

Pseudoquiste pancreático: a propósito de un caso

José León Tapia-González, Miguel Carrillo, Walter Chirinos

Centro Diagnóstico de Occidente C.A. Barinas, Venezuela

Recibido Agosto 16, 2009. Aceptado Agosto 26, 2009

Resumen

Se presenta un caso de pseudoquiste pancreático de cuatro años de evolución en una paciente joven, cuyo desenvolvimiento determinó la decisión de realizar drenaje quirúrgico. Se exponen los datos clínicos de la paciente, su manejo y posterior evolución, así como los fundamentos tomados en cuenta por el equipo quirúrgico para llevar a cabo tal procedimiento.

PALABRAS CLAVE: Pseudoquiste pancreático, pancreatitis, drenaje quirúrgico

PANCREATIC PSEUDOCYST. A CASE REPORT

Abstract

We report a case of pancreatic pseudocyst with four years of evolution in a young female patient that determined the decision to perform surgical drainage. We outline her clinical data, management and evolution, as well as the grounds considered by the surgical team to carry out such procedure.

KEY WORDS: Pancreatic pseudocyst, pancreatitis, surgical drainage

Introducción

El pseudoquiste pancreático (PP) se define como una colección de fluido rico en amilasas, localizado entre o adyacente al páncreas, recubierto por una pared no epitelizada que se produce como resultado de una pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, traumatismo pancreático u obstrucción del conducto pancreático (1, 2). La frecuencia con que los PPs aparecen tras una pancreatitis aguda no está bien establecida; si bien con el uso de técnicas de imagen (ecografía, tomografía axial computarizada o TAC) se ha visto que se desarrollan hasta en el 5-8% de los episodios (3, 4). Aunque autores como Boix-Valverde (1), afirman que la incidencia en estos casos oscila entre un 1.6 al 69%, dependiendo de los métodos utilizados en su diagnóstico. Por otro lado, aproximadamente un 10-20% de los pacientes con pancreatitis crónica desarrollan un PP (5). Los PPs postraumáticos (frecuentes en la infancia) inicialmente pueden pasar

desapercibidos y manifestarse meses después del mismo (6).

El mecanismo de formación del PP, varía según la etiología; Bradley (7), afirma que después de un episodio de pancreatitis aguda grave, inicialmente proceden de un acumulo de jugo intra o peripancreático, que constituye una colección aguda carente de pared y contenida por una reacción inflamatoria. Estas colecciones agudas desaparecen espontáneamente hasta en la mitad de los casos. Luego de un período de 4-6 semanas, se forma una pared de tejido de granulación que da lugar al PP, el cual se diferencia de los quistes verdaderos por la falta de epitelización de la pared (2, 3). Godil (8), comenta que en el caso de la pancreatitis crónica y otras etiologías, el mecanismo de formación más probable es inicialmente la destrucción canalicular, con posterior dilatación quística del conductillo pancreático hasta formar el PP.

Un 90% de los PPs son únicos. Tras una pancreatitis de origen enólico son más frecuentes

los pseudoquistes múltiples. Su tamaño varía entre 1-2 cm y 30 cm; se consideran grandes cuando son mayores de 4-5 cm. Su volumen oscila entre 50 y 6,000 ml (1). Su localización más frecuente es intrapancreática o adyacentes a la glándula, si bien también se describen otras más inusuales como en cuello, mediastino, escroto o intrahepático (9, 10).

Las manifestaciones clínicas dependen en buena parte de la localización y tamaño. Debe sospecharse clínicamente la existencia de un pseudoquiste cuando no se resuelva un episodio de pancreatitis, se mantengan altas las amilasas, persista dolor epigástrico pese a la resolución clínica de la pancreatitis, y cuando se palpe una masa epigástrica tras una pancreatitis aguda (1). El diagnóstico clínico se debe complementar con un ultrasonido abdominal, TAC y una endoscopia digestiva superior (3, 11, 12).

El tratamiento está signado por tres elementos fundamentales: localización y tiempo de evolución, presencia de complicaciones y enfermedad pancreática o patología asociada (8). Actualmente se cuenta con un arsenal terapéutico que va desde el tratamiento quirúrgico abierto o laparoscópico (con sus diferentes modalidades), hasta drenaje endoscópico, sin olvidar la posibilidad de drenaje percutáneo (1, 3, 5-8).

