

Artículo

Manejo quirúrgico del pseudoquiste pancreático en pediatría

Carmen Liconá-Islas, Enrique R. Leal-Cicerol,
Héctor Pérez-Lorenzana, Haleyda Quezada-López

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital General Centro Medico Nacional
La Raza, Calzada Vallejo y Jacarandas s/n, Del. Azcapotzalco, Mexico, DF

Solicitud de sobretiros: Dra. Carmen Liconá Islas, Servicio de Cirugía Pediátrica,
Av. Lindavista 251-607 Col. Lindavista, México D.F. C.P. 07300

Resumen

Introducción: El objetivo del presente trabajo es mostrar las características del pseudoquiste pancreático (SQP) en la edad pediátrica, la evolución y pautas de tratamiento.

Material y métodos: En ocho años, se analizaron expedientes de pacientes con pancreatitis y SQP, estudio retrospectivo comparativo, descriptivo.

Resultados: Cuarenta y ocho pacientes, edad media nueve años, 23(47.5%) presentaron SQP, 14 ameritaron tratamiento quirúrgico, principal indicación persistencia de sintomatología, tratamiento preferente drenaje interno con gastrocistoanastomosis.

Discusión y conclusiones: El SQP es de presentación baja en pediatría, correlacionado con la gravedad del cuadro inicial, y se observa principalmente en la forma traumática, con mayor incidencia que la reportada, no requiriendo una intervención en un porcentaje importante. La gastrocistoanastomosis abierta es el procedimiento mas utilizado y con menos complicaciones, otras técnicas como la laparoscopia son posibles y debe estimularse su utilización. Mientras que aquellos pacientes manejados con drenaje externo presentan mayor morbilidad.

Palabras clave: Pseudoquiste pancreático; Pancreatitis.



Surgical management of pancreatic pseudo cyst in children

Abstract

Introduction: The objective of this work is to show the features of pancreatic cyst (SQP) in children, the evolution and treatment.

Material and method: In 8 year we analyse record of patient with pancreatitis y SQP, study comparative retrospective, descriptive.

Result: 48 patient, with mean age of 9 year old, 23(47.5%) with SQP, 14 required surgical treatment, main indication persistence of sintomatology, we use internal drainage.

Discussion and y conclusions: The SQP is uncommon in children, related with severity of presentation, and is associated to traumatic injuries. And more common than previously reported, not all the patients required surgical drainage. The open gastrocistoanastomosis is the most used procedure and is associated with less complications, the laparoscopic procedures can be used, we observe more complication with external drainage.

Index word: Pancreatic Pseudo cyst; Pancreatitis.

Introducción

La pancreatitis aguda es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, refiriendo en la literatura nacional entre cuatro a ocho casos por año,¹ siendo una entidad de características de consideración, ya que su etiología así como la evolución más benignas son diferentes con respecto a la edad, por lo que los estudios en adultos únicamente deben ser la base de los estudios ante estas diferencias, siendo un ejemplo de esta distinción el presente trabajo, que busca sentar antecedentes en el estudio de la patología pancreática.

El seudoquiste pancreático (SQP) se define como una acumulación de líquido contenida dentro de un quiste no recubierto de epitelio que se origina después de la destrucción de un conducto pancreático,² se le considera una de las complicaciones más frecuentes de la pancreatitis, con una prevalencia del 5% al 70%³ dadas las características de esta patología y su evolución consideramos puede variar de paciente en paciente.

El objetivo del presente trabajo es mostrar las características del SQP, la evolución y dar pautas de tratamiento en la edad pediátrica, con la experiencia en un centro médico.

Material y métodos

Se analizaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis en el Centro Médico Nacional "La Raza", durante un periodo comprendido del 1995 al 2003 (ocho años).

Los parámetros estudiados fueron: edad, gravedad, manejo y su correlación con el SQP, diagnóstico y seguimiento del SQP midiendo características de este, tamaño, sintomatología, amilasa sérica y exámenes de laboratorio al tiempo de presentación, así como evolución e indicaciones de drenaje, técnica utilizada, comparando la literatura existente para su discusión. Realizando un estudio retrospectivo descriptivo observacional con medidas de tendencia central.

Resultados

Se encontraron expedientes de 48 pacientes con pancreatitis, 23 (47.5%) de ellos presentaron SQP y 14(60%) ameritaron tratamiento quirúrgico.

La edad media de los pacientes con pancreatitis fue de 9.3 años, con rango entre tres y 15 años. En los pacientes con SQP la edad media de presentación fue 7.3 años.



