

Pseudoquiste pancreático con drenaje percutáneo sin recidiva. A propósito de un caso

Pancreatic pseudocyst without relapses after percutaneous drainage. A case report

Dr. Joaquín Alejandro Solarana Ortiz^{1*}

Dr.C .Yasmín Rodríguez Pascual²

Dra. Margarita Rodríguez Diéguez²

Lic. Annarelis Pérez Pupo²

Est. Sheily Silva Barrera³

¹ Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín. Holguín, Cuba.

² Hospital General Universitario Vladimir I. Lenin. Holguín, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: joaquinhl@infomed.sld.cu

RESUMEN

El pseudoquiste pancreático representa el 75% de las lesiones quísticas del páncreas. Solo el 10% tiene su origen en un trauma. Se trata de una paciente femenina de 32 años de edad, con antecedentes de traumatismo cerrado de abdomen de hace 2 meses, que acudió a consulta de Cirugía General del Hospital Regional de Huambo, Angola, por presentar un aumento de volumen visible y palpable en mesogastrio, por lo que se ingresó con el diagnóstico de tumor abdominal.

Se diagnosticó un pseudoquiste pancreático, el cual fue drenado percutáneamente con evolución satisfactoria sin recidivas. En el manejo de esta paciente, el drenaje percutáneo demostró ser útil como primera elección.

Palabras clave: mesogastrio, pseudoquiste, páncreas, drenaje percutáneo.

ABSTRACT

Pancreatic pseudocysts represent the 75% of cystic pancreatic lesions. Only 10% are originated after trauma. We report a 32 years old female patient, with a history of a closed abdominal trauma two months ago, who attended the General Surgery consultation office at the Regional Hospital of Huambo, Angola. She visibly presented a palpable focal increase of volume in mesogastrium. She was admitted with the diagnosis of abdominal tumor. A pancreatic pseudocyst was identified, and a percutaneous drainage was carried out with complete resolution and uneventful evolution, without relapses to the present. In this patient, the percutaneous drainage proved to be useful as the first choice approach.

Key words: mesogastrium, pseudocyst, pancreas, percutaneous.

Recibido: 26/05/2018.

Aprobado: 06/12/2018.

Introducción

Morgagni realizó en 1796 la primera descripción de un pseudoquiste de páncreas, que se define como una colección que contiene un líquido rico en amilasa, desarrollado a partir del páncreas, sin pared propia, constituida por los órganos vecinos de la transcavidad de los epiplones o bolsa omental menor. Su frecuencia varía de una pancreatitis aguda, del 16 al 30%, hasta una crónica, que puede elevarse y mantenerse del 20 al 40%.

Su evolución puede ser hacia la resolución espontánea o la aparición de complicaciones locales, por lo que ameritaría tratamiento quirúrgico, el cual todavía es fuente de controversias.⁽¹⁾

El pseudoquiste pancreático representa el 75% de las lesiones quísticas del páncreas. La etiología de los pseudoquistes pancreáticos está relacionada con el daño pancreático, ya sea agudo o crónico.⁽²⁾

En el proceso agudo, en países donde el consumo de alcohol es relativamente alto, la pancreatitis relacionada con el alcohol es la principal etiología, aunque en otras partes la etiología biliar predomina en su origen. Los pseudoquistes son precedidos por un evento traumático en el 10% de los casos.⁽³⁾

Presentación de Caso

Se presenta una paciente femenina de 32 años de edad, de la raza negra y procedencia rural con antecedentes de traumatismo cerrado de abdomen hace 2 meses, la cual acudió a consulta de Cirugía General del Hospital Regional de Huambo, Angola, por presentar un aumento de volumen visible y palpable en mesogastrio con crecimiento acelerado, de 20 centímetros de diámetro aproximadamente, de bordes y superficie regular, no doloroso y consistencia blanda, por lo que se ingresó con el diagnóstico de tumor abdominal para estudio.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere.

Datos positivos al examen físico

En mesogastrio se palpa tumor abdominal de 20 centímetros aproximadamente, consistencia blanda, no doloroso, superficie regular, bordes regulares y adheridos a planos profundos.

Estudios complementarios

- Hemoglobina: 107 g/L, leucocitos: 15×10^9 /L
- Glicemia: 4 mmol/L
- Parcial de orina: normal
- Coagulograma: normal
- Grupo: A positivo
- Radiografía de abdomen simple posteroanterior de pie: aumento de la densidad en la proyección del páncreas
- Ecografía abdominal, fig. 1: páncreas con aumento de su ecogenicidad y aumentado de tamaño con colección líquida de aproximadamente 1500 ml.



Fig.1. Tumoración mesogástrica (izquierda) e imagen ultrasonográfica del pseudoquiste pancreático

Decidimos realizar drenaje percutáneo guiado por ecografía, fig.2, que evacuó 2000 ml de líquido serohemático y jugo pancreático.



Fig.2. Drenaje percutáneo del pseudoquiste pancreático

La paciente tuvo una evolución satisfactoria y sin recidivas, fue dada de alta, fig. 3 y seguida por consultas con ecografías evolutivas.



