



Pseudoquiste Pancréatico: Análisis de una serie

Beatriz Delgado ¹.
Jesús Romero Guarecuco ².
Carlos Alberto Carrillo ³.
Natascha Gómez Sobi ⁴.

¹Residente del Postgrado de cirugía Oncológica

²Adjunto al servicio de Cirugía

³Interno del Hospital Militar de Maracay

⁴Medico Rural del Núcleo de Atención Primaria Santa Ana.

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 18 de Noviembre del 2006 a la Revista Vitae Academia
Biomédica Digital.

RESUMEN

Los pseudoquistes forman aproximadamente el 75% de todas las estructuras quísticas del páncreas, la causa más frecuente es la pancreatitis aguda, grave o necrosante y los traumatismos pancreáticos, su localización es principalmente corpocaudal en más del 60% de los casos. El presente estudio permitió evaluar la experiencia en el manejo médico y quirúrgico de esta patología. Se revisó una serie de 18 casos de pacientes con Pseudoquiste Pancreático diagnosticados y tratados en el periodo comprendido entre 1973 y 2002 sobre un total de 285 pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda. Se encontró que el 100% de los pacientes presentó dolor abdominal, la localización mas frecuente fue en cuerpo de páncreas en 10 pacientes(55,5%), el 50% de los pacientes recibió tratamiento médico y el otro 50% tratamiento quirúrgico. Se concluye que cada vez mas se refuerza la teoría conservadora para los Pseudoquistes mayores de 6 cm. asintomático

PALABRAS CLAVE: pseudoquiste pancreático, pancreatitis, tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

Pseudocysts are approximately 75% of all pancreatic cystic structures, mainly caused by acute or necrosant pancreatitis, and pancreatic traumatism. The present study reviews a series of 18 cases of patients with Pancreatic pseudocysts diagnosed and treated in the period between 1973 and 2002. Out of a total of 285 patients with the diagnose of Acute Pancreatitis. It was found that the 100% of the these patients presented abdominal pain, 50% of the patients received medical treatment and other 50% surgical treatment. Conservative treatment is recommended in these patients.

KEY WORDS: pancreatic pseudocyst, pancreatitis, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Los Pseudoquistes Pancreáticos son colecciones acumuladas de líquidos en el espacio peripancreático, como consecuencia de la ruptura patológica o traumática de su conducto.¹

La formación de pseudoquiste se puede considerar como la maduración de un proceso inflamatorio, con acumulación de secreciones pancreáticas y productos de la reacción inflamatoria de manera secundaria a rotura de un conducto pancreático. Estas acumulaciones de líquido pueden madurar (bordes bien definidos y de pared suficiente) o pueden ser inmaduros (amorfos, sin pared adecuada desde el punto de vista quirúrgico).²

Existen varias etiologías para la formación del pseudoquiste pancreático.

La causa más frecuente de los pseudoquistes es la pancreatitis aguda, grave o necrosante y los traumatismos pancreáticos abdominales, esta puede ocurrir como primer suceso en un páncreas previamente sano, como es el caso de las pancreatitis de etiología biliar, o complicar la evolución de la pancreatitis crónica, secundaria a distintos factores causales.^{1,3}

La exploración de elección ante una sospecha de pseudoquiste pancreático es la TAC abdominal, ya que frente a la ecografía, la anatomía es mucho mejor visualizada y no está limitada por la existencia de gas abdominal. Una vez diagnosticado, la ecografía es útil para explorar la evolución del mismo.

Las principales complicaciones del pseudoquiste pancreático incluyen la rotura del pseudoquiste, infección y hemorragia por la erosión de estructuras adyacentes. La rotura y hemorragia ocurren en el 6-7% de los casos aproximadamente, y puede drenar directamente en la cavidad peritoneal ó en el tracto intestinal. La infección es la complicación más frecuente con un 14%. La hemorragia se produce cuando se produce la erosión de una arteria, generalmente del parénquima de estructuras adyacentes al mismo. La arteriografía en estos casos puede ser diagnóstica y terapéutica.⁴

