

CIRUGIA GENERAL**PSEUDOQUISTE PANCREATICO**

Stephanie Ramírez Gutiérrez*

SUMMARY

Pancreatic pseudocysts are the most common cystic lesions of the pancreas, and arise from pancreatic ductal disruption. They are complications of acute or chronic pancreatitis. Although they can be asymptomatic, they can also present symptoms like, abdominal pain, nausea and vomiting. The diagnosis is accomplished by imaging, like the CT scan. Most of them resolve spontaneously with supportive care alone, but persistent symptoms and complications warrant invasive intervention. There is 3 types of

drainage procedures: surgical, percutaneous, and endoscopic, being this last one the preferred approach, because is less invasive.

INTRODUCCION

El pseudoquiste pancreático es una complicación común de pancreatitis aguda y crónica, así como de trauma pancreático y obstrucción del ducto pancreático. Se ha visto que pueden afectar desde 16-50% de los pacientes con pancreatitis aguda y 20-40% de los pacientes con pancreatitis crónica. El Simposio Internacional de Atlanta en pancreatitis aguda,

describe el pseudoquiste como: Colección de fluido de más de 4 semanas, rico en amilasa y otras enzimas pancreáticas, como consecuencia de pancreatitis aguda, crónica o trauma. Está rodeado de una pared de tejido fibroso en ausencia de epitelio. Los pseudoquistes son causados por disrupción ductal, seguida de aumento de presión, ya sea por estenosis, alguna obstrucción del sistema ductal principal, o como resultado de necrosis pancreática. Son un problema clínico importante y pueden complicar el curso de una pancreatitis ya sea crónica o aguda. (3,10,9,1)

* Médico General

ETIOLOGIA

La etiología de los pseudoquistes se asemeja a las causas de pancreatitis. Aunque la formación de pseudoquistes es más común en pancreatitis crónica que en aguda, y todavía más común después de una pancreatitis inducida por alcohol. Estos pueden diferenciarse en 3 tipos según la clasificación de D'Egidio y Schein, basada en la etiología de fondo, la anatomía ductal y la presencia de comunicación entre el quiste y el ducto pancreático.

Tipo 1: Pseudouistes agudos post necrosis, que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda, están asociados a anatomía ductal normal y rara vez comunican con el ducto pancreático.

Tipo 2: También postnecrotico que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda-crónica y usualmente hay comunicación ducto- pseudoquiste.

Tipo 3: Definidos como pseudoquistes de retención, ocurren después de pancreatitis crónica y están asociados a estrechez del ducto y comunicación ducto-pseudoquiste.

Esta clasificación es de enorme importancia para escoger el abordaje terapéutico apropiado. (3,8)

La patogénesis parece venir de la disrupción del ducto pancreático, seguido de una extravasación de secreciones pancreáticas. La

patogénesis en la pancreatitis crónica es menos estudiada pero hay 2 mecanismos que pueden ser los causantes; ya sea debido a una exacerbación aguda de la enfermedad de fondo y/o un bloqueo de la rama principal del ducto por un tapón de proteína, un cálculo o fibrosis localizada. (3,2)

PRESENTACION CLINICA Y DIAGNOSTICO

La presentación clínica del pseudoquiste puede variar desde asintomático hasta grandes complicaciones abdominales. Dentro de las complicaciones agudas se encuentran: el sangrado, la infección y la ruptura. Dentro de las crónicas podemos encontrar: obstrucción gástrica, obstrucción biliar y trombosis esplénica o portal con el desarrollo de varices esofágicas. Complicaciones como esta se han reportado hasta en 24% de los casos con una mortalidad asociada del 6%. (3,7) El dolor abdominal es el signo clínico predominante, la fiebre y signos sépticos indican infección del pseudoquiste. Otros síntomas como anorexia, masa abdominal después de un caso de pancreatitis, pueden estar presentes. Las pruebas de laboratorio son de utilidad limitada. Su diagnóstico se basa en métodos de imagen, básicamente ecografía abdominal

y TAC. Se pueden ver como lesiones redondeadas, bien delimitadas con contenido hipoeocoico, homogéneo de tamaño muy variable. Aunque suelen ser uniloculares en ocasiones presentan septos fibrosos. (2,10)

US: Se observan con estructura ecoica, bien definidos. Pueden aparecer más complejos cuando hay hemorragia o infección del quiste. La sensibilidad de detección va desde 75-90%. Tiene varias limitaciones en comparación con el TAC.

