

11209
2 ej 53

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE
CIRUJANO GENERAL
PRESENTA

DR GERMAN MARRUFO GONZALEZ

ASESOR DE TESIS:
DR ARTURO GALICIA RODRIGUEZ.
MEDICO TRATANTE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL
HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S.PUEBLA.

HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S.S.

PUEBLA PUEBLA FEBRERO 1985.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGS.
1). INTRODUCCION.....	I
2). METODOS DE DIAGNOSTICO.....	I
3). TRATAMIENTO.....	8
4). CASOS CLINICOS.....	18
5). CONCLUSIONES Y RESULTADOS.....	28
6). BIBLIOGRAFIA.....	31

1). INTRODUCCION

Un pseudoquistc pancreático es una colección de líquido y tejido necrótico en continuidad con el páncreas o dentro de su parénquima y que resulta de la ruptura de un conducto pancreático, lesión acinar o ambos. Se caracterizan desde el punto de vista histológico por carecer de un revestimiento epitelial, de ahí su nombre de pseudoquiste, sus paredes se forman por tejido fibroso con participación de órganos vecinos(1,2).

Los pseudoquistes se presentan después de pancreatitis, carcinoma y de traumatismos. Después de pancreatitis crónica la incidencia y frecuencia es de 2-10%, en pancreatitis aguda cuando es muy severa alcanza cifras altas del 50%, después de trauma es desconocida. De 100 lesiones quísticas del páncreas 99 pueden ser pseudoquistes y 10 cistadenomas o cistoadenocarcinomas(1).

2). METODOS DE DIAGNOSTICO

El orden de realización de los métodos de diagnóstico, depende de los medios técnicos, clínica del paciente que generalmente presenta síntomas que son dolor epigástrico, pérdida de peso y masa abdominal considerandose como una triada útil para el diagnóstico de pseudoquiste(3). Dada la sintomatología poco definida y su carácter reaccional, habrá pruebas ya realizadas previamente por una clínica poco orientativa o por otro proceso. Según el resultado de determinadas exploraciones se seguirá adelante, ya que en general, son complementarias, o se omitirá alguna de las siguientes, por quedar fuera de indicación

A). Amilasa termolábil.--es la fracción de amilasa destruida por el calor en una muestra de suero, expresándose en tanto por ciento del total. Donaldson(4), preconiza su uso clínico--estando indicada fundamentalmente, en la evolución de pan--creatitis aguda, mediante determinaciones seriadas. La frac--ción termolábil dobla su valor normal en la fase aguda de --pancreatitis y se normaliza en la fase de recuperación, man--teniéndose significativamente elevada, en pacientes con pseu--doquiste aunque la amilasemia sea normal.

B). Separación electroforética de isoamilasas en suero y ori--na. Sehgal(5), realizando electroforesis en celulosa acetato--de muestras de suero y orina en sujetos normales, y pacien--tes con pancreatitis aguda alcohólica sin pseudoquiste, ob--tiene dos bandas electroforéticas, una semejante a la que --presenta la electroforesis de extracto de páncreas y la --otra banda mayor de saliva. En pacientes con pseudoquiste---aparecen una o dos bandas adicionales idénticas a las obteni--das del líquido del pseudoquiste. Este autor sugiere que la --determinación de isoamilasas en suero y orina en pacientes--con pancreatitis aguda alcohólica puede suponer una ayuda --diagnostica.

C). Análisis sistemático del nivel de amilasa en líquido obte--nido por punción de todo quiste, ascitis o derrame pleural. Se ha visto su importancia en ascitis y derrames pleurales --que pueden presentarse carentes de toda clínica pancreática o abdominal, constituyendo el único dato de sospecha de pseu--doquiste y en los que la determinación de albúmina y enzimas proporcionará el diagnóstico(6). Por otra parte pseudoquistes de localizaciones raras(cuello, escroto, triángulo de Scarpa, --región lumbar) van a quedar sin diagnóstico si no se efectua--la determinación enzimática, ya que al ser la pared del pseu--

dequiste un proceso reaccional, el examen anatómopatológico ne-
va a definirlos. Este debe condicionar también a realizar pun-
ción y análisis de amilasa sistemáticamente en quistes mul-
tiados(7).

