



ARTICULO ORIGINAL

Seudoquiste pancreático crónico: reporte de un caso y revisión de la literatura ***[Reporte de un caso]***

Dr. Miguel Ángel Ramirez Ramirez

Dr. Juan Omar Hernández Rubio

Dra. Maria Del Rosario Ciau Caamal

Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz (C.E.M.E.V.)

RESUMEN

Los seudoquistes pancreáticos son colecciones quísticas con pared carente de epitelio que representan 75% de todas las lesiones quísticas del páncreas.² Los seudoquistes pancreáticos crónicos, de acuerdo con la clasificación de Atlanta,³ son aquellos formados como consecuencia de una pancreatitis crónica sin el antecedente de un episodio de pancreatitis aguda.⁸ Tradicionalmente, tres procedimientos pueden ser usados en el tratamiento de los seudoquistes pancreáticos: (1) drenaje externo, (2) drenaje interno y (3) escisión quirúrgica.⁹ Sin embargo y debido a los avances técnicos, el drenaje endoscópico y percutáneo han modificado el papel de la cirugía en el tratamiento de los seudoquistes pancreáticos.¹⁰ En el presente caso, el autor reporta un seudoquiste pancreático crónico, donde el diagnóstico fue llevado a cabo mediante tomografía axial computarizada (TAC) con la presencia de dos lesiones quísticas de 8.6x10.1 cm. y 8.2x10 cm., que de acuerdo con sus características clínicas y anatómicas fue tratado mediante cistoyeyunoanastomosis con reconstrucción en Y Roux y toma de biopsia para descartar la presencia de lesión maligna. Realizamos una revisión de la literatura e identificamos las distintas características de los

seudoquistes pancreáticos crónicos que son de importancia para determinar el tratamiento médico y/o quirúrgico. En conclusión, el tratamiento de los seudoquistes pancreáticos crónicos debe ser individualizado, determinar las características anatómicas de la lesión que la hace susceptible a distintos manejos así como qué tipo de lesión tiene alta probabilidad de resolución espontánea.

Palabras clave: seudoquiste pancreático, pancreatitis crónica.

ABSTRACT

Pancreatic pseudocysts are cyst collections without epithelial wall representing 75% of all pancreatic cyst collections.² According to Atlanta classification,³ chronic pancreatic pseudocyst is that recognized after chronic pancreatitis without a previous acute attack.⁸ Three procedures have been described for the treatment of pancreatic pseudocyst: 1) external drainage, 2) internal drainage and 3) surgical remotion.⁹ However, because the technical endoscopic knowledge and percutaneous drainage, the surgical treatment has been modify.¹⁰ In the present case, the author reports an 8.6x10.1 cm. y 8.2x10 cm., chronic

pancreatic pseudocysts with septum by TC that was treated by cystojejunostomy and Y Roux anastomosis, with biopsy of wall cyst for the evidence of no malignant disease. We make the literature review, and there are important findings of chronic pancreatic pseudocyst that determine the medical or surgical treatment. We conclude that the treatment of chronic pancreatic pseudocyst must be individualized, looking for anatomic findings because this lesions have also spontaneous resolution.

Key words: pancreatic pseudocyst, chronic pancreatitis.

INTRODUCCION

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones quísticas con pared carente de epitelio que se originan por la disrupción de un conducto pancreático, contienen un alto contenido de amilasa o jugo pancreático y se encuentran adyacentes a los tejidos peripancreáticos.¹ Representan 75% de todas las lesiones quísticas del páncreas.²

Los pseudoquistes pancreáticos crónicos, de acuerdo con la clasificación de Atlanta,³ son aquéllos formados como consecuencia de una pancreatitis crónica sin el antecedente de un episodio de pancreatitis aguda.

