

Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático

Miguel Ángel Cruz Salinas,* José A Manjarrez Cuenca,** Marco A González Acosta,***
Hipólito Santiago Cruz,** Ignacio Esquivel Ledesma,**** Yoeli M Escandón Espinoza,*
Herman Vásquez Guerra,* Ileana Mondragón Moreno*

RESUMEN

El pseudoquiste pancreático, una acumulación de líquido casi siempre estéril, se compone de detritos celulares, sangre y líquido pancreático (enzimas pancreáticas) y está totalmente encapsulado por una pared que carece de epitelio. Representa aproximadamente 75% de las lesiones quísticas del páncreas. Las opciones de tratamiento que existen son: drenaje percutáneo, drenaje endoscópico, drenaje endoscópico transpapilar y drenaje quirúrgico. Se reporta el caso de un paciente de 59 años de edad, a quien por medio de una ultrasonografía y una TAC se le detectó en el páncreas una lesión quística de 14.5 X 9 cm. Se realizó una cistogastroanastomosis debido a la presentación anatómica del pseudoquiste. El tratamiento debe individualizarse y determinarse con base en las características del pseudoquiste, ya que actualmente existen varias modalidades de tratamiento.

Palabras clave: pseudoquiste pancreático, tratamiento de pseudoquiste pancreático, drenaje quirúrgico de pseudoquiste pancreático.

ABSTRACT

Pancreatic pseudocyst is a collection of sterile fluid, usually consists of cellular debris, blood and pancreatic fluid, totally encapsulated by a wall without epithelium. It represents approximately 75% of cystic lesions of the pancreas. There are several treatment options: percutaneous drainage, endoscopic drainage, endoscopic transpapillary drainage and surgical drainage. We report the case of a 59-year-old male patient diagnosed, by ultrasound and CT, with a cystic lesion of 14.5 X 9 cm in the pancreas. Due to the anatomical presentation a cistogastroanastomosis was made. The treatment should be individualized by determining the characteristics of the pseudocyst; currently there are several treatment modalities.

Key words: pancreatic pseudocyst, pancreatic pseudocyst treatment, surgical drainage of pancreatic pseudocyst.

Morgagni (1761) descubrió durante una autopsia el primer pseudoquiste de páncreas.¹ Bozeman en 1882 describió la primera operación de drenaje de un pseudoquiste.^{1,2} El pseudoquiste pancreático, una acumulación de líquido casi siempre estéril, se com-

pone de detritos celulares, sangre y líquido pancreático (enzimas pancreáticas) y está totalmente encapsulado por una pared que carece de epitelio, el cual se forma por una respuesta inflamatoria que ocurre después de la extravasación de líquido pancreático.³⁻⁶ Representa aproximadamente 75% de las lesiones quísticas del páncreas.^{7,8}

Su prevalencia en pancreatitis aguda se ha reportado en 6 a 18.5% y en pancreatitis crónica en 20 a 40%.^{3,8,9} Su causa principal se relaciona con pancreatitis crónica de origen alcohólico (70-78%), pancreatitis biliar e idiopática (6-18%) y traumatismo pancreático (5-10%).^{2,3,8,9} Se manifiesta con más frecuencia en el sexo masculino, en la cuarta y quinta décadas de la vida.^{2,3,10} Por lo regular, aparece dos a cuatro semanas después de un episodio de pancreatitis aguda;^{6,8,11} sin embargo, en pacientes con pancreatitis crónica puede formarse en forma inadvertida. El 45% se forma en la cabeza del páncreas y la mayor parte son solitarios (15% múltiples).⁷ Puede manifestarse con dolor abdominal (90%), saciedad temprana,

* Residente de Cirugía General.

** Médico adscrito a Cirugía General.

*** Profesor titular de Cirugía General.

**** Jefe de enseñanza.

Hospital Gonzalo Castañeda, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: Dr. Miguel Ángel Cruz Salinas. Chosica 662, interior 6, colonia Lindavista, CP 07300, México, DF. Correo electrónico: cruz.salinas@gmail.com

Recibido: julio, 2011. Aceptado: septiembre, 2011.