Aunque los pseudoquistes pancreáticos son la lesión quística más frecuente del páncreas (75%), siempre debe pensarse en los quistes neoplásicos, sobre todo cuando se planea el tratamiento no quirúrgico. Con cierta frecuencia, los tumores quísticos pueden ser confundidos con

pseudoquistes. En la experiencia de Warshaw y col., el 90% de los tumores mucinosos de su serie fueron diagnosticados de pseudoquistes. En un estudio prospectivo, se consideró que la probabilidad de tratarse de un pseudoquiste se incrementaba sí: 1) existía un antecedente de pancreatitis aguda; 2) el paciente estaba diagnosticado previamente de pancreatitis; y 3) la CPRE mostraba cambios típicos de pancreatitis. Aunque los datos obtenidos con las técnicas modernas de imagen contribuyen decisivamente a una correcta distinción, en ocasiones este proceso sólo finaliza con la intervención quirúrgica.^{4,5}

Las características del líquido intraquístico pueden colaborar en el diagnóstico diferencial prequirúrgico, pero la información no es definitiva. El único dato absolutamente fidedigno para distinguir un pseudoquiste de un tumor quístico antes de la cirugía es la posibilidad de certificar la presencia de una pared epitelial en una biopsia percutánea, aunque este método diagnóstico no excluye resultados falsos negativos.⁶

Se diseñó esta investigación para determinar la prevalencia en nuestro medio de éste tipo de procesos; además de analizar la sintomatología clínica más frecuente y estudiar su asociación con pancreatitis, traumatismo u otros.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se ha efectuado una revisión de los casos de pacientes con Pseudoquiste Pancreático diagnosticados y tratados en el Hospital "Dr. Alfredo Van Grieken" de Coro, en el periodo comprendido entre los años 1973 y 2002. Se recogieron los datos de las historias clínicas provenientes del Archivo historias médicas. Se evaluaron edad, sexo, cuadro clínico, localización en el páncreas, tratamiento médico o quirúrgico efectuado, antecedentes patológicos y días de hospitalización.

Análisis de los resultados:

Una vez recolectados los datos estos se analizaron mediante porcentaje y frecuencia relativa.

RESULTADOS

Durante el período analizado se encontraron 18 casos de pseudoquistes pancreáticos secundarios a 285 casos de pacientes a quienes se les diagnosticó pancreatitis (6,3 %). De ellos 8 (44,4%) fueron mujeres y 10 (55,5 %) hombres. (Tabla 1)

Sexo	n	%
Hombres	10	55,5
Mujeres	8	44,4

Tabla 1

La edad media global fue de 42 ± 2 años: mujeres 34 años, hombres 46 años (Tabla 2).

	<i>M</i>	<i>F</i>
<i>10-29</i>	2	3
<i>30-49</i>	3	3
<i>50-69</i>	5	2

Tabla 2

El síntoma común en todos los pacientes fue el dolor abdominal (100 %), seguido de vómitos, masa palpable y náuseas. (Tabla 3).

<i>Síntoma</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Dolor abdominal</i>	14	100
<i>Vómitos</i>	8	57,14
<i>Masa palpable</i>	8	57,14
<i>Nauseas</i>	6	42,85
<i>Disminución de peso</i>	4	28,57
<i>Fiebre</i>	4	28,57
<i>Hiporexia</i>	2	14,28
<i>ictericia</i>	1	7,14

Tabla 3

La localización dentro del órgano más frecuente estuvo en el cuerpo en 10 pacientes (55,5 %), seguido de 4 de localización en cabeza (22,2 %). (Tabla 4).

<i>Localización pancreática</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Cabeza</i>	4	22,2
<i>Cabeza-cuerpo</i>	2	11,1
<i>Cuerpo</i>	10	55,5
<i>Cuerpo-cola</i>	2	11,1

Tabla 4

Con respecto al tratamiento recibido, 9 pacientes (50 %) recibieron tratamiento médico y 9 (50 %) tratamiento quirúrgico. Y de estos, a 5 se les practicó drenaje interno a estómago, a 2 drenaje interno a yeyuno con Y de Roux y a 2 drenaje externo mediante punción. (Tabla 5)

<i>Tratamiento recibido</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Médico</i>	9	50
<i>Quirúrgico</i>	9	50

Tabla 5

El antecedente patológico asociado más frecuente fue el alcoholismo en 8 casos (44.4 %), seguido de pancreatitis de origen biliar 4 casos (22,2 %), 2 traumatismos abdominales, 1 pancreatitis por emponzoñamiento escorpiónico y hubo 3 casos donde no se encontró ningún antecedente. (Tabla 6)

<i>Tratamiento recibido</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Médico</i>	9	50	
<i>Quirúrgico</i>	9	50	
<i>Antecedente patológico</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Alcoholismo</i>		8	44,4
<i>Pancreatitis biliar</i>		4	22,2
<i>Trauma abdominal cerrado</i>		2	11,1
<i>emponzoñamiento escorpiónico</i>		1	5,5
<i>No</i>		3	16,6

Tabla 6

El promedio de días de hospitalización fue de 25 días; siendo el periodo más corto 10 días y el más largo de 46. En esto influyo la causa, el tiempo de espera de resultados de paraclínicos y las condiciones clínicas del paciente.