La etiología de la pancreatitis en 20 fue idiopática, en diez traumática, en nueve secundarias a ingesta de medicamentos, litiasis biliar en cuatro, páncreas divisum en uno, y otras causas cuatro. En el grupo de pacientes con SQP en diez fue idiopática, por trauma en nueve, por causa biliar en dos y por ingesta de medicamentos en dos.

Siendo meritorio de drenaje siete idiopáticas, seis traumáticas y una con alteración de la vía biliar,

De acuerdo a los criterios de Balthazar fueron clasificadas como graves diez casos de 22 en las que se realizó pancreatografía a su ingreso, con una calificación con puntaje por arriba de siete

De estos pacientes seis presentaron SQP, ameritando manejo cuatro de ellos.

Del total de casos de pancreatitis, diez se intervinieron quirúrgicamente al inicio de su enfermedad con otros diagnósticos siendo la principal apendicitis y cuatro por pancreatitis necrótica hemorrágica. En todos los casos se diagnosticó pancreatitis y se realizó drenaje de la cavidad, de estos pacientes con drenaje previo, solamente tres presentaron SQP, requiriendo solo uno de ellos manejo posterior.

Por TAC (tomografía axial computada) y ó UESG (ultrasonido abdominal) el tamaño varió de tres a 40 cm. (Fig. 1).

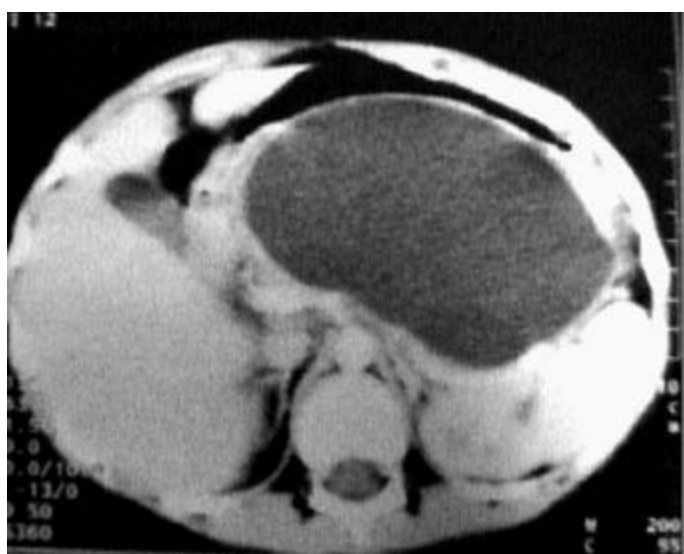


Figura 1

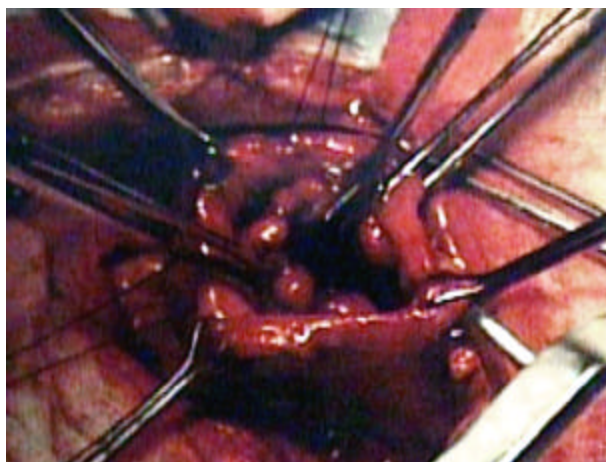


Figura 2

La sintomatología fue la siguiente, dolor en 19 casos, vómito en 16, seis presentaron fiebre, se encontró elevación de la amilasa en 18 y leucocitos elevados en ocho.

Dentro de la evolución se encontró flemón en 20 pacientes antes de pseudoquiste, siendo establecido el diagnóstico de pseudoquiste entre la 2da y 5ta semana con una media de 3.2 semanas.

El 60% (14 casos) ameritaron tratamiento quirúrgico, con una media de seguimiento de siete semanas con rango entre cuatro y 16 semanas, siendo las indicaciones, dolor abdominal en diez, hiperamilasemia persistente en diez, fiebre persistente en seis, obstrucción gástrica en dos pacientes, tamaño del pseudoquiste en cuatro, y tiempo de evolución mayor de seis semanas en cuatro casos.

La técnica de drenaje interno se estableció en 11 pacientes siendo la gastrocistoanastomosis (Fig. 2) el procedimiento de elección, al observarse las lesiones en su mayoría a nivel central.

Un caso se manejó por laparoscopia, (Fig 3 y 4) y en tres se eligió drenaje externo, en dos por la gravedad del paciente y en uno por la localización de SQP a nivel de la cabeza del páncreas.

El seguimiento fue de uno a siete años.