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una paciente de 29 años de edad, natural y procedente de la localidad, quien al momento de consultar en nuestro centro, refiere enfermedad de 4 años de evolución, caracterizada por sensación de peso y tumoración abdominal no dolorosa, de crecimiento progresivo, que se incrementó con el embarazo. Al interrogatorio niega antecedentes de pancreatitis aguda o crónica, traumatismos u otras patologías de importancia. Al examen físico se aprecia abdomen asimétrico con tumoración visible que predomina en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de aproximadamente 15 por 20 cm, no dolorosa a la palpación, fija a planos profundos, blanda y renitente. Se realiza TAC abdominal contrastada (Fig. 1), que reporta una tumoración quística de bordes bien definidos de 20 por 20 cm en relación con cuerpo y cola del páncreas, en contacto con la pared posterior del estómago, concluyendo: PP. Se realiza endoscopia digestiva superior que informa una compresión extrínseca que desplaza la pared

gástrica posterior a nivel de cuerpo y antro. Los estudios de laboratorio dentro de rangos normales.

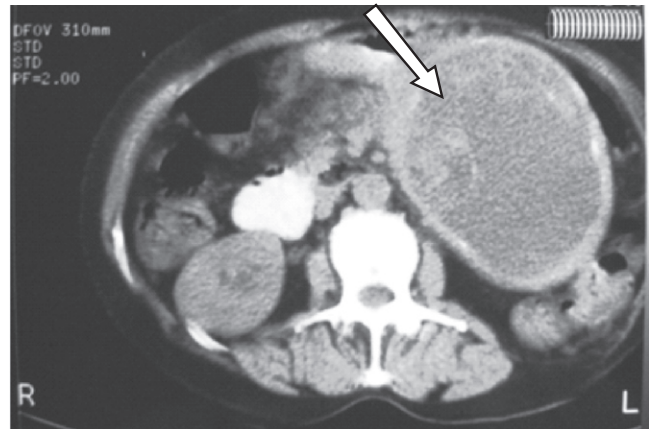


Figura 1. TAC de abdomen. Pseudoquiste (flecha)

Es llevada a mesa operatoria donde se realiza laparotomía mediana supra, para e infrumbilical con los siguientes hallazgos: gran tumoración quística de aproximadamente 20 por 20 cm con origen en cabeza y cuerpo del páncreas, de paredes bien definidas, la cual desplaza hacia adelante el estómago y hacia abajo el colon transverso y las asas delgadas (Fig. 2). Se realiza gastrotomía anterior a nivel del cuerpo de aproximadamente 7 cm (Fig. 3), abordaje de la tumoración quística a través de la pared gástrica posterior (Fig. 4), con la obtención de aproximadamente 2000 ml de líquido verdoso espeso, no fétido, con abundantes detritus. Se realiza gastrocistoanastomosis a puntos separados con Vicryl 3-0 (Fig. 5) y cierre de la gastrotomía con crómico 2-0, con puntos continuos en 2 planos (Fig. 6), lavado y drenaje de la cavidad, verificación final de la hemostasia y cierre por planos.

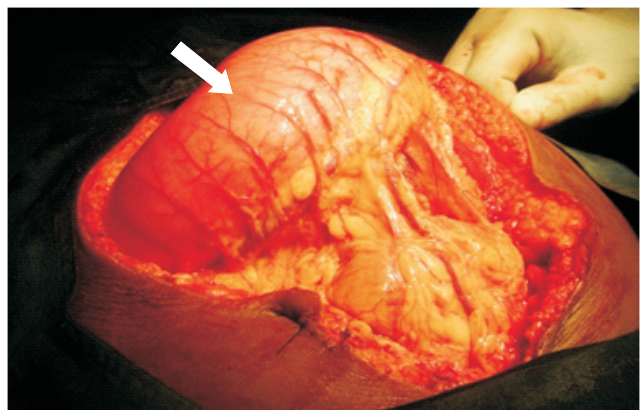


Figura 2. Hallazgos laparotomía. Estómago desplazado (flecha).

