

Revista del
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Volumen 4
Volume 4

Número 4
Number 4 Octubre-Diciembre 2001
October-December 2001

Artículo:

**Nacimiento de un pseudoquiste
(Reporte de caso)**

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

**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*



Medigraphic.com

Nacimiento de un pseudoquiste (Reporte de caso)

Carlos Gerardo Alfaro Moreno,¹ Gaspar Antonio Rico González,¹ Marisol Carrillo C.,¹ Víctor Carlos Hayakawa Dávila,¹ Miguel Arturo Bautista Alfaro,² José Antonio Palacios Ruiz³

RESUMEN

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos, son colecciones sin una cubierta epitelial derivada de la ruptura del conducto pancreático. La mayoría de estas lesiones se resuelven espontáneamente; su diagnóstico se hace evidente al comprimir vísceras aledañas o presentar complicaciones, (infección, hemorragia, perforación y/u obstrucción).

Presentación del caso: Paciente femenino de 27 años con antecedente de colelitiasis, que presenta cuadro de dos días de evolución con dolor en epigastrio, transfictivo, vómito incoercible y deshidratación. Laboratorios con hiperbilirrubinemia, elevación de lipasa y amilasa 3 veces por encima del valor normal. Se ingresa para manejo de pancreatitis aguda y coledocolitiasis. Durante la (CPRE) se observa ruptura del conducto pancreático.

Discusión: La etiología de los pseudoquistes es la disruptión del conducto pancreático que rara vez se identifica en el inicio del padecimiento, corroborándose radiológicamente.

Palabras clave: Pseudoquistes, pancreatitis aguda, CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica).

INTRODUCCIÓN

Los pseudoquistes pancreáticos, son colecciones, sin una cubierta epitelial derivada de la ruptura del conducto pancreático, con una fuga subsecuente de líquido pancreático rico en amilasa, en los tejidos vecinos. Constituye una de las cuatro lesiones quísticas del páncreas, de éstas representa el 75%. Las otras tres son

ABSTRACT

Introduction: Pancreatic pseudocysts are collections with no defined epithelial walls, derived from the rupture of the pancreatic conduct. Most of these lesion will resolve themselves spontaneously; diagnosis becomes evident once complications begin to show (infection, haemorrhage, laceration and/or obstruction).

Case: Female 27 years old with a background of cholelithiasis. Symptoms begin two days before with epigastric pain, vomit and dehydration.

Labs: Hyperbilirubinemia, elevation of lipase and amylase 3 times over expected levels. She is admitted for treatment of acute pancreatitis and choledocholithiasis. During endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) we observed a rupture of pancreatic conduct, which is rarely identified at the beginning of the disease, corroborating it radiologically.

Key words: Pseudocysts, pancreatitis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

neoplasias quísticas benignas y malignas (10%), quistes congénitos (5%), y quistes de retención (10%).

Con el advenimiento de los estudios tomográficos se ha demostrado en pancreatitis aguda un porcentaje del 80% de colecciones agudas, de éstas la mayoría se resuelve espontáneamente.

La comunicación del conducto pancreático con estas cavidades se oblitera paulatinamente, aunque su persistencia explica la falta de resolución de estas lesiones. Su diagnóstico se hace evidente al comprimir vísceras aledañas o presentar complicaciones (infección, obstrucción, ictericia, hemorragia o perforación). La terapia conservadora en los pseudoquistes es universal ahora, las series publicadas reportan resolución espontánea en un rango amplio (7-85%), en su mayoría coinciden en un 50%.

CASO CLÍNICO

Se presentó paciente femenino de 27 años con antecedente de colelitiasis, con un cuadro de dos días de

¹ Médico residente de la División de Cirugía, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Secretaría de Salud.

² Médico Pasante en Servicio Social.

³ Jefe de la División de Cirugía General.

