

Experiencia terapéutica en el pseudoquiste pancreático

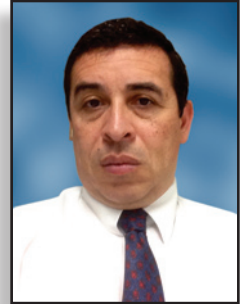
Prof. Dr. Gustavo Machain*, Prof. Dr. Nelson Arellano**,
Dr. Juan Marcelo Delgado***, Dra. Evelyn Escobar****,
Dr. Rodrigo Pederzoli****, Dr. Pablo Berra*****

* Jefe de servicio de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica.

** Jefe de la Unidad de Trasplante Hepático. | *** Jefe de Residentes e Internos.

**** Residente de tercer año. | ***** Residente de primer año.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas.
Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay.



Gustavo Machain

Resumen: El pseudoquiste pancreático es una colección líquida rica en amilasa, localizada dentro o adyacente al páncreas, rodeada de una pared no epitelizada y con mínima o nula necrosis. Se produce como consecuencia de una pancreatitis, trauma pancreático u obstrucción del conducto pancreático.

En el presente trabajo se describe la experiencia en el tratamiento del pseudoquiste pancreático en una serie con 42 pacientes de la IIª Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de Asunción.

En la mayoría de los casos fue requerido algún tipo de terapéutica, siendo la más utilizada la quirúrgica con cistoyeyunoanastomosis.

Abstract: The pancreatic pseudocyst is a liquid collection rich in amylase, located inside or adjacent to the pancreas; surrounded by a non-epithelialized wall with minimal or no necrosis. It occurs as a consequence of pancreatitis, pancreatic trauma or obstruction of the pancreatic duct.

The present article describes the experience in the treatment of pancreatic pseudocyst over a series with 42 patients from the IInd Surgical Clinic at the Hospital de Clínicas de Asunción.

In most cases, some type of therapy was required. The most frequently applied was surgery with cystojejunostomy.

Palabras clave: pseudoquiste pancreático, pancreatitis aguda, tratamiento.

Key words: pancreatic pseudocyst, acute pancreatitis, treatment.

Definiciones

El **pseudoquiste** es la lesión quística más común del páncreas. Se trata de una colección líquida rica en amilasa, localizada dentro o adyacente al páncreas; rodeada de una **pared no epitelizada, con mínima o nula necrosis**, como resultado de una **pancreatitis aguda o crónica, un trauma pancreático, o una obstrucción del conducto pancreático**.

Los pseudoquistes pueden ser de localización intergastrocólica, intergastrohepática, subcólica y otras.

El término **pseudoquiste pancreático** se refiere específicamente a una colección de fluidos en los tejidos peripancreáticos (*ocasionalmente puede ser parcial o totalmente intrapancreática*).

El pseudoquiste de páncreas está rodeado por una pared bien definida y no contiene esencialmente material sólido. La pared está constituida por tejido de

granulación y fibrosis, sin revestimiento epitelial. Para su formación se requiere por lo menos cuatro semanas luego de una pancreatitis aguda, post operatoria o trauma del páncreas.

El diagnóstico de pseudoquiste puede realizarse por lo general, basándose en estos criterios morfológicos. Si no se realiza la aspiración del contenido del quiste, por lo general hay un marcado aumento de la actividad de la amilasa.

Etiopatogenia

Se cree que el pseudoquiste pancreático deriva de la interrupción del conducto pancreático principal o sus ramas intrapancreáticas, sin ninguna necrosis del parénquima pancreático reconocible.

Esta teoría sugiere la consiguiente fuga de los productos del jugo pancreático formando una colección fluida persistente, localizada, por lo general después de más de 4 semanas.

Cuando hay **materia necrótica sólida** evidente dentro de un fluido, el término pseudoquiste *no* debe ser utilizado.

E-mail: gmmachain@yahoo.com

¿Prevenir o Tratar?

NAUSEDRON®

(Clorhidrato de Ondansetron)

PREVIENE y TRATA: Náuseas, Vómitos
• Pos-Operatorio • Quimioterapia...



CRISTALIA
PRODUCTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA.