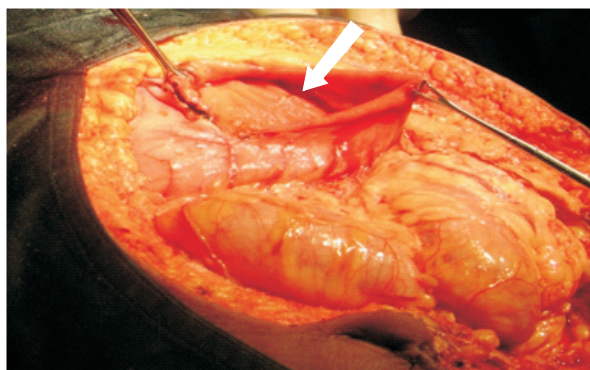


Figura 3. Gastrotomía anterior (flecha)

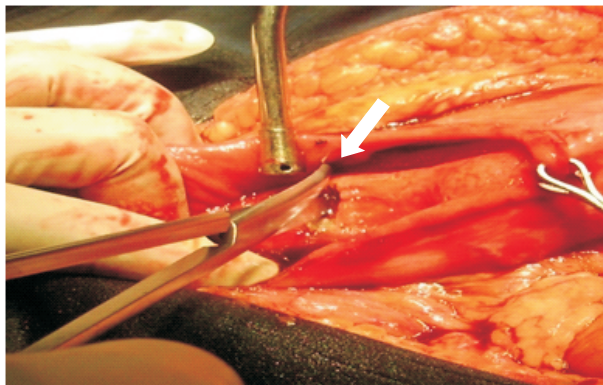


Figura 4. Cistotomía por pared gástrica posterior (flecha)

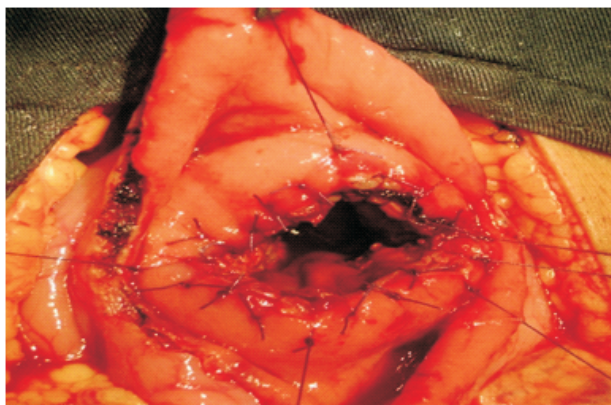


Figura 5. Gastrocistoanastomosis.

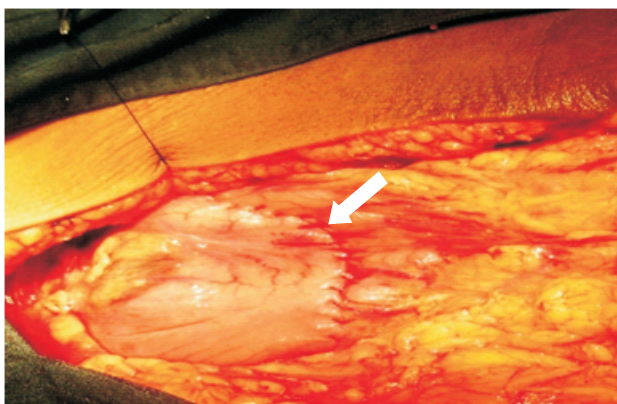


Figura 6. Gastrotomía anterior cerrada (flecha).

La paciente evolucionó en forma satisfactoria, fue manejada con ampicilina sulbactam por vía endovenosa a 3 gramos cada 8 horas; inició tolerancia oral al cuarto día y fue egresada al sexto día sin complicaciones. Durante los últimos 6 meses de seguimiento postoperatorio no presentó ninguna sintomatología.

Discusión

Consideramos ajustado a la literatura internacional, que la decisión de realizar el drenaje de un PP debe estar sujeta a una serie de parámetros importantes, entre los que podemos mencionar el tamaño. Cherevu y col. (13), afirman que si los pseudoquistes son grandes, su resolución espontánea es más rara y con mayor facilidad se complican. Por lo general los pseudoquistes de 5 cm o menos pueden resolverse espontáneamente. Aunque clásicamente se consideraba que un PP mayor de 6 cm y de más de 6 semanas de evolución debía ser drenado, tomar la decisión de cuando se debe llevar a cabo, es complicado. En el caso aquí presentado evidenciamos clínica e imagenológicamente una gran tumoración con un diámetro de 20 por 20 cm, cuyo comportamiento en el tiempo fue crecer progresivamente, lo cual unido a la poca importancia prestada por la paciente a esta tumoración, permitió llegar a los extremos ya mencionados, por lo que fundamentados en lo anteriormente expuesto, decidimos drenar quirúrgicamente.

