

Cirujano General

Volumen
Volume 25

Número
Number 1

Enero-Marzo
January-March 2003

Artículo:

Aneurisma sacular de aorta abdominal.
Diagnóstico diferencial con un
pseudoquistes de páncreas. Informe de un
paciente

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)

Aneurisma sacular de aorta abdominal. Diagnóstico diferencial con un pseudoquiste de páncreas: Informe de un paciente

*Saccular aneurysm of the abdominal aorta.
Differential diagnosis with respect to pseudocyst of the pancreas.
Report from one patient*

Dr. Vicente González Ruiz,
Dr. Carlos Marengo Correa,
Dr. Raúl Serrano Loyola,
Dr. Sergio González Díaz,
Dr. Antonio Ramiro Martínez Martínez,
Dr. Eduardo Montalvo Javé**

Resumen

Objetivo: Informar el caso de una paciente con aneurisma sacular de aorta abdominal que simulaba un pseudoquiste de páncreas.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención

Descripción del caso: Se trató de paciente femenino de 59 años, con obesidad grado II sin enfermedades crónicas degenerativas, con antecedente de dolor abdominal de 10 años de evolución; inició con dolor de tipo pungitivo a nivel de epigastrio, se acompañaba de náusea y vómito, cuadro que condicionó su internamiento en una unidad hospitalaria, en donde se diagnosticó neoplasia de páncreas. Acudió con dicha sintomatología, más pérdida de peso de 10 kilos. Se inició protocolo de estudio; clínicamente sin alteraciones, se realizó ultrasonografía y tomografía axial computada que concluían: presencia de pseu-

Abstract

Objective: To describe the case of a female patient with a saccular aneurysm of the abdominal aorta simulating a pancreatic pseudocyst.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: A female patient, 59 years old, with grade II obesity, without chronic-degenerating diseases, with antecedents of abdominal pain for the last 10 years. She started with pungent-type pain at the epigastrium, accompanied by nausea and vomit; these symptoms conditioned her hospitalization, diagnosing a neoplasia of the pancreas. At admission she presented these symptoms, and a 10 kg weight loss. Study protocol was started; clinically without alterations, ultrasonography and computerized axial tomography were performed, revealing the presence of a pseudocyst in the pancreas. Since no clinical

Servicio de Cirugía General, Pabellón 303, Hospital General de México, O.D. México, D.F.

Recibido para publicación: 29 de enero de 2002.

Aceptado para publicación: 3 de septiembre de 2002.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General

Correspondencia: Dr. Vicente González Ruiz. Dr. Balmis 148, Edificio 303, Colonia Doctores, 06720 México, D.F.

Teléfono: 55 88 01 00 Exts. 1247 - 1248

doquiste de páncreas. Al no encontrarse patrón clínico de alguna patología específica se decidió realizar laparotomía exploradora, durante la cual se encontró un aneurisma sacular de aorta abdominal suprarrenal, el que se resecó de forma exitosa. La paciente fue egresada 10 días después por mejoría. El informe histopatológico confirmó el diagnóstico, asociándolo a un origen aterosclerótico.

Conclusión: Sólo el 5% de los aneurismas de la aorta abdominal son suprarrenales, y menos del 5% presenta una forma sacular, asociándose con más frecuencia a un origen infeccioso. Aun cuando son poco frecuentes, los quistes de origen extrapancreático siempre se deberán tener en cuenta.

Palabras clave: Aorta, aneurisma sacular de la aorta, pseudoquiste pancreático, lesiones quísticas de páncreas.

Cir Gen 2003;25: 54-58

Introducción

Los aneurismas de la aorta abdominal se presentan en la sexta y séptima década de la vida, su etiología es multifactorial. Algunos factores que se asocian y que son estadísticamente significativos incluyen: alteraciones genéticas, como el síndrome de Marfan, agentes infecciosos, hipertensión arterial sistémica, edad avanzada e historia de tabaquismo.^{1,2}