REPRESENTANTE EXCLUSIVO:
DIPROAN S.R.L.
DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS ANESTÉSICOS

Pitiantuta 860 c/Rca. de Siria - Tels. (+595 21) 225 015 - (+595 21) 202 301
info@diproan.com.py • www.diproan.com.py - Asunción - Paraguay

El desarrollo de un pseudoquiste pancreático es extremadamente raro en la pancreatitis aguda, por lo que el término pseudoquiste pancreático, en el entorno de la pancreatitis aguda podría caer en desuso.

Clasificación

La clasificación de D' Egidio y Schein, basada en la anormalidad del conducto pancreático, establece 3 tipos de pseudoquistes:

- **Tipo I: pseudoquiste post-necrótico agudo**, ocurre después de un episodio de pancreatitis aguda. Están asociados con una anatomía normal del conducto, no comunican con los conductos pancreáticos.
- **Tipo II: Pseudoquiste post-necrótico**, ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda o crónica. El conducto pancreático está inflamado pero no hay estenosis, frecuentemente tiene comunicación con el pseudoquiste.
- **Tipo III: pseudoquiste de retención**, ocurren con pancreatitis crónica. Están asociados con estrechez del conducto y comunican con el pseudoquiste.

Clínica

El paciente suele presentar **dolor** en el abdomen superior con inicio insidioso en epigastrio, irradiándose más hacia el hipocondrio izquierdo; puede ser intenso con irradiación al dorso; también puede ser pleurítico, y puede tomar el hombro. Puede presentarse además una exacerbación brusca del dolor, lo que ocurre generalmente por hemorragia significativa dentro del quiste o hacia el peritoneo.

El cuadro clínico puede presentar también **anorexia, náuseas y vómitos**, que serán intensos, repetitivos, abundantes, **sensación de plenitud postprandial, esteatorrea y diabetes**, si hay insuficiencia pancreática.

Si el cuadro se perpetúa, ocurre deterioro del estado general y pérdida de peso progresiva.

Según el tamaño y la localización del pseudoquiste, pueden haber fenómenos compresivos al nivel de miembros inferiores o intestino, así como presencia de ascitis por hipertensión portal.

Los pseudoquistes pequeños pueden ser totalmente asintomáticos.

Examen físico

La exploración física puede evidenciar una **tumoración** en correspondencia con el páncreas; lisa y firme, que se mueve con la respiración, dolorosa.

Se acompaña de **ictericia** en 10% de los casos.

Diagnóstico

Aunque la **Tomografía Axial Computarizada** es la técnica de imagen más comúnmente utilizada para describir pseudoquistes, la **Resonancia Magnética** o la **Ecografía** pueden ser necesarias para confirmar la ausencia de contenido de sólidos en la colección.

Un pseudoquiste también puede surgir en el contexto de la pancreatitis aguda necrotizante como resultado de un **"síndrome del conducto desconectado"**, en el cual la necrosis del parénquima pancreático del cuello o el cuerpo de la glándula pancreática, aísla un remanente distal todavía viable.

Un pseudoquiste puede hacerse evidente semanas después de una necrosectomía quirúrgica debido a la **fuga localizada** del conducto desconectado en la cavidad de la necrosectomía, con necrosis ausente ya que la misma fue eliminada quirúrgicamente.

Tratamiento

En orden decreciente los tratamientos instaurados pueden ser: médico o intervencionista.

En varias oportunidades el pseudoquiste se resuelve espontáneamente.

Si hay necesidad de alguna intervención se realiza tratamientos de menos a más invasivos:

- percutáneo,
- endoscópico,
- quirúrgico-laparoscópico y
- quirúrgico-convencional.

Serie clínica

Objetivo

Describir la experiencia del tratamiento del pseudoquiste pancreático en la IIª Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Pacientes y métodos

Trabajo observacional, descriptivo y de corte transversal. Se estudiaron 42 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de pseudoquiste pancreático, que fueron internados en

la IIª Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, durante el periodo comprendido entre enero de 1996 a diciembre 2015.

Resultados

De los 42 pacientes, el 55% fueron del sexo masculino y 45% del sexo femenino. Su edad promedio fue de 43,7 años (entre 16-77 años).

Los motivos de consulta y síntomas presentes fueron:

- dolor abdominal en el 100% de los casos,
- náuseas y vómitos en el 67% y
- tumoración en el 62%.

La etiología fue:

- pancreatitis aguda biliar en el 76% de los casos,
- traumática en el 16%,
- idiopática en el 4,7% y
- postquirúrgica en el 2,3%.