D).Examen ecográfico.-Confirma la existencia de masa quística-
y proporciona datos sobre uni o multiplicidad, tamaño, localiza-
ción y relaciones. No se puede precisar el estado de madura-
ción ni grosor de las paredes, basados en imágenes ecotomográ-
ficas(8). La existencia de septos internos no excluye pseudo-
quiste en favor de cistadenoma o cistadenocarcinomas, habién-
dese describe pseudoquiste multiloculados. No existen imá-
ges patognomónicas de quiste infectado, presentando, únicamente,
en algunos casos una imagen fuertemente ecogénica, probablemente
por existencia de pequeñas burbujas de gas en su seno. El -
diagnóstico diferencial entre carcinoma y pancreatitis crónica
sobre todo cuando ésta es localizada, es difícil de establecer.
Constituye la primera exploración a realizar para obtener una-
imagen del pseudoquiste ante la sospecha de su existencia(8,9)
Debido a su bajo coste e inocuidad para el enfermo es la prue-
ba indicada para seguir la evolución de este proceso. También-
supone el método de elección para control evolutivo de cuadros
en los que cabe esperar la aparición de pseudoquiste, fundamen-
talmente, pancreatitis aguda(10).

Golberg(11).Propone unos criterios estándar para identificación
de un pseudoquiste, y son:1)Identificación de área transónica -
de dos centímetros de diámetro o mayor en alrededor del pán -
creas;2).Identificación del quiste en dos o más concidentes .-
3).Confirmación de imágenes obtenidas con scanner tipo B, me -
diante el tipo A, lineal y verificación de hallazgos con alta-
y baja amplitud.

4). Eliminación de otras estructuras llenas de líquido (estómago, vesícula, etcétera). Mediante cambios posicionales, comparación con imágenes radiográficas o estudios consecutivos.

Las exploraciones, se realizan según plano transaxial, longitudinal y oblicuo, obteniendo también imágenes de cola pancreática con planos adicionales del abdomen superior en prone. No existe ningún medio de contraste utilizable en esta exploración. Limitaciones en la ecografía suponen la existencia de gran cantidad de aire en el intestino, obesidad, contraste de densidad metálica (bario), ascitis, heridas, y drenajes que distorsionan las imágenes. La fiabilidad diagnóstica depende del operador y en manos expertas es superior al 90%, siendo los falsos positivos y negativos inferiores al 10%, a veces las imágenes ecográficas llevan confusión con otros procesos, como masas renales, hematoma subcapsular de bazo y absceso perirenal (12).

E). Tomografía axial computerizada (TAC). - Los datos que proporcionan sobre el páncreas son los mismos que la ecografía, siendo mayor el poder resolutivo, permitiendo fácil diferenciación de grasas, agua y tejidos blandos y aportando mayor precisión del detalle anatómico (13). La existencia de gas intrapancreático fuera del período postoperatorio de drenaje de abscesos pancreáticos y para descartar fistulización espontánea del páncreas (Tránsito gastrointestinal baritado) indica la existencia de absceso pancreático (14). También aquí se presentan dificultades en el diagnóstico diferencial de carcinoma y pancreatitis crónica localizada.

En caso de ictericia obstructiva, el número de cortes en los que se ve el coledoco dilatado aproxima al diagnóstico.

La indicación reside en casos en que el tratamiento va a ser-

quirúrgico, dada la mayor precisión anatómica y poder resolutivo que ofrece imágenes ecotomográficas dudosas y como ayuda ante de la sospecha de infección. Su uso clínico no excluye la ecografía sino que la complementa. Es una prueba más objetiva que esta requiriendo una menor habilidad para su realización. La distorsión de imágenes ante gran cantidad de aire en el intestino (absceso con ileo paralítico), o medio de densidad (contraste baritado), es mucho menor que el anterior, pudiéndose administrar contrastes yodados para visualizar con estructuras anatómicas (15). Servidumbre de este método son su coste elevado, la radiación a la que se somete al paciente y la obtención de imágenes en el plano transaxial, únicamente lo que le hace menos flexible que la ecografía sobre todo en exploración de espacios subfrénicos (14, 15).

