

Pseudoquiste pancreático complicado tratado con quistogastrostomía

Pacreatic pseudocyst treated by qystogastrostomy

Alonso, Laura – Sanz Muñoz, Paloma - Sobrino, Álvaro – Salazar, Andrea – Bustamante, Carlos – Pastor, Paco – Delgado, Miguel Angel. Unidad Hepatobiliopancreática, Hospital Universitario de Getafe, Serivicio de Cirujía General y del Aparato Digestivo Dr. Jóver. Getafe. Madrid

mariapalomasanz@yahoo.es

PALABRAS CLAVE: pseudoquiste pancreático secundario, pancreatitis aguda iatrogénica, pancreatitis intersticial edematosa, drenaje endoscópico, páncreas, cólico biliar

KEYWORDS: *secondary pancreatic pseudocyst, acute iatrogenic pancreatitis, edematous interstitial pancreatitis, endoscopic drainage, pancreas, biliary colic*

El autor declara no tener conflictos de interés.

Recuento de palabras: 1088

ABSTRACT

Se trata de un paciente con pseudoquiste pancreático secundario a pancreatitis aguda iatrogénica en los 6 meses previos. En el seguimiento se objetiva crecimiento de la lesión. Se intenta realizar drenaje endoscópico del mismo, no siendo posible por limitaciones técnicas. Ante la ausencia de resolución espontánea, así como presencia de intolerancia por vía oral y dilatación de la vía biliar secundaria a compresión, se decide intervención quirúrgica.

Patient with secondary pancreatic pseudocyst secondary to acute iatrogenic pancreatitis in the previous 6 months. During the follow-up, growth of the lesion was observed. An attempt was made to perform endoscopic drainage, not being possible due to technical limitations. In the absence of spontaneous resolution, as well as the presence of oral intolerance and dilation of the secondary bile duct secondary to compression, we chose to perform surgery.

INTRODUCCIÓN

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones de líquido encapsuladas alrededor del páncreas. Surgen debido a la inflamación súbita o prolongada del páncreas. Normalmente se originan pasadas las cuatro semanas del inicio de la pancreatitis intersticial edematosa. La etiología más frecuente son las pancreatitis agudas y exacerbaciones de pancreatitis crónicas, presentando resolución espontánea en un 50% de los casos.

Los síntomas más frecuentes, independientemente de su origen, son: dolor abdominal, pérdida de peso, sensación de plenitud y fiebre. En el pasado, el tamaño y el tiempo de evolución eran los factores fundamentales para determinar la necesidad de intervención. En la actualidad, es la

existencia de repercusión clínica lo que marca la necesidad de drenaje. Por tanto los pseudoquistes asintomáticos pueden tratarse de forma conservadora y se realizará drenaje tan sólo en los sintomáticos. (1) (2) (3) (4)

Presentamos el caso de un varón de 75 años que ingresa a cargo del servicio de Cirugía General por un pseudoquiste pancreático complicado que estenosa parcialmente el duodeno y colédoco.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 56 años sin antecedentes cardiovasculares que, en Enero de 2018 presenta un episodio de cólico biliar complicado con coledocoliatisis resuelto con una colangiopancreatografía retrograda endoscópica. Posteriormente desarrolla una pancreatitis aguda edematosa iatrogénica. Se realiza una TAC abdominal en la que se observa una colección retrogástrica de 82 mm y abundante líquido perihepático y periesplénico.

Se realiza una colecistectomía electiva en Marzo de 2018 que se complica con microabscesos hepáticos probablemente secundarios a episodios de colangitis aguda, tratados de forma conservadora con antibióticos.

En la RM pancreática de Junio se observa una mínima disminución del pseudoquiste que rodea el páncreas, y dilatación gástrica con abundante contenido que sugiere estómago de retención, probablemente secundaria a la afectación inflamatoria duodenal. Además se observa dilatación de la vía biliar intrahepática por estenosis duodenal del colédoco.

El paciente reingresa a los dos meses por dispepsia, molestias abdominales y fiebre, acompañados de vómitos, pérdida de peso y dolor lumbar. Se repite La TAC abdominal, que informan como discreto aumento del pseudoquiste pancreático localizado en saco menor y ligamento gastroesplénico, con gran dilatación gástrica con estómago de retención (Figura 1).