TAC: Se puede ver una masa de paredes gruesas, redondeadas, llenas de fluido adyacente al páncreas. Esta imagen en un paciente con historia de pancreatitis es virtualmente patognomónica de pseudoquiste pancreático. En los casos agudos el TAC es la mejor opción además nos provee información de la anatomía circundante y cualquier patología adicional que se encuentre. La gran desventaja es la incapacidad de diferenciar entre pseudoquiste y una neoplasia quística. La resonancia magnética es una modalidad bastante sensible para pseudoquiste, pero no se usa de rutina, ya que el TAC normalmente ofrece toda la información necesaria. La colangiopancreatografía endoscópica retrograda no es necesaria en el diagnóstico de pseudoquiste. El US endoscópico

Table 3 Cystic fluid analysis in cystic pancreatic diseases

SCA	SCA	MCN	MCAC	Pseudocyst
CEA	Low	High	High	Low
CA125	Variable	Variable	High	Low
CA19-9	Variable	Variable-high	Variable-high	Variable
Amylase	Low-high	Low-high	Low-high	High
Lipase	Low	Low	Low	High

SCA: Serous cystadenoma; MCN: Mucinous cystic neoplasm; MCAC: Mucinous cystadenocarcinoma

es la prueba de elección cuando se desea distinguir un pseudoquiste de otra lesión quística del páncreas. Al momento el US se puede realizar una aspiración por aguja fina, también puede ser usado para guiar un drenaje endoscópico. Un líquido de aspecto seroso con altas concentraciones de enzimas pancreáticas y bajas de marcadores tumorales, específicamente el antígeno carcinoembrionario permite diferenciar entre pseudoquiste y tumores quísticos del páncreas. (2,4)

TRATAMIENTO

Las guías tradicionales han sostenido que los pseudoquistes de más de 6 cm de diámetro deben ser drenados porque muestran menores cifras de resolución espontánea, y exponen a los pacientes a más riesgo de complicaciones que los pseudoquistes pequeños. Sin embargo la heterogeneidad de los hallazgos relacionados al pronóstico y el tamaño del

pseudoquiste, resalta que los criterios para drenar el quiste basado en su tamaño no son apropiados. Factores como dolor persistente, obstrucción duodenal, gástrica, o biliar, ascitis, infección o sangrado, son más importantes para considerar el drenaje. Una vez establecida la necesidad de intervención terapéutica, la elección del procedimiento dependerá de las características del pseudoquiste y según la clasificación de D'Egidio. Existe el drenaje percutáneo, quirúrgico y endoscópico. A su vez el endoscópico se puede realizar transpapilar o transmural. (9,8)

Drenaje percutáneo: Esta técnica es exitosa resolviendo pseudoquistes sin embargo tiene alto riesgo de infección. Está contraindicada en pacientes con estrechez del ducto pancreático, y en los que los quistes contienen material sanguinolento o sólido. Es una alternativa a la cirugía, efectiva y segura.

Drenaje quirúrgico: Se logra formando una comunicación entre la cavidad del pseudoquiste y el

estómago o el intestino delgado. Este abordaje normalmente es reservado para pacientes que no toleran o se ha fallado con el drenaje percutáneo o endoscópico. Las tasas de éxito entre el método endoscópico y quirúrgico son comparables sin embargo el quirúrgico trae consigo más morbilidad.