Correspondencia:
Dr. Carlos Gerardo Alfaro Moreno
Departamento de Cirugía General del Hospital General
“Dr. Manuel Gea González”
E-mail: gerardito64@hotmail.com
Teléfonos: 56-89-35-00/56-89-35-06
Fax: 55-53-17-07

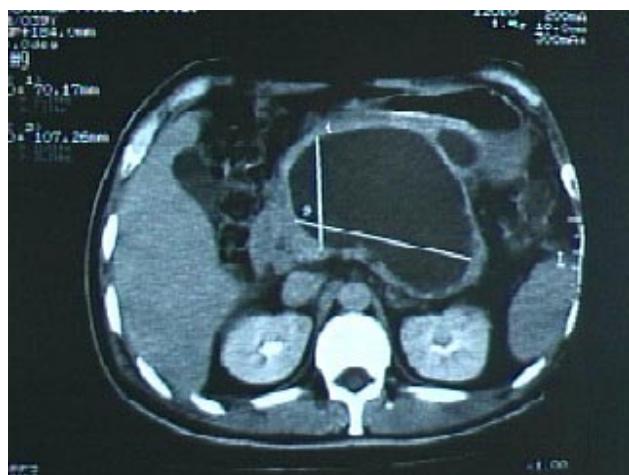


Figura 1.

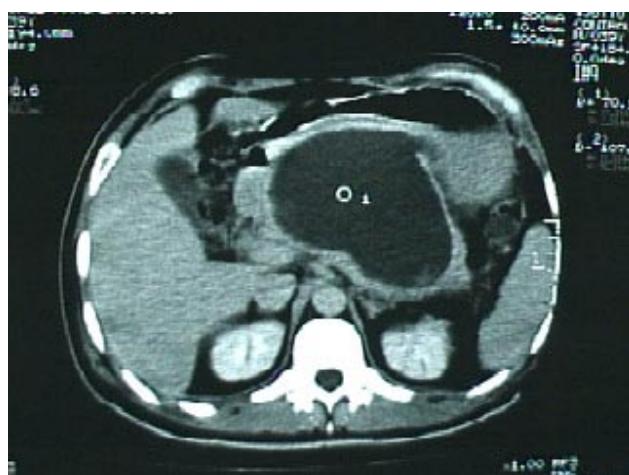


Figura 2.

evolución por dolor abdominal transfictivo en epigastrio, vómito incoercible, deshidratación. A la exploración física con escleras ictericas (+), frecuencia cardiaca de 100 por minuto, 26 respiraciones por minuto, presión arterial 100/70mmHg, afebril. Con mucosas secas, con cardiorrespiratorio sin alteraciones, con abdomen distendido, hiperestesia e hiperebaralgesia, rebote positivo, aperistáltico. Resto sin alteración.

Laboratorio; hemoglobina 16g/dL, hematocrito 47%, leucocitosis 11,000, bandemia 5%, lipasa 1,700u, amilasa 2,400u. Fosfatasa alcalina 230, bilirrubina total 2.3, directa 2.0, electrólitos y coagulación normal.

Se ingresa iniciando como coledocolitis más pancreatitis aguda, manejo con ayuno fluidoterapia, antibioticoterapia, analgesia y vitamina K profiláctica.

Se somete 12 horas, posterior al ingreso a CPRE, con canulación incidental del pancreatico y acinarización observándose ruptura del conducto pancreatico. La paciente desarrolla 4 semanas posterior a su egreso masa palpable, dolor persistente, se somete a tomografía abdominal donde se corrobora pseudoquiste pancreatico.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de un pseudoquiste se realiza a partir de la cuarta o sexta semana del evento agudo en caso de pancreatitis aguda, clínicamente por persistencia del dolor, y en ocasiones elevación enzimática sérica. Las lesiones del conducto pancreatico en la literatura se conocen como la fisiopatología para la formación de los pseudoquistes al agrupar una colección rica en amilasa en los órganos vecinos. El momento exacto para el inicio de la lesión se desconoce pero en este paciente en particular se detectó tempranamente.

REFERENCIAS

1. Abram M. Cooperman: *The pancreas revisited I: diagnosis, chronic pancreatitis*. Surgical Clinics of North America 2001; 81: 2 April.
2. Bradley EL. A clinically base classification system for acute pancreatitis. *Arch Surg* 1998; 128: 586-590.
3. D'egidio A, Schein M. Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications. *Br J Surg* 1992; 78: 981-984.
4. Pitchumoni CS, Agarwal N. Pancreatic pseudocysts: when and how should drainage be performed. *Gastroenterol Clin North Am* 1999; 28: 615-639.
5. Richer HM. *Natural history of pancreatic pseudocysts*. In: Howard J et al. (Ed): *surgical diseases of the pancreas*. Baltimore, William's & Wilkins, 1998: 417-421.
6. Smits ME, Rauws EAJ, Tytgat GNT et al. The efficacy of endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 202-207.