Este artículo debe citarse como: Cruz-Salinas MA, Manjarrez-Cuenca JA, González-Acosta MA, Santiago-Cruz H y col. Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático. Rev Esp Med Quir 2011;16(4):256-259.

náusea y vómito (50-70%), pérdida de peso (20-50%), ictericia (10%), fiebre (10%) y masa palpable (25-45%).^{3,4,6-8} Se diagnostica mediante estudios de imagen: ultrasonografía: sensibilidad 88 a 100% y especificidad 92 a 98%, ultrasonido endoscópico: sensibilidad 93 a 100% y especificidad 92 a 98%, TAC: sensibilidad 82 a 100% y especificidad 98%, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y resonancia magnética nuclear: sensibilidad 70 a 92%.²⁻⁴ En la bibliografía se reporta la regresión espontánea del pseudoquiste en 8 a 70% de los pacientes; en menos de seis semanas después del diagnóstico hay regresión en 40% y complicaciones en 20%; en más de 12 semanas no hay regresión, y 67% de los pacientes padece complicaciones. Esto depende del tamaño del pseudoquiste, del tiempo de presentación (aguda o crónica) y de si existe comunicación o no con el conducto pancreático.^{2,4,5,8}

La clasificación más práctica y utilizada actualmente es la de Nealon y Walser, la cual se basa en la anatomía del conducto pancreático y se divide en: tipo I: conducto normal y sin comunicación con el pseudoquiste, tipo II: conducto normal y con comunicación con el pseudoquiste, tipo III: conducto con estenosis y sin comunicación con el pseudoquiste, tipo IV: conducto con estenosis y con comunicación con el pseudoquiste, tipo V: conducto pancreático con obstrucción completa, tipo VI: pancreatitis crónica en la que el conducto y el pseudoquiste no se comunican, tipo VII: pancreatitis crónica en la que el conducto y el pseudoquiste se comunican.^{3,4,10}

Las indicaciones de tratamiento de un paciente con pseudoquiste pancreático son: compresión de grandes vasos, obstrucción gástrica o duodenal, estenosis de vía biliar —secundaria a compresión—, infección del pseudoquiste, hemorragia hacia el pseudoquiste, fístula pancreática pleural, pseudoquiste sintomático (saciedad, náusea y vómito, y dolor y sangrado gastrointestinal bajos), pseudoquiste asintomático mayor de 5 cm (que no haya modificado su tamaño o morfología en más de seis semanas), pseudoquiste asintomático mayor de 4 cm (que origine complicaciones extrapancreáticas en pacientes con pancreatitis crónica por alcoholismo) y sospecha de malignidad.^{2,4} Existen varias opciones de tratamiento: observación (alivio: 8-70%), aspiración o drenaje percutáneo (falla: 16%, morbilidad: 18%, recurrencia hasta 70%), aspiración o drenaje endoscó-

pico (éxito: 92-100%, mortalidad: 0.2%, morbilidad: 17%, recurrencia: 7.6-23%), drenaje quirúrgico abierto (éxito: 70-100%, morbilidad: 9-36%, mortalidad: 0-8%, recurrencia: 0-30%) o laparoscópico (éxito: 92-100%, mortalidad: 0%, morbilidad: 9%, recurrencia: 3%), drenaje interno o externo y resección.^{2,4,5}

Las complicaciones por un pseudoquiste son: complicaciones esplénicas, rotura, hemorragia, infección, complicaciones biliares, hipertensión portal, obstrucción (estómago, duodeno o grandes vasos), rotura hacia la cavidad abdominal o víscera hueca y fístula entérica o pleural.³⁻⁶

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años de edad. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución, tratada con insulina protamina neutra Hagedorn (NPH), así como de hipertensión arterial sistémica de cuatro años de evolución, tratada con enalapril. Refirió cuatro internamientos previos por pancreatitis: el primero hace nueve años y el último hace seis meses. Tabaquismo negativo y alcoholismo desde los 17 años, a razón de 20 cervezas por fin de semana. Negó antecedentes quirúrgicos y alérgicos. Desde el mes de octubre de 2009 padecía dolor tipo cólico; en el epigastrio el dolor era leve e intermitente, se irradiaba hacia el hipocondrio derecho, era posterior a la ingestión de alimentos y se acompañaba de saciedad temprana y distensión abdominal. Cinco meses después el paciente acudió al servicio de Urgencias porque el dolor aumentó en frecuencia e intensidad y porque tenía poca tolerancia por vía oral.