Gabrielli y col. (14), consideran que en ausencia de complicaciones, la conducta inicial ante un PP es expectante, hasta al menos transcurridas 6 semanas del diagnóstico, que se considera el tiempo en que se consigue la madurez de la pared de éste; es decir, la formación de una estructura fibrótica estable que encapsula la colección líquida. Antes de las 6 semanas, sólo se tratan precozmente los pseudoquistes mayores de 4-5 cm de diámetro, en los que existe una relación entre el aumento de tamaño y el empeoramiento de la clínica.

Es poco común encontrarnos con un PP de cuatro años de evolución y sin antecedentes aparentes de pancreatitis aguda, crónica o traumatismos. Definitivamente, aquí tiene que ver la idiosincrasia del paciente con respecto a la enfermedad, prestándole poca importancia, llegando al extremo de asistir a la consulta cuando

no toleran la sintomatología. Por lo que no sería de extrañar la existencia de un antecedente de importancia que haya olvidado o simplemente no mencionado. Por otra parte, consideramos irrealizable la posibilidad de inmadurez de la pared del quiste después de cuatro años, por lo que desde este punto de vista no había contraindicación alguna para llevar a cabo el drenaje quirúrgico.

Una vez tomada la decisión de realizar el drenaje del PP, es necesario pensar en la forma de hacerlo, lo cual a nuestro juicio depende de múltiples factores que iremos comentando. Así nos encontramos con afirmaciones, como la de Freeny (15) en relación al drenaje externo, donde tiene un rol sólo en aquellos pacientes graves, en los que el pseudoquiste provoca un estado séptico y en donde el drenaje resulta imperioso. Además, tiene los grandes problemas de la recidiva (70%). Con respecto al drenaje endoscópico interno, la mayoría de las escuelas pioneras en esta técnica, mencionadas por Antillon (16) en su artículo, coinciden en que es necesario el contacto entre la pared del pseudoquiste y la cavidad gástrica o duodenal, a fin de provocar un abombamiento intraluminal que sea visible a la endoscopia. Estamos consientes de la tendencia creciente hacia los tratamientos mínimamente invasivos, y a pesar de que contamos con un personal altamente capacitado, en el caso aquí presentado no fue viable realizar el drenaje endoscópico interno, debido a la poca experiencia de nuestro gastroenterólogo, justificado por la baja frecuencia de los PPs. Es necesario recordar lo afirmado por Boix-Valverde (1), de que las técnicas quirúrgicas de drenaje interno se utilizan cuando la pared del pseudoquiste está madura. Los porcentajes globales de morbimortalidad para estos procedimientos son de un 5% de mortalidad y un 24% de complicaciones.

Descartadas las opciones anteriores, por las consideraciones ya expuestas, nos vimos en la necesidad de decidimos por otro tipo de drenaje quirúrgico. Antiguamente el tratamiento quirúrgico era considerado el estándar de oro, aunque no estaba exento de una importante morbimortalidad (13). Hoy en día se tiende a realizar tratamientos mínimamente invasivos. El empleo de la endoscopia como método diagnóstico y terapéutico en las patologías pancreáticas ha sufrido un incremento muy significativo desde su introducción hace 25 años

(3). El abordaje quirúrgico vía endoscópica permite evitar las incisiones en la cavidad abdominal, disminuyendo el riesgo de infección, así como el dolor postoperatorio y logrando un resultado más estético (4, 5). Gojo et al. (17) afirman que el abordaje laparoscópico ha demostrado ser efectivo, con cifras de morbimortalidad aceptables para las exigencias actuales. Sin embargo, es necesario un entrenamiento en cirugía laparoscópica avanzada y equipos e instrumental adecuados, con los cuales no contábamos para el momento de esta cirugía. Los mismos autores también afirman que la cistoyeyunoanastomosis laparoscópica, ha demostrado ser una técnica efectiva, con una morbimortalidad similar a la cirugía abierta, por lo que su indicación pasa por las preferencias y aptitudes del cirujano (17). Otras técnicas descritas son los procedimientos mixtos, como la cistogastrotomía intraluminal que combina la endoscopia digestiva alta con la laparoscopia (14), procedimiento técnicamente más complejo que se debe realizar en centros especializados.