No fue posible el seguimiento de todos los pacientes.

DISCUSIÓN

Durante el período analizado se encontraron 18 casos de pseudoquistes pancreáticos secundarios a 285 casos de pacientes a quienes se les diagnosticó pancreatitis (6,3 %). De ellos 8 (44,4%) fueron mujeres y 10 (55,5 %) hombres. (Tabla 1)

La edad media global fue de 42 ± 2 años: mujeres 34 años, hombres 46 años (Tabla 2). El síntoma común en todos los pacientes fue el dolor abdominal (100 %), seguido de vómitos, masa palpable y náuseas. (Tabla 3).

La localización dentro del órgano más frecuente estuvo en el cuerpo en 10 pacientes (55,5 %), seguido de 4 de localización en cabeza (22,2 %). (Tabla 4)

Con respecto al tratamiento recibido, 9 pacientes (50 %) recibieron tratamiento médico y 9 (50 %) tratamiento quirúrgico. Y de estos, a 5 se les practicó drenaje interno a estómago, a 2 drenaje interno a yeyuno con Y de Roux y a 2 drenaje externo mediante punción. (Tabla 5)

El antecedente patológico asociado más frecuente fue el alcoholismo en 8 casos (44.4 %), seguido de pancreatitis de origen biliar 4 casos (22,2 %), 2 traumatismos abdominales, 1 pancreatitis por emponzoñamiento escorpiónico y hubo 3 casos donde no se recogió antecedente. (Tabla 6)

El promedio de días de hospitalización fue de 25 días; siendo el periodo más corto 10 días y el más largo de 46. En esto influyo la causa, el tiempo de espera de resultados de paraclínicos y las condiciones clínicas del paciente.

No fue posible el seguimiento de todos los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera F Miguel, Uscanga F Luis, Robles Guillermo, Campuzano-Fernández Manuel: Páncreas, Mc Graw-Hill, México, 2000, pp.: 177-187.
2. Neff, R. Seudoquistes pancreáticos y acumulaciones de líquido. Métodos percutáneos. Clin Quir Nort Am. 2001; (2): 401-406.
3. Schwartz S., Ellis H., Maingot Operaciones Abdominales. Editorial médica panamericana. Octava edición. Tomo 2. pp. 1999-2019.
4. Warshaw A, Compton C, Lewandrowski K, Cardenosa G, Mueller PR. Cystic tumors of the pancreas: new clinical, radiologic and pathologic observations in 67 patients. Ann Surg 1990;212:432-45.
5. Hammel P, Levy P, Voitot H, Levy M, Vilgrain V, Zins M, et al. Preoperative cyst fluid analysis is useful for the differential diagnosis of cystic lesions of the pancreas. Gastroenterology 1995; 108:1230-5.
6. Karcic AA, Karci E. Pancreatic pseudocysts. J Emerg Med. 2001 Apr;20(3):291.
7. Beger et al.: Natural Course of Acute Pancreatitis. World J. Surg. 21, 130-135, February 1997.
8. Cooperman, A., Revisión general de los pseudoquistes pancreáticos. Revisión del nuevo criterio. Clin Quir Nort Am. 2001; (2): 393-400.
9. Vitas GJ, Sarr MG. Selected management of pancreatic pseudocysts: Operative versus expectant management. Surgery 1992;111:123-30.
10. Yeo CH J, Bastidas JA, Lynch-Nyhan A, Fishman EK, Zinner MJ, Cameron JL. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. Surg Gynecol Obstet 1990; 170:411-7.
11. Berhman SW, Melvin US, Gliasson Ec: Pancreatic Pseudocysts following acute pancreatitis. Am J Surg 1996; 172 (3): 228-3
12. Pérez-Mateo M., y cols. Pseudoquiste pancreático: opciones terapéuticas. Rev Sdad Valenciana Patol Dig 2000; 19(4): 158-61.
13. Yeo CJ, Sarr MG. Cystic and pseudocystic diseases of the pancreas. Curr Probl Surg. 1994; 31(3): 165-24