Drenaje endoscópico: Se ha convertido en el abordaje terapéutico preferido, ya que es menos invasivo que la cirugía, no necesita drenaje externo y tiene un porcentaje de éxito a largo plazo muy alto. La modalidad transpapilar se usa cuando el pseudoquiste tiene comunicación con el ducto pancreático. La modalidad transmural puede realizarse guiado por US o sin este. El que no es guiado por US requiere de proximidad del pseudoquiste al lumen gástrico. (3,8,9,5)

COMPLICACIONES DEL PSEUDOQUISTE

Dentro de las complicaciones del pseudoquiste se encuentra la ruptura, el desenlace de este depende si el pseudoquiste se rompe hacia el tracto gastrointestinal, la cavidad peritoneal, o ya sea hacia el sistema vascular. La hemorragia también puede llegar a complicar el curso de un pseudoquiste. Tiene alta mortalidad y morbilidad.

La infección puede ocurrir ya sea espontáneamente o después de manipulaciones, puede ser tratado inicialmente de manera conservadora, pero la mayoría de los pacientes requieren una eventual intervención. Las complicaciones esplénicas incluyen: hemorragia masiva, sepsis e infarto esplénico, y trombosis de la vena esplénica. Requieren intervención quirúrgica urgente debido a que los pacientes son propensos a deteriorarse rápidamente. Las biliares ocurren debido a pseudoquistes grandes en el área de la cabeza que obstruyen los conductos biliares y causan ictericia obstructiva. También se puede dar hipertensión portal por compresión de la vena esplénica/porta. (3)

RESUMEN

Los pseudoquistes pancreáticos son las lesiones quísticas más comunes del páncreas, y se forman por disrupción ductal pancreática. Son complicaciones de pancreatitis aguda y crónica, pueden ir desde asintomáticos a presentar síntomas como dolor abdominal, náuseas y vómitos. El diagnóstico se logra por medio

de imágenes, con preferencia por el TAC. La mayoría resuelve espontáneamente con tratamiento conservador, sin embargo la persistencia de síntomas o complicaciones son indicaciones claras de una intervención invasiva. Existen tres tipos de drenaje, el quirúrgico, el endoscópico (siendo este el de preferencia) y el percutáneo. La escogencia del manejo varía basado en la experiencia local, pero en general se prefiere el endoscópico por ser el menos invasivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis- 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut 2013;62:102-111
2. Dominguez Munoz JE, Larino-Noia J, Iglesias-Garcia J. Diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas pancreáticas. Medicine. 2012;11(8):505-509.
3. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterol 2009;7;15(1):38-47.
4. H'ng MW, Kwek JW, Liau KH, Vu CKF. Cystic pancreatic lesions: a pictorial review and management approach. Singapore Med J. 2010; 51(8): 668-674.
5. Jusch AC, Hassan J, Mohd R, Chee Fong K, Fatin N, Awang Z. Combined Laparoscopic cholecystectomy and Drainage of Pancreatic Pseudocyst: a case report and review of current management. Med J Malaysia 2013; 68(3):273-274.
6. Lankisch PG, Weber- Dany B, Maisonneuve P, Lowenfels AB. Pancreatic Pseudocysts: Prognostic factors for their development and their spontaneous resolution in the setting of acute pancreatitis. Pancreatology; 12(2012) 85-90
7. Lu X, Uchida E, Yokomuro S, Nakamura Y, Aimoto T, Tajiri T. Features and choice of treatment of acute and chronic pancreatitis Pseudocysts with special reference to invasive intervention. Pancreatology 2008; 8:30-35.
8. Rodriguez D'Jesus A, Fernandez-Esparrach G, Saperan E. Tratamiento endoscópico del pseudoquiste de pancreas: aspectos prácticos. Gastroenterol Hepatol 2011; 34(10): 711-716
9. Samuelson AL, Shah RJ. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. Gastroenterol Clin N Am, 41(2012) 47-62.
10. Zeream E, Imamovis G, Omerovic S, Ljuca F, Haracic B. Percutaneous treatment for symptomatic pancreatic pseudocysts: Long- term results in a single center. European Journal of Internal Medicine. 2010;21:393-397.