El abuso de alcohol es la causa de pancreatitis en la mayoría de los pacientes con pseudoquistes pancreáticos crónicos;⁴ los pseudoquistes en pancreatitis crónica tienen un alta incidencia en comparación con la pancreatitis aguda, esta incidencia figura de 20 a 40% de acuerdo con lo reportado por la literatura.^{5,6,7}

La aplicación de la TAC y el ultrasonido (USG) hicieron posible un avance en el conocimiento de la historia natural del pseudoquiste pancreático. La evaluación de las distintas opciones de tratamiento es difícil o complicada debido a la tendencia de resolución espontánea de los pseudoquistes.⁸

Tradicionalmente, tres procedimientos pueden ser usados en el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos: (1) drenaje externo, (2) drenaje interno y (3) escisión quirúrgica.⁹

Sin embargo, debido a los avances técnicos, el drenaje endoscópico y percutáneo han modificado el papel de la cirugía en el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos.¹⁰

OBJETIVO

Mostrar un caso en el cual se conjugan una serie de hallazgos que requieren ser analizados para poder establecer mediante un adecuado criterio el tratamiento del pseudoquiste pancreático que se relacione con un mejor resultado terapéutico, de acuerdo con la revisión del tema y discusión.

CASO REPORTADO

Masculino de 77 años de edad, con antecedente de alcoholismo crónico, hipertenso, portador de hipotiroidismo e hipercolesterolemia. Ingresa al hospital por haber notado la presencia de tumoración en abdomen cuatro meses previos, con pérdida de peso de dos kilos, astenia, adinamia, hiporexia, cefalea y dolor abdominal difuso ocasional. La temperatura corporal, la presión arterial, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca, la examinación pulmonar y neurológica resultaron normales.

A la exploración abdominal con distensión generalizada, masa palpable en epigastrio, hipocondrio y flanco izquierdo, uniforme, sin poder delimitar sus bordes, móvil, dolor a la palpación, matidez a la percusión. Los resultados de laboratorio fueron los siguientes: Leucocitos de 7,900 células por mm³, neutrófilos de 76.8%, linfocitos 11.7%, hemoglobina 15.1 g/dl, hematócrito 42.6 %, plaquetas 415 000 células por mm³, TP 14.9 segundos al 84%, TPT 30 segundos, glucosa sérica 89 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, Na 129 mEq/l, K 3.6 mEq/l, Cl 94 mEq/l. El USG abdominal reveló la presencia de tumoración quística biloculada.

En la TAC aparecen dos lesiones quísticas de 8.6x10.1 cm. y 8.2x10 cm. (Fig. 1) respectivamente, correspondiente a un pseudoquiste pancreático tabicado, protuyendo hacia epiplón mayor (Fig. 2) sin relación con el estómago o duodeno.

Se realizó drenaje interno por medio de cistoyeyunoanastomosis con reconstrucción en Y de Roux (Fig. 3), con hallazgos de pseudoquiste pancreático tabicado, contenido líquido pancreático no fétido, no gas, líquido de reacción peritoneal citrino.

Durante el procedimiento quirúrgico se realizó toma de biopsias de la pared del pseudoquiste (Fig. 4) con el siguiente reporte histopatológico: remanente de tejido

pancreático, con inflamación crónica, hemorragia y áreas de necrosis; la muestra del líquido peritoneal reportó intenso infiltrado inflamatorio, agudo y

crónico, compatible con peritonitis. Durante el postoperatorio la evolución fue satisfactoria y se decidió el alta.