Estas entidades pueden clasificarse de acuerdo a su constitución histológica, morfología, localización anatómica y la presencia o no de extensión torácica. Refiriéndonos a su clasificación morfológica se consideran dos tipos: el fusiforme y el sacular, siendo más frecuente el tipo fusiforme en un 95% y el sacular en un 5%. De acuerdo a su localización anatómica se consideran los siguientes segmentos de la aorta abdominal: el supraceliaco, suprarrenal, infrarrenal y yuxtarenal, se informa de una frecuencia de más del 95% para la localización infrarrenal y un 5% para localización suprarrenal.²

Históricamente se señala que antes del descubrimiento de los antimicrobianos, los aneurismas de la aorta eran en su mayor parte de origen sifilítico y de morfología sacular, se caracterizaban por la presencia de dolor de gran intensidad, y mal pronóstico, con relación a aquéllos de origen no infeccioso y de morfología fusiforme, cerca del 90% de los pacientes con aneurismas sifilíticos fallecían en un lapso de un año después del inicio de la sintomatología.³

Actualmente se reitera que los aneurismas saculares de la aorta abdominal son poco frecuentes y aún se asocian a un origen infeccioso de ahí que, en una serie de revisión de aneurismas de origen tuberculoso, más del 98% fueron de morfología sacular y afectaron tanto a la aorta abdominal como a la torácica.⁴

Al igual que las patologías quísticas del páncreas, la sintomatología de los aneurismas de la aorta abdo-

minal puede llegar a ser muy poco específica, la mayoría son asintomáticos;^{5,6} su diagnóstico se realiza como hallazgo en una exploración física rutinaria o en estudios de ultrasonografía o tomografía que se realizan por otras indicaciones; la sintomatología cubre el rango que va desde un leve malestar abdominal, hasta dolor de tipo punzante, pulsátil, de gran intensidad, que sugiere inminencia de ruptura. Las pruebas de elección a realizar ante la sospecha de un aneurisma de aorta asintomático son la ultrasonografía y la tomografía.^{1,2,5}

El diagnóstico de las lesiones quísticas del páncreas implica un reto ante la diversidad de patologías que adoptan dicha morfología. De acuerdo a una clasificación de estructuras quísticas pancreáticas, se consideran como entidades con manifestaciones clínicas y tratamiento completamente diferentes, a las colecciones quísticas inflamatorias, quistes pancreáticos verdaderos, quistes parasitarios, quistes congénitos, y los quistes de origen extrapancreático.^{7,8} Actualmente se demuestran colecciones líquidas peripancreáticas en el 80% de los estudios radiológicos de los pacientes con antecedentes de pancreatitis o trauma abdominal;^{8,9} los pseudoquistes representan el 70% de todas las lesiones quísticas.¹⁰ La sintomatología que presentan los pseudoquistes de páncreas no es específica, se caracteriza por dolor abdominal (90%), náusea y vómito (70%), pérdida de peso (35%),⁷ o simplemente se encuentran asintomáticos y su diagnóstico se realiza como un hallazgo. Con respecto a su diagnóstico se señala que no existe método o prueba definitiva o suficientemente sensible para diferenciar un pseudoquiste de una neoplasia quística verdadera, de ahí que el diagnóstico se hace al relacionar los antecedentes del paciente con el cuadro clínico, las pruebas de laboratorio y gabinete. El ultrasonido (USG), la tomografía axial computarizada (TAC), la colangiopan-

Key words: Aorta, saccular aneurysm of the aorta, pancreatic pseudocyst, cystic lesions of the pancreas.

Cir Gen 2003;25: 54-58

creatografía retrógrada endoscópica (CPRE), y la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) son los estudios que aportan más información para el diagnóstico. Como ya se mencionó, el diagnóstico diferencial implica considerar patologías de origen extrapancreático, muy poco frecuentes y que se reducen a los quistes esplénicos, suprarrenales, renales, duplicaciones intestinales y, muy ocasionalmente, alteraciones vasculares como aneurismas, cuyo origen puede ser de arterias viscerales o de la aorta. El objetivo de este trabajo es el informar de un caso de aneurisma sacular de aorta que simulaba pseudoquiste de páncreas.