Sus limitaciones se encuentran ante pacientes caquéticos -- por falta de tejido graso que delimite los contornos viscerales, o con incapacidad para contener la respiración (14, 15)

F). Exploraciones radiológicas habituales. -- las indicaciones se basan en la clínica y resultados de pruebas anteriormente realizadas. Se buscará relación del pseudoquistes con órganos adyacentes y su posible fistulización, fundamentalmente mediante tránsito intestinal, colangiografía, enema baritado y urografías.

Leger (16), insiste en la necesidad de descartar patología -- gástrica asociada, sobre todo si se va a realizar cistogastrostomía.

G). Estudio arteriográfico. -- un 10% de las lesiones quísticas

del páncreas corresponda a cistadenoma o su equivalente maligno, cistadenocarcinoma (I), la ecografía puede dar en estos casos, ecos de tabicamiento, sin ser resolutivo (I2), no pudiéndose establecerse sistemáticamente la diferencia, incluso durante la laparotomía.

La arteriografía representa al pseudoquistes como masa avascular que puede desplazar vasos arteriales y venosos, presentando sin embargo, el cistadenoma o cistadenocarcinoma cierto grado de vascularización a veces muy llamativa (I7), con respecto al páncreas subyacente, aproxima al diagnóstico de malignidad, siendo los principales signos neoformación vascular y atrapamientos arteriales y venosos (I7). En la pancreatitis crónica aparece devascularización global de la glándula, con alternancias de estenosis y dilataciones. En la pancreatitis aguda se observa aumento de tamaño y pérdida de patrón glandular en fase de parenquima. Es el único método para establecer la relación del pseudoquistes con el sistema arterial y sobre todo el diagnóstico fundamental previo a cirugía de pseudoaneurisma. Por otra parte hay evidencia de anomalías anatómicas arteriales encontrándose las Trede (I8), en el 20% del nacimiento de la arteria hepática derecha en exploraciones previas a pancreatectomía. La visualización del tiempo venoso puede mostrar obstrucciones, aunque sin tener poder resolutivo entre compresión extrínseca y obliteración intrínseca e hipertensión portal extrahepática, mediante signos de obstrucción venosa más circulación colateral. (I7).

H). Visualización de conductos pancreáticos y vías biliares.- La introducción de contraste directamente en el árbol biliar y pancreático puede realizarse con diversos métodos.

La elección de los métodos dependerá de las circunstancias técnicas del paciente:

1). Preoperatoriamente.- mediante colangiopancreatografía-en descópica, se visualizan los conductos pancreáticos, vías biliares y pseudoquiste, en caso de ser comunicante. Pueden identificarse pseudoquistes muy pequeños, no apreciables con otros métodos de exploración, ni aún en la palpación durante el acto quirúrgico(18), pseudoquistes mayores de tres centímetros de diámetro se rellenan difusamente por lo que no se puede calcular su tamaño aunque son raras las complicaciones derivadas de la utilización de esta técnica, existen casos publicados de pancreatitis de perforación duodenal, colangitis, infección de pseudoquiste y septicemia.

2). Preoperatoriamente mediante cateterización de la papila directamente tras duodenotomía, punción del parénquima en busca del Wirsung, fácil cuando se encuentra dilatado y colangiografía por punción del colédoco o transcística, previa colecistectomía cuando hubiese indicación(18).

3). Quistografía por punción.- es la visualización del pseudoquiste por introducción del contraste directamente en su cavidad, se puede realizar de forma preoperatoria por punción percutánea, directamente en el quiste de localizaciones raras - - accesibles, existen trabajos publicados sobre punción percutánea de pseudoquiste abdominal guiada por ecografía(19), y TAC- así como punción endoscópica transgástrica(20). Preoperatoriamente se puede realizar punción directamente en el pseudoquiste aunque es aconsejable hacerle a través de vísceras huecas - - a las que se encuentra adherido, para prevenir el riesgo de - - fistulas pancreáticas, antes de inyectar se debe aspirar una -

cantidad importante del contenido, que se remitirá para análisis bioquímico, bacteriológico y citológico.

Un quiste grande puede enmascarar la comunicación con conductos pancreáticos, (21). Por lo que se ha propuesto la cistografía gaseosa, inyectando aire tras la aspiración de la mayor parte del contenido.