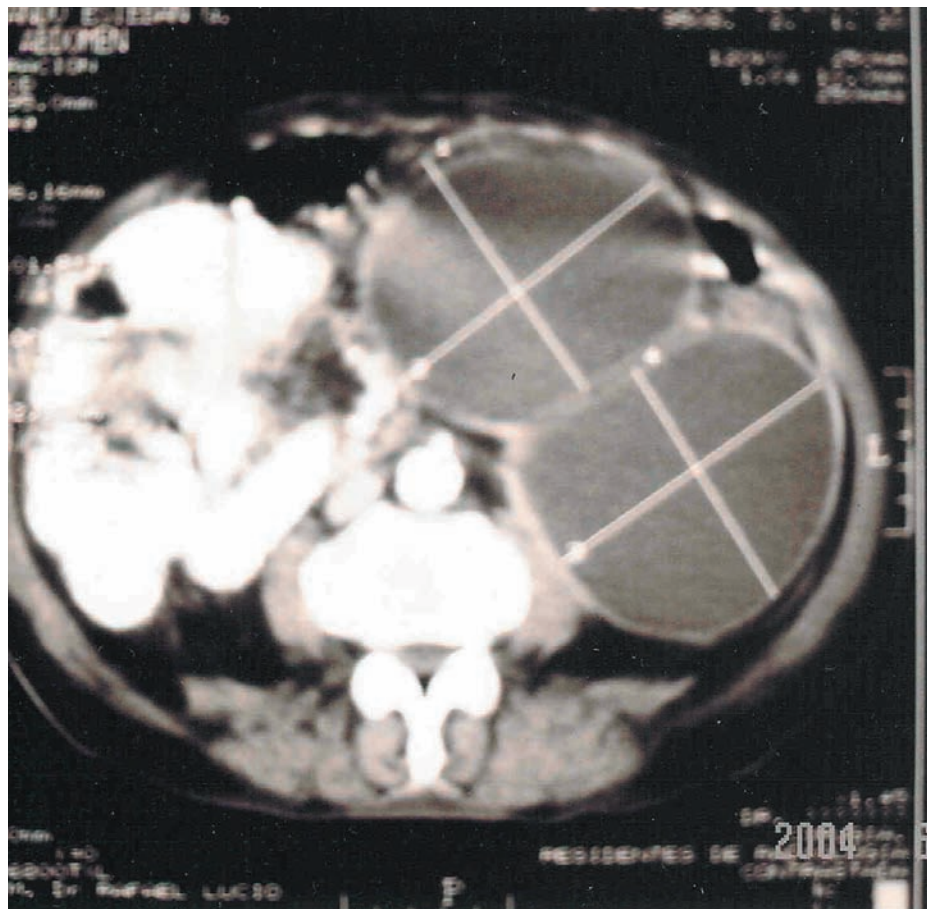


Figura 1. TAC. Muestra pseudoquiste pancreático tabicado.



Figura 2. Seudoquiste pancreático protuyendo en epiplón mayor.