Descripción del caso

Paciente femenino de 59 años de edad, originaria y residente del Estado de Guanajuato, de medio socioeconómico bajo con obesidad exógena grado II, quien presentaba antecedentes de dolor abdominal de 10 años de evolución, de tipo cólico, en ocasiones pungitivo, localizado en epigastrio, de moderada intensidad, con irradiaciones a ambos hipocondrios, con duración de minutos a horas, sin estímulo desencadenante y sin relación a alimentos. Se realizó el diagnóstico de colon irritable que se trató con antiespasmódicos. Inició su padecimiento actual en el mes de agosto del año 2000, al presentar dolor de tipo cólico, localizado a nivel de epigastrio, de moderada a gran intensidad, con irradiación a ambos hipocondrios, se acompañaba de náusea y vómito, dicho cuadro condicionó su internamiento en una unidad hospitalaria en donde se hizo el diagnóstico de neoplasia maligna de cabeza de páncreas, se egresó con dicho diagnóstico y se le indicó que se encontraba fuera de tratamiento quirúrgico. Acudió a nuestro servicio en enero del 2001 en busca de una segunda opinión, refería sólo dolor de tipo pungitivo en epigastrio, de intensidad leve, se había agregado pérdida de peso de 10 kg e insomnio.

A la exploración física se encontraron sus constantes vitales dentro de parámetros normales, con 80 kg de peso y talla de 1.45 m. El abdomen se encontró globoso a expensas de panículo adiposo, sin alteraciones en su superficie, blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, con dolor leve a la palpación profunda a nivel de epigastrio, el cual se irradiaba a ambos hipocondrios, puntos pancreáticos negativos, sin la presencia de visceromegalias, se auscultaron ruidos peristálticos con frecuencia de 5 por minuto, resto sin alteraciones. Los exámenes de laboratorio mostraron: Hemoglobina de 14 mg/dl, hematócrito de 42%, leucocitos 7000, glucosa 108 mg/dl, urea 31 mg/dl, creatinina 0.83 mg/dl, proteínas totales 46 g/dl, albúmina 4.30 g/l, bilirrubinas totales 0.59 mg/dl, transaminasa glutámico oxaloacética 19 U/l, transaminasa pirúvica 20 U/l, colesterol total de 213 mg/dl. Se realizó ultrasonido abdominal en donde se observó lesión quística de 6 x 6 x 6 cm, localizada a nivel de la cabeza del páncreas, compatible con pseudoquiste de páncreas (**Figura 1**). La tomografía abdominal mostró una tumoración localizada a nivel de la cabeza del páncreas, de 6 x 6 x 6 cm, con paredes bien definidas, de contenido líquido homo-

géneo, sin la presencia de partes sólidas, ni calcificaciones, que comprimía a la vena cava sin involucrar alguna otra estructura vascular, compatible con un pseudoquiste de páncreas (**Figura 2**). Al no presentar cuadro clínico específico de una patología definida, se decidió realizar laparotomía exploradora con el hallazgo de un aneurisma sacular de la aorta abdominal suprarrenal, el cual se resecó de forma exitosa, sin accidentes ni incidentes transoperatorios (**Figuras 3, 4, y 5**). La paciente cursó su postoperatorio inmediato en la sala de terapia intensiva, en donde 24 h después presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda clínicamente compatible con tromboembolia pulmonar, el cual

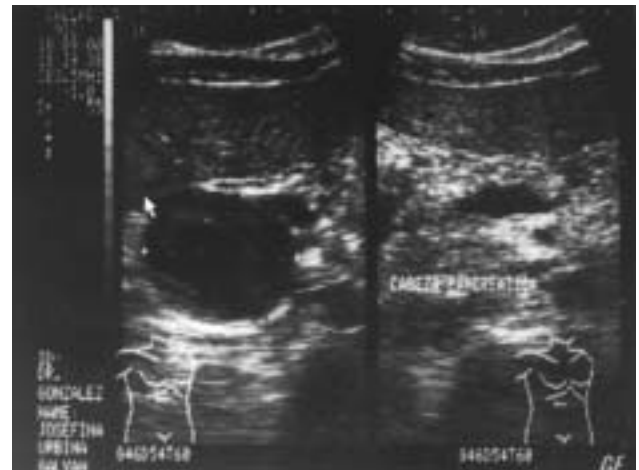


Fig.1. Ultrasonido abdominal. Se observa lesión quística a nivel de la cabeza del páncreas, compatible con pseudoquiste.