Fig.3. Paciente de alta 3 meses después

Discusión

Los pseudoquistes del páncreas son acumulaciones de líquido formadas por material necrótico, restos proteináceos y material enzimático confinados por una cápsula fibrosa formada por tejido necrótico, tejido de granulación o fibroso y no por un revestimiento epitelial, por lo que se diferencia de un quiste verdadero.⁽⁴⁾ El hallazgo histológico de la pared de la colección pancreática confirma el diagnóstico de pseudoquiste pancreático.

Usualmente los pseudoquistes son precedidos por una pancreatitis en el 90% de los casos o por un evento traumático en el 10%. Se forman a las 4 semanas después de una pancreatitis aguda aproximadamente en el 15% y muchas veces pueden no ser detectados por semanas.

La presentación clínica puede ser variada y debe sospecharse el pseudoquiste pancreático cuando hay presencia de una pancreatitis aguda que no mejora y si hay una persistente elevación de amilasa, a pesar de haber mejoría clínica, si se presenta como un cuadro de pancreatitis aguda dentro de una pancreatitis crónica de fondo.⁽⁵⁾

La ultrasonografía del abdomen puede detectar aproximadamente hasta el 85% de pseudoquistes pancreáticos, pero su mayor valor puede verse en la evolución del pseudoquiste, que detecta los cambios que experimenta este o permite ver su resolución.

A diferencia de la ultrasonografía, la tomografía computarizada ofrece imágenes de mayor resolución, que permiten detectar localizaciones atípicas del pseudoquistes.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es también un procedimiento muy útil en el diagnóstico del pseudoquistes.⁽⁶⁾

Se han usado diferentes métodos para el tratamiento, como el drenaje transcutáneo, el drenaje transendoscópico con stents endoscópico y la cistoenterostomía quirúrgica (cistogastrostomía, cistoduodenostomía y la cistoyeyunostomía). Varios autores coinciden con que el drenaje interno por cistoenterostomía es el método preferible, debido a su elevada tasa de buenos resultados, ya que su tasa de complicaciones y recidivas es muy baja, en comparación con otros métodos de drenaje. Otros estudios señalan la importancia del drenaje percutáneo como la primera elección en el manejo del pseudoquistes.⁽⁴⁾

En el manejo de las complicaciones del pseudoquistes, el tratamiento quirúrgico continúa siendo la mejor opción en la mayoría de las series publicadas.

Las complicaciones del pseudoquistes pueden incluir disección, obstrucción, ruptura, infección y hemorragia. Aquí presentamos un caso resuelto por drenaje percutáneo con evolución satisfactoria sin recidivas ni complicaciones.⁽⁷⁾

Referencias Bibliográficas

1. Martínez Ordaz L, Toledo Toral C, Franco Guerrero N, Tun Abraham M, Souza Gallardo LM. Tratamiento quirúrgico del pseudoquistes de páncreas. Cir Cir. 2016 [citado 14 abr 2018]; 84(4):288-292. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115002297>

2. Guardado Bermúdez F, Azuara Turrubiates AJ, Ardisson Zamora FJ, Guerrero Silva LA, Villanueva Rodríguez E, Gómez de Leija NA. Pseudoquiste pancreático. Revisión y reporte de caso. Cir Cir. 2014 [citado 14 abr 2018]; 82(4):425-431. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc144j.pdf>

3. Jon Iglesias M. Comportamiento del pseudoquiste pancreático en el Hospital universitario "General Calixto García Iñiguez. Enero 2005- abril 2008. [Tesis]. La Habana: Instituto Superior De Ciencias Médicas De La Habana; 2008.

4. Piriz Momblant A, Herrera Puentes A, Figueras Torres A, Ramírez Sánchez K. Seudoquiste del páncreas. Experiencia quirúrgica en 50 casos. Rev Inf Cient. 2018 [citado 2 may 2018]; 97(1):125-136. Disponible en:

<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1812/3510>

5. Subodh Wani P, Ahmed H, Rajkhowa K. A clinical study of Pancreatic pseudocyst and its management: An institutional experience. IOSR J Dental Med Sci. 2015 [citado 2 may 2018]; 14(9): 16-19. Disponible en:

<https://pdfs.semanticscholar.org/1f3f/f4405d8ae51db6b10a517b0ec7f1dcb2181a.pdf>

6. Rasch S, Nötzel B, Phillip V, Lahmer T, Schmid RM, Algül H. Management of pancreatic pseudocysts—A retrospective analysis. PLoS One. 2017 [citado 2 may 2018]; 12(9). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184374>

7. Beuran M, Negoii I, Catena F, Sartelli M, Hostiuc S, Paun S. Laparoscopic Transgastric versus Endoscopic Drainage of a Large Pancreatic Pseudocyst. A Case Report. J Gastrointestin Liver Dis. 2016 [citado 2 may 2018]; 25(2):243-247. Disponible en:

<http://www.jgld.ro/wp/y2016/n2/a19.pdf>

Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-
No Comercial 4.0 Internacional](#).