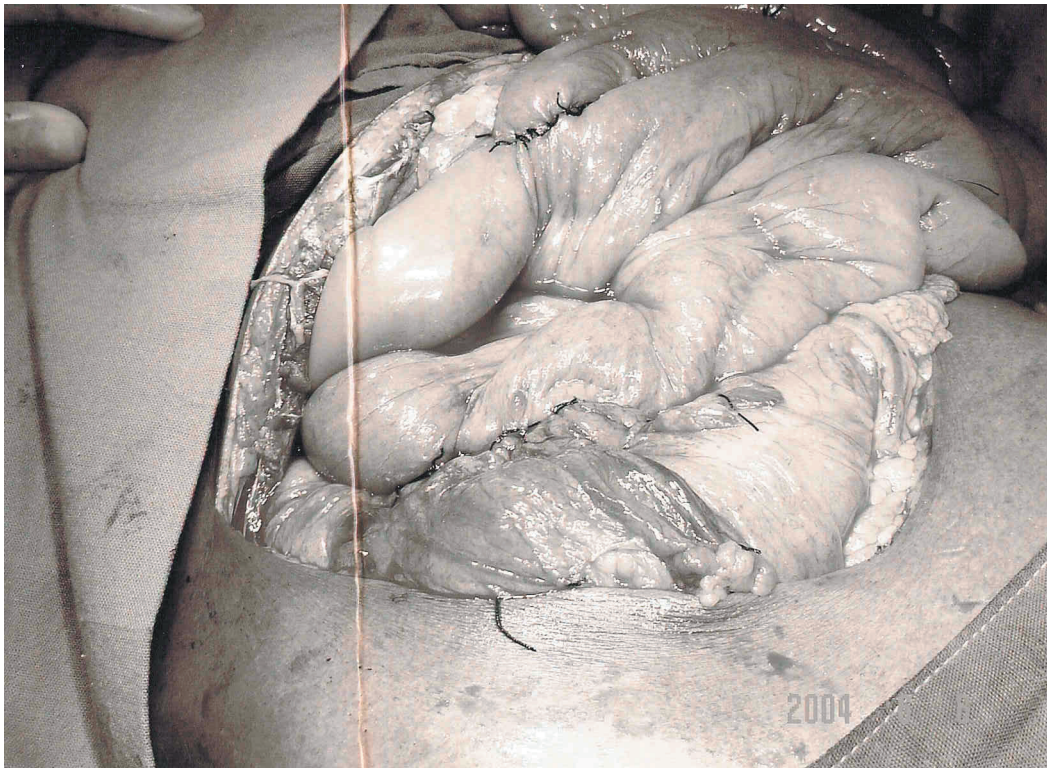


Figura 3. Cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

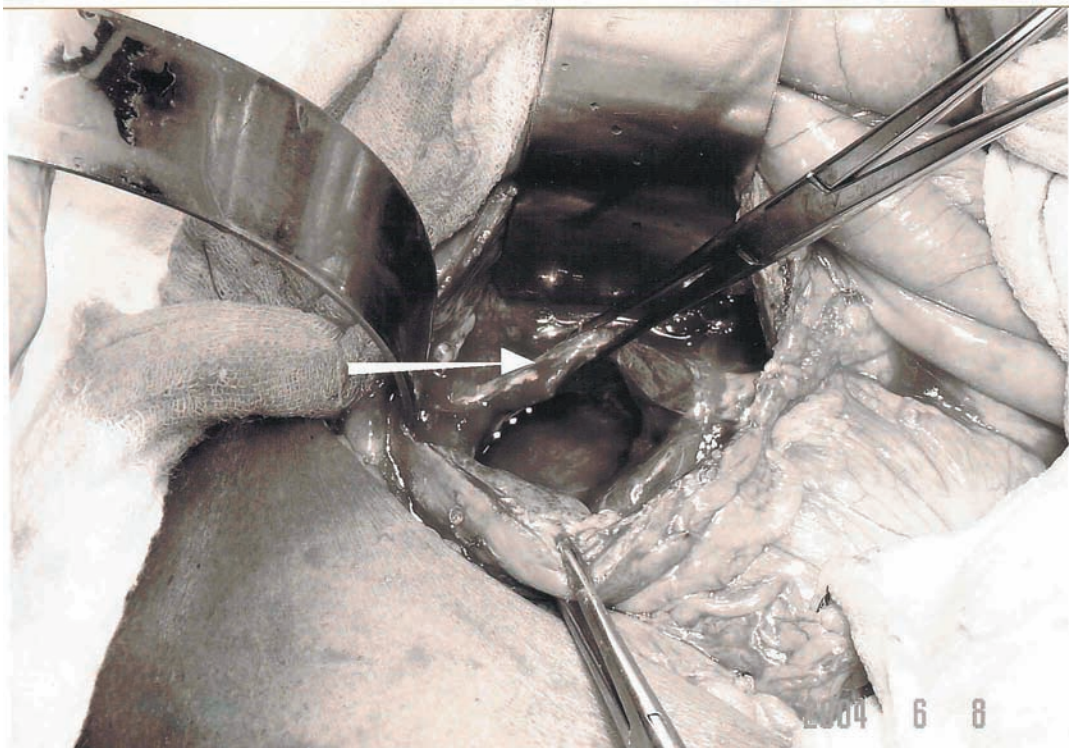


Figura 4. Biopsia transoperatoria a nivel de tabicación (flecha blanca) del pseudoquiste.