Fig. 2. Tomografía abdominal computarizada, se observa una tumoración a nivel de la cabeza del páncreas.



Fig. 3. Laparotomía exploradora: Se observa el aneurisma sacular de la aorta abdominal

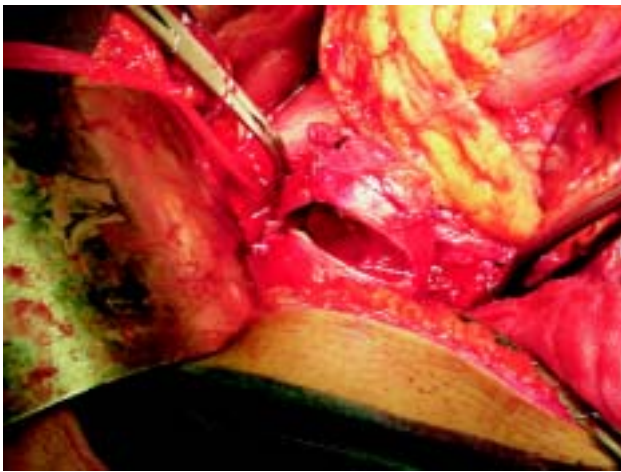


Fig. 4. Transoperatorio: Resección del aneurisma.

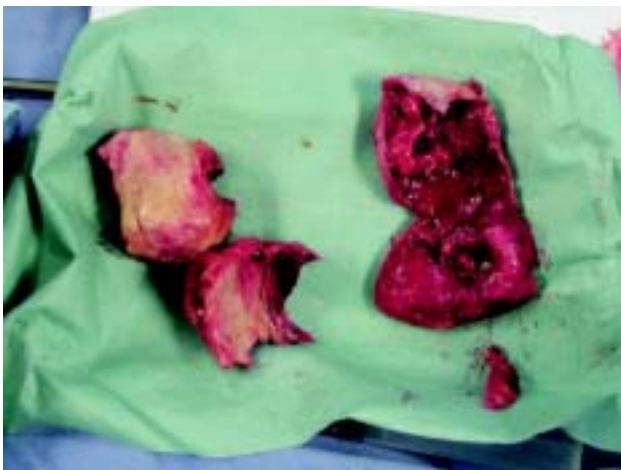


Fig. 5. Pieza quirúrgica extirpada.

remitió de forma espontánea, sin llegar a corroborarse mediante gammagrama pulmonar. La paciente presentó buena evolución y 10 días después se egresó del hospital con mejoría. El estudio histopatológico confirmó que se trató de un aneurisma de aorta abdominal de origen aterosclerótico.

Discusión

Clawford¹¹ clasificó los aneurismas toracoabdominales con base en la extensión anatómica de la afección aórtica como sigue: tipo I. Descendente proximal a aorta abdominal superior; tipo II. Aorta descendente proximal debajo de las arterias renales; tipo III. Aorta descendente distal y abdominal y tipo IV. Aorta abdominal suprarrenal e infrarrenal. La reparación quirúrgica de los aneurismas, sobre todo fusiforme, pueden dar isquemia pasajera de la médula espinal y de órganos viscerales. Los riesgos de insuficiencia renal y orgánica múltiple son mayores en la reparación de aneurismas aórticos toracoabdominales que en otros aneurismas, como los sacular suprarrenales. En el caso clínico descrito, se expone una situación en donde el cuadro clínico no orientaba hacia alguna patología determinada; tanto la ultrasonografía como la tomografía mostraron una tumoración compatible con un pseudoquistes de páncreas; dicho diagnóstico carecía de peso específico en función a los antecedentes y el cuadro clínico, ya que no se corroboró historia de alcoholismo, colecistitis crónica litiásica, pancreatitis o trauma abdominal. Por otra parte, al realizar la exploración física sólo se obtuvieron datos inespecíficos; ante la escasa correlación entre los datos clínicos y los resultados de laboratorio y gabinete, se decidió realizar laparotomía exploradora considerándose el diagnóstico de pseudoquistes por la frecuencia de presentación y la ausencia de datos que nos indicaran otra patología. Al realizar una evaluación retrospectiva del caso, se observó que al efectuar los cortes de la tomografía, la imagen del pedículo del aneurisma sacular de la aorta abdominal quedó excluida, como consecuencia se juzgó como una lesión completamente independiente de estructuras vasculares, probablemente dependiente del páncreas, por lo que nunca se sospechó una patología de origen vascular. A este respecto, cabe enfatizar que como parte del protocolo de estudio de las lesiones quísticas del páncreas, se considera a la ultrasonografía y la tomografía con gran sensibilidad para el diagnóstico, pero no específicas para establecer un diagnóstico certero; por otra parte, se señala que la ultrasonografía tiene el sesgo de la subjetividad del médico, así como al grado de preparación que éste posea para realizar una adecuada interpretación.¹² Warshaw¹³ señala que no es conveniente considerar un sólo criterio clínico, o radiológico, para la identificación de los diferentes tipos de lesiones quísticas del páncreas. Como consecuencia de lo anterior, se señala que un tercio de los tumores quísticos referidos como tales, en particular 90% de los tumores mucinosos, son diagnosticados equivocadamente como pseudoquistes de páncreas, con el consiguiente tratamiento inadecuado. Al igual que Warshaw,¹⁴ consi-