Se presentó un solo caso de complicación quirúrgica en un paciente al que se había practicado drenaje externo, con una fístula pancreática cutánea crónica que ameritó múltiples reintervenciones para su resolución.





Figura 3

Discusión

La pancreatitis es una enfermedad poco frecuente en la edad pediátrica y se ha observado que la causa que más se asocia a la presentación de dicho padecimiento es la idipática, seguida de la traumática, mientras que en la secundaria a medicamentos solo se presentaron dos sin requerir manejo.

El pseudoquiste es la complicación más común, y en este trabajo confirmamos que la presencia del mismo es del 47.5%, siendo esto confirmado por otros autores; aunque algunas series muestran incidencias tan bajas como 5% a 17%;^{4,5} es posible que exista un sub registro del mismo, ya que éste debe de ser buscado con acuciosidad aun en los casos no complicados.

Si bien la pancreatografía dinámica inicial necesaria en el diagnóstico de la pancreatitis nos da una idea global del padecimiento, el ultrasonido subsecuente es necesario para la detección de complicaciones, ya que es un estudio accesible y económico.

Hemos observado también que hasta en el 40% de los pseudoquistes confirmados por estudios de gabinete remiten en forma espontánea, únicamente con ayuno y nutrición parenteral, casi la mitad requieren de drenaje y esto debe ser evaluado tanto por datos clínicos como por estudios

de gabinete, si la tumoración persiste después de dos semanas y la capsula se engruesa, requiere de tratamiento quirúrgico.

Si bien en la literatura se mencionan algunas complicaciones del mismo como ruptura, sangrado y obstrucción biliar, estos datos no los observamos en nuestra serie.^{7,8}

Una vez definido el criterio quirúrgico, se prefieren las derivaciones internas como la gastrocistoanastomosis, ya que los drenajes externos tienen mayores complicaciones como en uno de nuestros casos que desarrolló una fístula pancreática de difícil control.

Para la realización de la derivación el abordaje quirúrgico puede ser mediante laparotomía tradicional, vía endoscópica o vía laparoscópica como lo reportamos en este trabajo, con todos estos métodos el objetivo se cumple pero con las dos últimas el trauma postoperatorio es menor y la recuperación del paciente más rápida, por lo que debemos favorecer el empleo de dichas técnicas si el recurso se encuentra disponible.

Conclusiones

El SQP es de presentación elevada en la edad pediátrica, asociándose principalmente a la etiología traumática e idiopática, correlacionado proporcionalmente su presentación y necesidad de manejo con la gravedad al ingreso.



Figura 4

No todos requieren manejo quirúrgico por lo que sugerimos vigilancia del mismo.

La gastrocistoanastomosis es un procedimiento sencillo y pocas complicaciones por lo que recomendamos su utilización.

Encontrando que los procedimientos laparoscópicos pueden ser realizados en la edad pediátrica, por lo que debe de estimularse su utilización.

Dada la complicación del drenaje externo no recomendamos su uso.

Referencias

1. Gracia J, Luna M, Pancreatitis aguda en el niño. Bol Med Hosp Inf Mex 1999; 99; 55
2. Avram M, Revisión general de los pseudoquistes pancreáticos. Surg Clin N Am 2001; 2: 393-4.
3. Siegelman S, Copeland BE, Saba GP, et al: CT of fluid collection associated with pancreatitis. Am J Radiol 1980; 134:1121-32.
4. Istvan P, Maher K, Fuad A, et al: Endoscopic Drainage for pancreatic Pseudocyst in children. J pediatr surg 2001; 36: 503-5.
5. Beteta-Chinchilla CE, Flores-Calderón J, Ramírez-Mayans JA, Casaubón-García P, Mora-Tiscareño MA. Pseudoquiste pancreático. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Bol Med Hosp Infant Mex 1991; 48: 445-52.
6. Kimberly E, Hunt I. Presentation of pancreatic Pseudocysts: implication of surgical intervention. Am Journal of Surg 1986; 151: 749-53.
7. Crass R, Way L. Acute and Chronic pancreatic pseudo cyst are different. Am Journal of Surg 1981; 142 : 660-3.
8. Trevor J, Taylor R, Chistensen R, Seudamore C, Leckie P. Pancreatic pseudo cyst changing concepts and management. Am Journal of Surg 1981; 141: 574-6.
9. Szentes M, William I, Kozarek R, Freeny P, Invasive treatment of pancreatic fluid collections with surgical and nonsurgical methods . Am Journal of Surg 1991; 161: 600-5.
10. Elechi EN, Calender Co, Lefalt LO, et al: The treatment of Pseudocysts by external drainage. Surgery Gynecology and obstetrics 1979; 148: 707-10.