DISCUSIÓN

En el presente caso clínico, el diagnóstico de pseudoquiste pancreático crónico fue realizado por los hallazgos clínicos e imagenológicos. La TAC es actualmente el estudio diagnóstico más usado para la investigación de las lesiones quísticas del páncreas; sin embargo, Hsieh y colaboradores¹¹ reportan que la resonancia magnética tiene un alto valor para la diferenciación entre pseudoquistes pancreáticos y cistadenoma mucinoso; así, Rattner y colaboradores¹² sugieren que la TAC puede mostrar componentes sólidos dentro del quiste, septos y loculaciones o calcificaciones en la pared del quiste, las cuales son altamente sugestivas de procesos neoplásicos. En el paciente descrito, la TAC muestra dos lesiones principales, las cuales están divididas por un septo, siendo necesario la toma de biopsia durante el transoperatorio para descartar proceso maligno.

El tratamiento conservador de los pseudoquistes pancreáticos por medio de vigilancia es fundamental debido a que existen altos porcentajes de resolución espontánea; el único mecanismo de resolución documentado es la ruptura espontánea del pseudoquiste dentro de un órgano

adyacente;^{13,14} existen otros posibles mecanismos pero son sólo basados en especulaciones. Varios estudios sugieren que la resolución espontánea de los pseudoquistes pancreáticos ocurre en 8-70 % de los pacientes;^{13,15,16, 17,18} sin embargo, la fibrosis y las características del sistema ductal en la pancreatitis crónica hacen que la resolución espontánea de los pseudoquistes pancreáticos crónicos sea bastante baja.¹⁵ Existen factores pronósticos que pueden predecir qué pseudoquiste se resolverá espontáneamente. Maringhini y colaboradores¹⁹ notaron que un año después del diagnóstico, 65% de los pseudoquistes agudos se habían resuelto, los pseudoquistes menores de 5 cm. de tamaño fueron los que más lo hicieron. Gouyon y colaboradores²⁰ observaron un porcentaje de resolución de pseudoquistes de 26% en pacientes con pancreatitis alcohólica crónica.

El tiempo promedio de regresión fue de 29 semanas (rango de 2-143) y el factor predictivo independiente de la resolución espontánea fue un curso asintomático y un tamaño menor de 4 cm. El tamaño fue el factor predictivo más importante en la resolución de los pseudoquistes en la serie de Aranha y colaboradores.²¹

El diámetro medio de las lesiones que se resolvieron fue de 4 cm. comparado con un diámetro de 9 cm. en aquellos pseudoquistes que no se resolvieron. Otros factores que reducen la probable resolución espontánea de los pseudoquistes son la presencia de múltiples quistes,²¹ pared gruesa²² y desarrollo extrapancreático en pancreatitis alcohólica crónica.²⁰

El caso expuesto tiene los siguientes factores que predicen poco porcentaje de resolución espontánea: pseudoquiste crónico, curso clínico sintomático, diámetro mayor de 4 cm. (8x10 cm. y 8x10cm), lesiones múltiples, pared gruesa y desarrollo extrapancreático, por lo cual el tratamiento quirúrgico se lleva a cabo, evitando las posibles complicaciones; lo anterior de acuerdo con la serie estudiada por Vitas y Sarr,²³ donde aunque sólo se presentaron en 6 pacientes de 68 tratados inicialmente con manejo conservador, sin embargo fueron graves, las cuales incluyeron hemorragia intracística en 3, perforación en 2 e infección del quiste en 1.

Por lo tanto, es necesario individualizar el tratamiento y evitar la presencia de complicaciones en aquellas lesiones con pocas probabilidades de resolución espontánea y que no se resolverán con el manejo conservador.

En el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos existen varias opciones. El drenaje percutáneo tiene la ventaja de realizarse de manera rápida con anestesia local, sin embargo este método de tratamiento se ha reportado con altos rango de fistulas persistentes, necesidad de drenaje con catéter por tiempo prolongado con una media de hasta 28 días.²⁴ Gumaste,²⁵ en una serie de 46 pacientes, reportan una tasa de recurrencia de 63 % y una falla total de 54 % con el tratamiento por medio de aspiración por drenaje percutáneo. De acuerdo con lo concluido por Nealon y Walter,²⁶ los pacientes con pancreatitis crónica asociada a pseudoquistes tienen pobre respuesta al drenaje percutáneo, lo cual en el caso reportado no la hace factible como opción de tratamiento.