deramos que las patologías quísticas de origen extra-pancreático pueden ser difíciles de distinguir, sin embargo, y como ocurrió en este caso, el objetivo principal es identificar a tiempo el error diagnóstico y brindar el tratamiento más adecuado al paciente.

Conclusión

El aneurisma sacular de la aorta abdominal suprarrenal puede confundirse con un pseudoquistes del páncreas.

Referencias

1. Svensson G, Crawford ES. *Cardiovascular and vascular disease of the aorta*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1997.
2. Sabiston C Jr. *Aortic abdominal aneurysms*. In: Sabiston textbook of surgery. 15 th ed. Philadelphia: Saunders; 1997.
3. May J, White GH, Harris JP. Devices for aorta aneurysm repair. *Surg Clin North Am* 1999; 79: 507-27.
4. Long R, Guzman R, Greenberg H, Safneck J, Hershfield E. Tuberculous mycotic aneurysm of the aorta: review of published medical and surgical experience. *Chest* 1999; 115: 522-31.
5. Sternberg WC 3rd, Gonze MD, Garrad CL, Money SR. Abdominal and thoracoabdominal aortic aneurysm. *Surg Clin North Am* 1998; 78: 827-43 IX.
6. Bickerstaff LK, Hollier LH, Van Peenen HJ, Melton LJ 3rd, Pailorero PC, Chewy KJ. Abdominal aortic aneurysms: the changing natural history. *J Vasc Surg* 1984; 1: 6-12.
7. Yeo CJ, Sarr MG. Cystic and pseudocystic diseases of the pancreas. *Curr Probl Surg* 1994; 31: 165-243.
8. Cooperman AM. An overview of pancreatic pseudocyst: The emperor's new clothes revisited. *Surg Clin North Am* 2001; 81: 391-7, xii.
9. Siegelman SS, Copeland BE, Saba GP, Cameron JL, Sanders RC, Zerhouni EA. CT of fluid collections associated with pancreatitis. *AJR Am J Roentgenol* 1980; 134: 1121-32.
10. Neff R. Angiography and interventional radiology: percutaneous approaches to benign pancreatic disorders. *Surg Clin North Am* 2001; 81: 359-61, xi.
11. Crawford ES, Crawford JL, Safi HJ, Coselli JS, Hess Kr, Brooks B, et al. Thoracoabdominal aortic aneurysms: preoperative and intraoperative factors determining immediate and long-term results of operations in 605 patients. *J Vasc Surg* 1986; 3: 389-404.
12. Pitchumoni CS, Agawal N. Pancreatic pseudocysts. When and how should drainage be performed? *Gastroenterol Clin North Am* 1999; 28: 615-39.
13. Warshaw AL, Compton CC, Lewandruski K, Cardenosa G, Mueller PR. Cystic tumor of the pancreas. New clinical, radiologic, and pathologic observations in 67 patients. *Ann Surg* 1990; 212: 432-43; discussion 444-5.
14. Warshaw AL, Rutledge PL. Cystic tumor mistaken for pancreatic pseudocysts. *Ann Surg* 1987; 205: 393-8.