En consecuencia, analizadas cada una de nuestras opciones terapéuticas decidimos realizar el drenaje por vía abierta tal como se describió en el caso clínico, obteniendo un buen resultado y sin complicaciones hasta la fecha. Por lo que concluimos que, esta forma de drenaje sigue teniendo vigencia cuando no se cuenta con la posibilidad de llevar a cabo otras técnicas menos invasivas.

*Correspondencia: José León Tapia González
e-mail: jltapia73@gmail.com*

Referencias

1. Boix-Valverde, J. 2000. Pseudoquiste pancreático. *Gastroenterol. Integr.* 1:341-350.
2. Bradley, E. 1993. A clinically based classification system for acute pancreatitis. *Arch. Surg.* 128:586-90.
3. Reyes-López, A., Hervás Molina, A.J., Lenzano Grande, F. 2002. Control y tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos. *Rev. And. Pat. Digest.* 25:126-131.
4. Arenas, J.L., Bujanda, L. 1996. Pancreatitis aguda. *Rev. Esp. Enf. Digest.* 12:851-864.
5. Azpiroz, V., Puig, V. 1998. Quistes pancreáticos, pseudoquiste, absceso y fistula peritoneal o pleural. *En, Enfermedades Digestivas.* 2.ª ed. [vol 2]. F. Vilardell, ed. Aula Médica. pp. 1507-1515.
6. Pérez M. 2001. Manejo del pseudoquiste pancreático: ¿por qué vía y mediante que técnica drenarlo? *En, Pancreatitis Crónica.* E. Domínguez, J. Iglesias, eds.

- Congrega. pp.223-230.
7. Bradley, E.L., Clements, J.L.Jr., González, A.C. 1979. The natural history of pancreatic pseudocyst: a unified concept of management. *Am. J. Surg.* 137:135-141.
 8. Godil, A., Chen, Y.K. 2000. Endoscopic management of benign pancreatic disease. *Pancreas* 20:1-13.
 9. Hamm, V.B., Franzen, N. 1993. Atypically located pancreatic pseudocysts in liver, spleen, stomach wall and mediastinum: their CT diagnosis. *Fortschr. Röntgenstr.* 159:522-527.
 10. Mofredj, A., Cadranet, J.F., Dautreux, M., et al. 2000. Pancreatic pseudocyst located in the liver: a case report and literature review. *J. Clin. Gastroenterol.* 30: 81-83.
 11. Donovan, P.J., Sanders, R.C., Siegelman, S.S. 1982. Collections of fluid after pancreatitis: evaluation by computed tomography and ultrasonography. *Radiol. Clin. North Am.* 20:653-665.
 12. Mittelstaedt, C.A. 1991. Páncreas. *En, Ecografía Abdominal.* C.A. Mittelstaedt, ed. Barcelona. pp. 163-220.
 13. Cheruvu, C.V., Clarke, M.G., Prentice, M., Eyre-Brook, I.A. 2003. Conservative as an option in the management of pancreatic pseudocyst. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 85:313-316.
 14. Gabrielli, M., Paz, C., Troncoso, P., et al. 2007. Manejo endoscópico del pseudoquiste pancreático. *Cuad. Cir.* 21:38-42.
 15. Freeny, P.C. 1994. Acute pancreatic fluid collections and pseudocysts: CT diagnosis and percutaneous catheter drainage. *En, Acute Pancreatitis: Diagnosis and Therapy.* E.I. Bradley III, ed. New York: Raven Press. pp. 197-205.
 16. Antillon, M.R., Shah, R.J., Stiegmann, G., Chen, Y.K. 2006. Single-step EUS-guided drainage of simple and complicated pancreatic pseudocysts. *Gastrointest. Endosc.* 63:797-803.
 17. Gojo, N., Mustapié, M., Bilé, B., et al. 2007. Endoscopic treatment of pancreatic pseudocyst. *Acta Clin. Croat.* 46:31-36.