El drenaje endoscópico tiene como ventaja ser un método menos invasivo, se considera como tratamiento de primera línea reservando el tratamiento quirúrgico cuando la intervención endoscópica ha fallado, para las complicaciones o la presencia de múltiples pseudoquistes.

Como la muestra la TAC, debido a la topografía pseudoquiste en el caso presentado, no fue posible considerar el tratamiento endoscópico ya que no existe una pared común entre el quiste y el estómago o duodeno, lo cual es un factor crucial para el drenaje endoscópico ya que existen consideraciones particulares que determinan la apropiada realización del drenaje quístico incluyendo la aposición del quiste a la pared del estómago o duodeno.²⁷ Derivar el pseudoquiste a una víscera contigua, como el estómago, duodeno o yeyuno, es el método quirúrgico para la descompresión de los pseudoquistes pancreáticos, una biopsia es obtenida simultáneamente de la pared del quiste para descartar la presencia de neoplasia.¹⁰ De acuerdo con los hallazgos topográficos, la lesión presentada estaba en íntima relación con el yeyuno, por lo cual la mejor opción fue realizar cistoyeyunoanastomosis y toma de biopsia de la pared del pseudoquiste.

CONCLUSIONES

En conclusión, el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos crónicos debe ser individualizado, debemos tomar en cuenta varias características como son grosor de la pared, curso clínico (sintomático o asintomático), diámetro de la lesión, desarrollo extrapancreático, que son factores relacionados con poca probabilidad de resolución espontánea.

Es fundamental elegir la intervención terapéutica más adecuada; la punción percutánea, aunque es fácil, se acompaña de pobre respuesta, drenaje prolongado y del riesgo de desarrollo de fistulas. Es importante identificar las características anatómicas ya que la anatomía es un factor crucial para el drenaje endoscópico; consideraciones particulares como la oposición del quiste a la pared del estómago o duodeno hacen posible la realización de este método.

El tratamiento quirúrgico más apropiado cuando existe relación con yeyuno es realizar derivación interna, es decir, cistoyeyunoanastomosis, en reconstrucción en Y Roux para disminuir el reflujo. Así mismo es imprescindible realizar toma de biopsia sobre todo en aquellas lesiones sugestivas de neoplasia, es decir, cuando existe la presencia de componentes sólidos dentro del quiste, septos y loculaciones o calcificaciones en la pared del pseudoquiste.

