparecer. Actualmente el enfermo está en buenas condiciones y sin manifestaciones de ascitis un año después de la Laparotomía.

COMENTARIO :

Las características particulares del caso tales como la acentuada repercusión sobre su estado general, presencia de ascitis, anaclorhidria, así como un estudio radiográfico de estómago sugestivo de proceso neoplásico en un paciente de 40 años de edad nos hicieron pensar que se trataba en efecto, de cáncer gástrico

con metástasis peritoneales, o bien de una ascitis de origen pancreático. La intervención quirúrgica se decidió con fines exploratorios y confirmar o rectificar el diagnóstico.

Conocidos los hallazgos operatorios y orientados hacia el diagnóstico de ascitis pancreática, los exámenes practicados a posteriori confirmaron la sospecha. Amilaseas altas hasta de 440 U. Somogy; Amilasas igualmente elevadas en líquido ascítico hasta de 108.000 U. Somogy y proteínas de 3.2 mgs. %, y así como su posterior evolución hicieron que catalogáramos el caso como de "ASCITIS PANCREÁTICA".

Caso N° 2

Paciente de 68 años de edad, masculino, que desde hacía un año venía notando intolerancia a grasas, meteorismo y distensión lenta pero progresiva del abdomen y un día antes de su ingreso presentó dolor agudo severo en epigastrio, acompañado de sensación de desfallecimiento, astenia y adinamia. No existían antecedentes previos de ictericias o crisis de dolor similar y el enfermo ingería licor en forma moderada y ocasional.

La exploración abdominal mostró, abdomen tenso, doloroso, distendido, con onda líquida perceptible. No existían masas palpables, había leve edema en escroto y pene:

Laboratorio:

Amilasa en sangre de 2.040 U.% Somogy, la determinación inicial, y luego fue decreciendo lentamente a 764, 320, 176, 130 U.

Los demás exámenes de laboratorio, incluyendo pruebas de función hepáticas fueron normales.

El líquido ascítico dio: proteínas 4.9 gms. % y Amilasa 11.430 U.% Somogy. Las proteínas en sangre estaban en 3.2 la Albúmina y 5.5 la total. Una Biligrafina demostró leve dilatación del colédoco, sin dejar ver cálculos.

Al enfermo se le mantuvo bajo tratamiento médico con sueros, anticolinérgicos, analgésicos, dieta, antibióticos. Trasylol etc. Dos meses después y cuando su estado general era mejor, se procedió a efectuar Laparotomía encontrándose un páncreas que aún mostraba huellas de esteatonecrosis en toda la periferia, el colédoco, el ampulla de Vater no tenían cálculos y eran permeables, una radiografía transoperatoria no demostró lesión ni el colédoco ni en el Wirsung, por lo que únicamente se dejó sonda en "T" de rama corta.

La evolución fue buena y el abdomen no volvió a distenderse por líquido ascítico. El enfermo se encuentra actualmente bien, habiendo recuperado su peso.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presentan dos casos de ascitis pancreática la cual se caracteriza por ascitis masiva debida a lesión pancreática y sin que existan otra enfermedad o lesión que pudiera ser causa de la ascitis.

La triada de la ascitis pancreática, está constituida por: a) amilasas elevadas en sangre. b) líquido ascitis con amilasas elevadas de más de 10.000 U % c) Proteínas muy elevadas en ese mismo líquido.

Las causas más frecuentes parecen ser las pancreatitis agudas o crónicas, en especial aquéllas en que hay formación de pseudoquistes.

Los dos casos presentados tenían pancreatitis aguda y crónica, y su resolución quirúrgica fue relativamente simple y con resultados favorables, pues los pacientes están asintomáticos actualmente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BARUA, R. L., VILLA, F. AND STEIGMANN, F.
Massive Ascitis Dueo to Pancreatitis. *The Am. J. Dig. Dis.* 7:900. Jul, 1962.
- 2.—CAMERON, J. L., ANDRESON, R. P. AND ZUIDEMA, G. D.
Pancreatic Ascitis *Surg Gyn & Obst*, 125:328, 1967.
- 3.—CAMERON, J. L., BRAWLEY, R. L. BENDER. H. W. AND ZUIDEMA, G. D.
The treatment of Pancreatic Ascitis. *Annals of Surgery*, 170,4.669, 1969.
- 4.—GAMBILL, E. E., WALTERS, W, AND SCANLON, P. W.
A report upon chronic relapsing pancreatitis with extensive subacute peritonitis and chronic recurrent massive chylous ascitis. *A. J. Med.* 28:668, 1960.
- 5.—PARRISH, R. A., HUMPHRIES, A. L. AND MOREZT. W. H.
Massive Pancreatic Ascitis *Arch Surg.* 96:887, 1968.
- 6.—RUSH, A Y BOKUS, H. L.
Pancreatitis Crónica. *GASTROENTEROLOGIA* Salvat ed. S. A. Tomo III. Cap. 127. 1045, 1968.
- 7.—SCHMIDT, E. H. AND WHITEHEAD, R. P.
Recurrent ascitis as an unusual complication of chronic pancreatitis. *J. A. M. A.* 180:533, 1962.