Figura 1. Pseudoquiste localizado en el saco menor y ligamento gastroesplénico de 14 cm aproximadamente.

Debido a la evolución clínica desfavorable, se realiza ecoendoscopia para drenaje transgástrico, pero resulta imposible porque la colección se encuentra a más de 4 cm. Al presentar una estenosis piloro-duodenal de aspecto inflamatorio, no es una opción realizar abordaje desde

duodeno. Tras discutir el caso y debido al fracaso de terapéuticas previas, se decide realizar una quistogastrostomía quirúrgica.

Intervención quirúrgica. Se accedió a la cavidad abdominal a través de una laparotomía supraumbilical, abriendo la cara anterior del estómago mediante una incisión horizontal. La cavidad gástrica presentaba un aspecto normal. Se realizó una incisión de 2 cm sobre la cara posterior del estómago. Mediante disección roma se entró en la cavidad pseudoquística, y se objetivó salida de material sucio-necrótico (figuras 2 y 3). La quistogastrostomía que se realizó fue de 1,5 cm de diámetro (figura 4).



Figura 2.

Figura 3.

Figura 4.

DISCUSIÓN

En la actualidad se tiende a realizar tratamientos mínimamente invasivos, surgiendo así la necesidad de incorporar las técnicas laparoscópicas y endoscópicas en el tratamiento. Entre las posibilidades terapéuticas del pseudoquiste se encuentran: el drenaje endoscópico, el drenaje percutáneo y la cirugía. (1) (2)

El drenaje percutáneo está siendo reemplazado en la actualidad por el endoscópico, pero se recurre él en situaciones en que se requiere una descompresión de colecciones retroperitoneales y para estabilizar a pacientes sépticos cuando no se tiene acceso a la endoscopia o no cumplen criterios para ésta.

El drenaje endoscópico puede realizarse por dos vías; drenaje transmural accediendo al pseudoquiste por la pared del estómago o duodeno y dejando un drenaje, o por vía transpapilar drenando el quiste al conducto pancreático. Para el tratamiento endoscópico se requieren unos criterios: tamaño de la colección mayor de 6 cm (en general), que la pared del quiste esté adherida al estómago o duodeno, y que la colección presente una pared bien definida. Estas técnicas son satisfactorias en el 90% de los casos, con una morbilidad del 10-15% y una recurrencia del 10%. (5)

El tratamiento quirúrgico consiste en derivaciones quistodigestivas, en las que se deriva el contenido del pseudoquiste a una víscera hueca vecina, siendo necesario que los pseudoquistes presenten una pared lo suficientemente consistente y sólida para ser suturada. (3)

Según la topografía del pseudoquiste, son posibles tres técnicas: derivaciones al estómago, al duodeno o a un asa de intestino delgado. La quistogastrostomía está indicada en los pseudoquistes en contacto con cara posterior del estómago, la quistoduodenostomía en los pseudoquistes que comprimen el borde interno del duodeno y la quistoyeyunostomía en los pseudoquistes situados en el borde inferior del páncreas o en la cola.

CONCLUSIÓN

En pacientes con pseudoquistes pancreáticos asintomáticos o con mínima sintomatología se recomienda tratamiento conservador y observación.

Para los pacientes sintomáticos, con crecimiento rápido del pseudoquiste o que tienen pseudoquistes infectados que no mejoran con el tratamiento médico, se recomienda un procedimiento de drenaje. En los centros con la experiencia adecuada, además del apoyo de la cirugía y la radiología intervencionista, las colecciones de líquido pancreático pueden abordarse por vía endoscópica si se cumplen los requisitos para ello.

BIBLIOGRAFIA

1. Baron TH, Kozarek RA. Endotherapy for organized pancreatic necrosis: perspectives after 20 years. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10:1202
2. Baron TH, Harewood GC, Morgan DE, Yates MR. Outcomes difference after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocysts, and chronic pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:7.
3. Boudet MJ, Bataille N, Fagniez PL. Tratamiento quirúrgico de los pseudoquistes de páncreas. *Enciclopedia Medico Quirúrgica*. 40-886.
4. Douglas A Howell. MD, FASGE et al. Management of pancreatic pseudocysts and walled of pancreatic necrosis. Up to Date. Jan 16, 2018.
5. Hookey LC, Debroux S, Delhayé M, et al. Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes. *Gastrointest Endosc* 2006; 63; 635.