REFERENCIAS

1. Avram M. Cooperman, MD An overview of Pancreatic Pseudocysts. *Surgical Clinics Of North Am* 2001;81 (2): 391-397.
2. Yeo LJ, Sarr MG: Cystic and pseudocystic disease of the pancreas. *Ann Probl* 1994; 31: 167-243.
- 3.-Bradley EL 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. *Arch Surg* 1993, 128: 586-90.
- 4.- Ake Andr  n .Sandberg, Cristos Dervenis. Pancreatic Pseudocysts in the 21st Century. Part I: Clasificati  n, Pathophysiology, Anatomic Considerations and Treatment. *JOP. J Pancreas* 2004, 5(1): 8-24.
- 5.-Barthet M, Moreira LS, Bastid C, Sastre B, Sahel J. Management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. A retrospective study of 143 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1993; 17: 270-6.
6. Ammann RW, Akovbiantz A, Largiader F, Schueler G. Course and outcome of chronic pancreatitis. Longitudinal study of a mixed medical-surgical series of 245 patients. *Gastroenterology* 1984; 86 (5 Pt 1): 820-8.
7. Elliot DW. Pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am* 1975; 55: 339-62.
8. Ake Andr  n .Sandberg, Cristos Dervenis. Pancreatic Pseudocysts in the 21st Century. Part II: Natural History. *JOP. J Pancreas* 2004; 5(1): 8-24.
9. Cooperman AM, Hoerr SO: Pseudocysts. In Cooperman AM, Hoerr SO (eds): *Surgery of the Pancreas: An Atlas and Text*. St. Louis, Mosby, 1978, pp 96-113.
10. Avram M. Cooperman, MD. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am*. 2002; 81 (2): 411-419.
- 11.- Hsieh, Chi-Hsun, Tseng, Jeng-Hwei, Huang, Shiu-Feng. Co-existence of a huge pseudocyst and mucinous cystadenoma: report of a case and the value of magnetic resonante imagining for differential diagnosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2002; 14 (2): 191-194.
- 12.-Rattner DW, Castillo CF, Warshaw AL. Cystic pancreatic neoplasms. *Ann Oncol* 1999, 10 (suppl 4): s107-s110.
13. Sankaran S, Walt AJ. The natural and unnatural history of pancreatic pseudocysts. *Br J Surg* 1975; 62: 37-44.
14. Hanna WA. Rupture of pancreatic cysts. Report of a case and review of the literature. *Br J Surg* 1960; 47: 495-8.
15. Agha FP. Spontaneous resolution of acute pancreatic pseudocysts. *Surg Gynecol Obstet* 1984; 158: 22-6.
16. Mc Conell DB, Gregory JR, Sasaki TM, Vetto RM. Pancreatic pseudocyst. *Am J Surg* 1982; 143: 599-601.
17. Pollak EW, Michas CA, Wolfman EF Jr. Pancreatic pseudocyst: management in fifty-four patients. *Am J Surg* 1978; 135: 199-201.
18. Czaja AJ, Fisher M, Marin GA. Spontaneous resolution of pancreatic masses (pseudocysts)–development and dissapperance after acute alcoholic pancreatitis. *Arch Intern Med* 1975; 135: 558-62.
19. Maringhini A, Uomo G, Patti R, Rabitti P, Termini A. Pseudocysts in acute nonalcoholic pancreatitis: incidence and natural history. *Dig Dis Sci* 1999; 44: 1669-73.
20. Gouyon B, Levy P, Ruszniewski P, Zins M, Hammel P, Vilgrain V. Predictive factors in the outcome of pseudocysts complicating alcoholic chronic pancreatitis. *Gut* 1997; 41: 821-5.
21. Aranha GV, Prinz RA, Esguerra AC, Greenlee HB. The nature and course of cystic pancreatic lesions diagnosed by ultrasound. *Arch Surg* 1983; 118: 486-8.
22. Warshaw AL, Rattner DW, Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocyst. Clinical and chemical criteria. *Ann Surg* 1985; 202: 720-4.
23. Vitas GJ, Sarr MG. Selected management of pancreatic pseudocysts: operative versus expectant management. *Surgery* 1992; 111: 123-30.
24. VonSonnenberg E, Wiltich GR, Casale G, et al: Percutaneous drainage of infected and noninfected pancreatic pseudocysts: Experience in 101 cases. *Radiology* 1989;170: 757-761.
- 25.-Gumaste UV, Debe PB: Pancreatic pseudocyst drainage: The needle or scalpel *J Clin Gastro  nterol* 1991;13: 500-505.

26. Nealon, William H. MD; Walser, Eric MD. Main Pancreatic Ductal Anatomy Can Direct Choice of Modality for Treating Pancreatic Pseudocysts (Surgery Versus Percutaneous Drainage) Annals of Surgery 2002; 235(6): 751-758.

27. Gitanjali Vidyarthi, MD, and Stephen E. Steinberg, MD. Endoscopic Management of Pancreatic Pseudocysts. Surg Clin North Am, Numero, 2001; 81(2): 405-410.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Miguel Ángel Ramírez Ramírez

Calle Clavel No. 129

San Agustín Chimalhuacan México CP. 56330

Tel. (01 55) 26429633

Cel. (01 228) 1048496

Correo: dr_ramirezcirugia@yahoo.com.mx