En resumen esta exploración permite realizar mediación de presión intracística, análisis del contenido, visualización radiológica de volumen, localización, existencia de prolongaciones, comunicación, con conductos pancreáticos, posible fistulización a otros conductos, vísceras huecas y cavidades peritoneal e - - pleural.

J). Cistografía pancreática con citrato marcado con galio-67. -preparación imágenes de neoplasia y procesos inflamatorios, -previa preparación intestinal, puede aproximar al diagnóstico de cáncer de páncreas subyacente o pseudoquiste infectado, -con el inconveniente en este segundo caso que para la primera lectura fiable hay que esperar 24 horas difícil en pacientes agudos por otra parte presenta imágenes relativamente poco resolutivas por lo que su indicación queda limitada en casos precisos (15).

K). Biopsia de la pared del pseudoquiste. -algunos autores insisten en la importancia de realizar biopsia preoperatoria -para descartar la posibilidad de cistadenocarcinomas, sobre todo si se va a practicar una operación derivativa (16).

3). TRATAMIENTO

La aplicación de la pauta diagnóstica habrá arrojado los datos (8).

considerados necesarios en orden a configurar un diagnóstico individualizado, partiendo de esta base vamos a considerar el tratamiento de las diferentes situaciones englobadas como -- pseudoquistes, y en este sentido es fundamental, ya que el tratamiento abarcará conjuntamente tanto la alteración morfológica como el conjunto de factores. Con objeto de clarificar la exposición vamos a considerar en primer lugar factores de -- origen general que pueden modificar la indicación terapéutica o requerir un gesto adicional. A continuación y basados en el grado de evolución del pseudoquiste se va a establecer -- dos apartados consecutivos: Pseudoquiste agudo y crónico y finalmente, el tratamiento del pseudoquiste complicado, complicaciones surgidas durante su evolución.

I). Factores de origen general.

A). Estado general. -- una deficiencia de este sentido puede -- condicionar una disminución en la agresividad terapéutica. Si no existe indicación quirúrgica urgente, se remota al paciente.

B). Estilismo. -- es fundamentalmente el tratamiento correcto en este sentido ya que como hemos mencionado con anterioridad gran número de fracasos terapéuticos se debe a la persistencia en el abuso alcohólico. Por lo tanto el estilismo puede suponer una contraindicación para la pancreatctomia total, puesto que debido a la falta de colaboración se desarrollaría -- gran número de complicaciones metabólicas(22).

C). Litiasis u otras alteraciones de la vía biliar. -- si el -- tratamiento quirúrgico no las abarca eliminandolas, requerirán un gesto complementario que las solucione, como puede ser colecistectomía, esfinterotomía o derivación biliar.

D). Insuficiencia pancreática. -- requiere tratamiento higienico-sustitutivo, la influencia de su existencia, en cuanto a inter-

venciones de ejercicio es por algunos autores opuesta, ya que así como Forster(23), los discute en casos de diabétes, puesto que van agravarlas, para Frede(18), su existencia apoya la pan-creatotomía, puesto que el paciente ya se ve previamente obligado a un tratamiento higiénico-sustitutivo.

En definitiva, con vistas al tratamiento quirúrgico, una deficiencia del estado general, falta de colaboración del paciente y estilismo van a desaconsejar una intervención radical de ejercicio, mientras que la existencia de dolor no controlable, antecedentes de operación paliativa y existencia de insuficiencia pancreática, van a apoyarla(22).

2). Pseudoquiste agudo.

En sus fases iniciales el pseudoquiste consiste en una colección líquida de origen pancreático contenida por reacción inflamatoria aguda. Esta colección que Bradley(3), denomina pseudoquiste agudo puede evolucionar hacia la resolución espontánea con complicaciones (ruptura, infección, hemorragia, ictericia) y pseudoquiste crónico con paredes fibrosas. Desde los trabajos de Warren(23), en 1957 se admite que el tiempo necesario para la maduración del pseudoquiste es, en términos generales de 4 a 6 semanas al cabo de las cuales sus paredes inicialmente son de mera reacción inflamatoria aguda, evolucionando hacia la fibrosis(3), tras una serie de 15 pseudoquistes operados en la 5-6 semana de evolución, comprueba que la pared presentaba un grosor superior a 5 milímetros, hecho éste observado, admitiendo variaciones por todos los autores.