Se le realizó una ultrasonografía de hígado y vías biliares que en el epigastrio reveló un tumor oval de bordes regulares, con patrón ecográfico mixto de predominio anecoico, con áreas ecogénicas adheridas a la pared del epigastrio, con ecos finos que formaban nivel, con dimensiones de 124 X 91 X 91 mm y con volumen de 541 cc. Se diagnosticó probable pseudoquiste pancreático. Los parámetros de los análisis sanguíneos de las fórmulas roja y blanca, de la química sanguínea y de los electrolitos séricos fueron normales, y las concentraciones séricas de amilasa eran de 48 UI/L (50% de los pacientes con pseudoquiste pancreático tienen

concentraciones séricas de amilasa dos a cuatro veces mayores del valor normal).⁵⁻⁸ Se realizó en el abdomen una TAC con doble contraste, que reveló un tumor en el epigastrio con contenido homogéneo que dependía del páncreas, que medía 145 X 90 mm y que tenía una pared de 5 mm (Figura 1). Como el paciente tenía síntomas de obstrucción gástrica y un pseudoquiste de más de 14 cm (índice de complicaciones mayor de 67%), se realizó el protocolo prequirúrgico y fue operado siete días después de su ingreso. Se realizó un abordaje abierto y se encontró un pseudoquiste pancreático –adyacente a la pared posterior del estómago– de 12 X 10 cm, con pared de 8 mm, sin datos de infección y con contenido de 500 cc de material necrótico (Figura 2), por lo que se realizó una cistogastroanastomosis (Figura 3).

El paciente tuvo buena evolución clínica, refirió disminución del dolor, por lo que al quinto día se inició tolerancia de líquidos por vía oral; la tolerancia a los mismos fue buena. Se tomó en el abdomen una TAC con doble contraste, en la que no se observaron colecciones residuales (Figura 4), por lo que 15 días después de la intervención egresó sin dolor y con buena tolerancia a los alimentos.

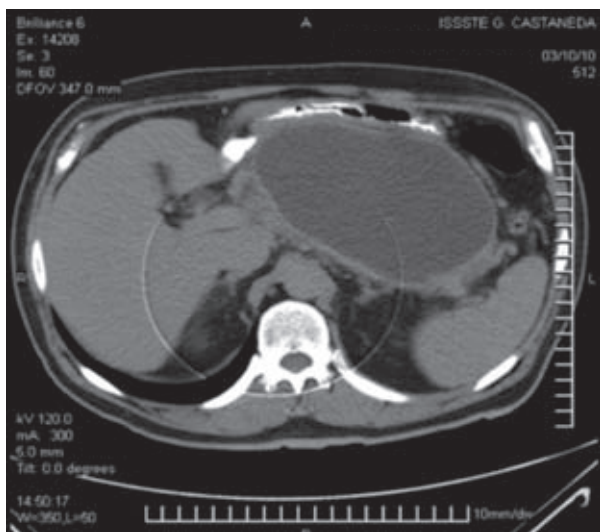


Figura 1. TAC abdominal prequirúrgica en la que puede observarse –en el epigastrio– un tumor con contenido homogéneo, que mide 145 X 90 mm, depende del páncreas y tiene una pared de 5 mm.



Figura 2. Abordaje abierto en el que se aprecia un pseudoquiste pancreático de 12 X 10 cm, con pared de 8 mm –adyacente a la pared posterior del estómago– y con contenido de 500 cc de material necrótico.

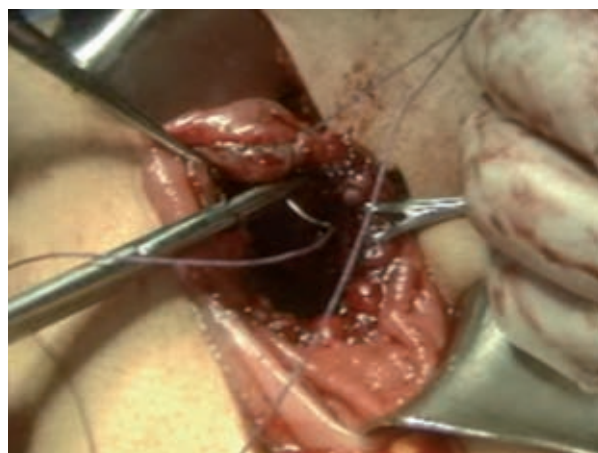


Figura 3. Manejo quirúrgico definitivo mediante una cistogastroanastomosis. Al fondo pueden verse huellas de tejido necrótico drenado previamente.