En cuanto a los estudios de imágenes, el 100% poseía ecografía abdominal; 93,7% poseía TAC, y en el 16,3% contaba con Colangiografía retrógrada endoscópica.

Los tratamientos instaurados fueron:

- cistoyunoanastomosis en Y de Roux en el 57%,
- derivación cistogástrica quirúrgica 14,2%,
- drenaje percutáneo 2,3%,
- derivación cistogástrica endoscópica 4,7%,
- resolución espontánea 21,4%.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 12,4 días.

La morbilidad de la serie fue de 11,9% (5 casos de colección de pared abdominal) y la mortalidad fue de 7,1% (Embolia pulmonar, 1 caso; Insuficiencia renal aguda post cloranfenicol, 1 caso; Sepsis a punto de partida abdominal, 1 caso). Estos dos últimos casos correspondieron a Pseudoquistes infectados.

Discusión

Un trabajo publicado en enero 2016 en el American Journal of Surgery sobre 20 pacientes que fueron sometidos a cistoyunoanastomosis en Y de Roux, mostró que el drenaje interno del pseudoquiste pancreático infectado es una opción viable al drenaje externo. Ello se aplica en pseudoquistes que se extienden más allá del epiplón menor a menudo y pueden ser manejados con éxito por la Cistoyunoanastomosis en Y de Roux, lo que puede requerir una intervención adicional.

En nuestra serie tratamos 24 pacientes con éste método obteniendo resultados similares.

Conclusiones

Para la resolución del pseudoquiste pancreático, en la mayoría de los casos de la serie fue requerido algún tipo de intervención terapéutica, siendo la más utilizada la quirúrgica con cistoyunoanastomosis en Y Roux.

Recibido: 15/03/2017
Aprobado: 03/07/2017

Referencias bibliográficas

1. Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2006; 101:2379-400.
2. Bollen TL, van Santvoort HC, Besselink MG, et al. Update on acute pancreatitis: ultrasound, computed tomography, and magnetic resonance imaging features. Semin Ultrasound CT MRI 2007;28:371-83.
3. Vege SS, Gardner TB, Chari ST, et al. Low mortality and high morbidity in severe acute pancreatitis without organ failure: a case for revising the Atlanta classification to include "moderately severe acute pancreatitis". Am J Gastroenterol 2009;104:710-15. 33. Petrov MS, Windsor JA.
4. Classification of the severity of acute pancreatitis: how many categories make sense? Am J Gastroenterol 2010;105:74-6.
5. Baron TH, Thaggard WG, Morgan DE, et al. Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis. Gastroenterology 1996;111:755-64.
6. Bradley EL III. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, GA, September 11 through 13, 1992. Arch Surg 1993;128:586-90.
7. Yeo CJ, Sarr MG. Cystic and pseudocystic diseases of the pancreas. Current Probl Surg 1994;XXXI:165-252.
8. Hariri M, Slivka A, Carr-Locke DL, et al. Pseudocyst drainage predisposes to infection when pancreatic necrosis is unrecognized. Am J Gastroenterol 1994;8:1781-4.
9. Petrakis I, Vrachasotakis N, Kogerakis N, et al. Subacute pancreatic necrosis. Panminerva Med 2000;42:279-86.
10. D'Egidio A, Schein M. Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications. Br J Surg 1992; 78: 981-984.
11. Syndrome in severe acute pancreatitis: clinical and imaging characteristics and outcomes in a cohort of 31 cases. Gastrointest Endosc 2008;68:91-7.
12. Joshua A. Greenberg, MD, Jonathan Hsu, MD, Mohammad Bawazeer, MD, John Marshall, MD, Jan O. Friedrich, MD, Avery Nathens, MD, Natalie Coburn, MD, Gary R. May, MD, Emily Pearsall, MSc, and Robin S. McLeod, MD. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. Can J Surg. 2016 Apr; 59(2): 128-140. doi: 10.1503/cjs.015015.

DIPROAN S.R.L.
DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS ANESTÉSICOS

Representante exclusivo

CRISTALIA **sanobiol**
PRODUCTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA. Seguridad e Identidad en Productos Hospitalarios



Pitiantuta 860 c/ Rca. de Siria - Asunción - Paraguay - Tels. (+595 21) 225 015 - (+595 21) 202 301
info@diproan.com.py • www.diproan.com.py