CONCLUSIÓN

El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente de la pancreatitis aguda y crónica. Un pseudoquiste de más de ocho semanas es menos probable que se alivie de manera espontánea, y como el riesgo de complicaciones aumenta con el tiempo, el tratamiento de los pseudoquistes grandes (mayores de 5 cm) no debe demorarse. La introducción de nuevas y sensibles técnicas de imagen nos permite detectar lesiones quísticas del páncreas e identificar mejor las estructuras adyacentes. La clasificación del pseudoquiste es un factor importante

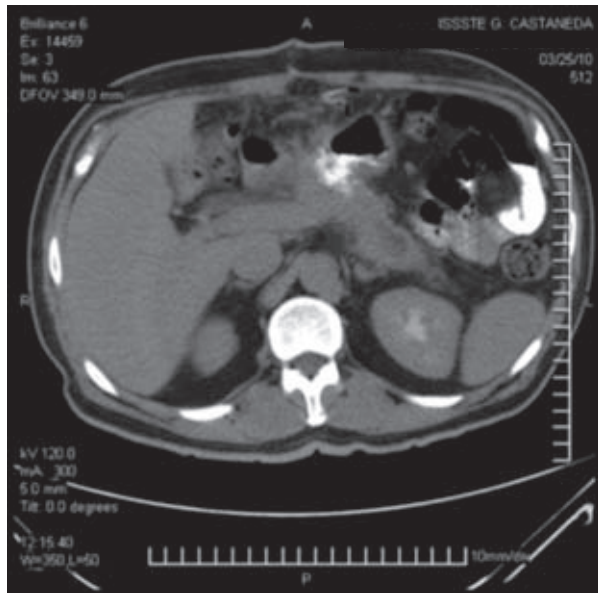


Figura 4. TAC abdominal con doble medio de contraste como control posquirúrgico en la que se observa que el pseudoquiste pancreático se ha eliminado.

para determinar el manejo terapéutico. En la actualidad el drenaje percutáneo sólo debe realizarse en casos de urgencia, por su alto índice de recurrencia (24-70%).⁹ La intervención quirúrgica es la opción terapéutica tradicional para tratar el pseudoquiste pancreático, porque las tasas de éxito son altas y la morbilidad y la mortalidad son bajas. Se han obtenido resultados muy prometedores con el manejo laparoscópico; sin embargo, falta seguimiento a largo plazo para poder equipararlo con la intervención quirúrgica abierta. El tratamiento endoscópico es una alternativa razonable para no realizar una intervención quirúrgica, sobre todo, en pseudoquistes crónicos, ya que la morbilidad y mortalidad son aún más bajas que con la intervención quirúrgica. El drenaje

endoscópico inicial, que beneficiaría al paciente en su manejo y evolución, debe considerarse una valiosa herramienta y el método de elección en pacientes con pseudoquistes pancreáticos asociados con pseudoquistes grandes; sin embargo, en términos institucionales no se cuenta con los recursos para llevarlo a cabo.^{3,8}

REFERENCIAS

1. Patiño J. Breve reseña histórica. En: Reyes y col., editores. *Pancreatitis aguda y crónica*. San José: LIL, 1992;3-5.
2. Lerch MM, Stier A, Wahnschaffe U, Mayerle J. Pancreatic pseudocysts: observation, endoscopic drainage, or resection? *Dtsch Arztebl Int* 2009;106:614-621.
3. Habashi S, Draganov P. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol* 2009;15(1):38-47.
4. Vargas RD, Sepúlveda-Copete M, Zuleta JE, Hani AC. Case report: treatment of pancreatic pseudocysts with endoscopic transpapillary drainage. *Rev Col Gastroenterol* 2010;25:203-206.
5. Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. *Maingot: operaciones abdominales*. 10ª ed. (tomo II). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1998.
6. Asociación Mexicana de Cirugía General/Consejo Mexicano de Cirugía General. *Tratado de cirugía general*. 2ª ed. (sección XXVII; capítulo 124). Ciudad de México: El Manual Moderno, 2008.
7. Zuidema G, Yeo CJ, Shackelford. *Cirugía del aparato digestivo*. Volumen 3. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005.
8. Gramática L, Montenegro BR, Badra MR. Seudoquiste de páncreas. *Cirugía digestiva* 2009;IV-478:1-7.
9. Aghadassi A, Mayerle J, Kraft M, Sielenkämper A, et al. Pancreatic pseudocysts-when and how to treat? *HPB (Oxford)* 2006;8:432-441.
10. Nealon WH, Walser E. Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage). *Ann Surg* 2002;235(6):751-758.
11. Isaji S, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical management. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2006;13:48-55.