Aunque con opiniones contrarias, Bradley observa en repetidos trabajos de investigación clínica, que éste primer estudio la frecuencia de resolución espontánea es muy elevada(40%).

Disminuyendo considerablemente una vez que el pseudoquiste ha-

medurado(0-7%), y no pareciendo depender dicha resolución de localización ni tamaño del pseudoquistes(24).

Inversamente la frecuencia de complicaciones aumenta desde una cifra netamente inferior a la de resoluciones en el primer estadio(20), a cifras altas una vez cronificado(46% entre la 7 y 12 semana y 75% entre la 13 y 18 semana). Apoyando estas observaciones y frente aitudes opuestas(25), Bradley(3), corrobora la pauta clásica abstencionista en las 6 primeras semanas de evolución, con instauración de tratamiento conservador. Este consistirá en atender y mejorar las condiciones generales(26,27,28), establecer cierto grado de reposo y protección pancreática y seguir la evolución del pseudoquistes mediante la ecografía seriada(8,9), presentando especialmente atención a pseudoquistes mayores de 5 centímetros de diámetro, que se someterán a vigilancia estrecha(8), si los estudios ecográficos sucesivos revelan aumento de tamaño del pseudoquistes Bradley(3), aconseja tratamiento quirúrgico, opinión compartida por otros autores(26,27), así mismo durante este período, pueden surgir complicaciones que obligan a tratamiento quirúrgico urgente.

Sentada la indicación quirúrgica, se optará entre 2 posibilidades; drenaje externo o exeresis por no ser las paredes del pseudoquistes, en este estadio eficaces para una sutura sobre ellas. A la hora de decidir una u otra técnica, la agresividad quirúrgica se verá disminuida por circunstancia de urgencia y gravedad. El estado del páncreas va a condicionar también la actitud en este sentido Lutstey Sepaul(29), se muestran conservadores ante la inflamación aguda o necrohemorrágica, por resultar difícil apreciar las lesiones, por regresar gran parte de forma espontánea y por la gran dificultad de manipular la glándula en éste estado. El cancer de páncreas resecable, con buenas condi -

ciones del paciente apoyará la exeresis al igual que la pan -
creatitis crónica, cuando en ella exista indicación quirúrgica -
la causa de la indicación quirúrgica va a imponer a veces la -
resolución a adoptar, como en el caso de hemorragia que en ocasio -
nes obliga a la resección para cohibir(21).

En definitiva, el tratamiento será conservador por la frecuen -
cia de resoluciones espontáneas, controlando la evolución median -
te ecografías seriadas y sometiendo a vigilancia estrecha a -
pseudquistes mayores de 5 cm. de diámetro. Supone indicación --
quirúrgica el pseudoquiste que aumenta de tamaño o la irrup -
ción de complicaciones que requieren intervención.

3).Pseudoquiste Crónico.

Dada la frecuencia de resoluciones espontáneas y alta tasa -
de complicaciones el tratamiento es quirúrgico independiente -
fundamentalmente del páncreas subyacente, en el cuál debemos -
considerar las siguientes situaciones: A).Cancer de páncreas i -
en caso de ser reseccable se efectuará la extirpación abarcando
conjuntamente el pseudoquiste. En los no reseccables, el plantea -
miento girará, dependiendo de la esperanza de vida alrededor de
una operación paliativa que comprenderá, así mismo el pseudoquim -
te. Shatney(29), insiste en la realización de derivación interna
mejor que externa en todo pseudoquiste maduro a pesar del esta -
do general del paciente, exceptuando únicamente, algunos casos -
en los que el pseudoquiste no esté adherido a ningún tramo del
tracto gastrointestinal. B).Pancreatitis crónica.- en estos ca -
sos, solucionar únicamente el pseudoquiste lleva consigo con -
gran frecuencia, la reaparición de dolores pancreáticos y reci -
diva del pseudoquiste(29,30,31,32), se impone hacer un trata --
miento conjunto de pseudoquiste y pancreatitis crónica que, de -
otra forma va a continuar su evolución.

Ante la existencia de alteración de la cola pancreática o múltiples pseudoquistes en esta localización se realiza la resección de cola con anastomosis retrógrada de la sección pancreática si hubiera obstrucción del Wirsung(22, 31, 33, 34). Si la parte pancreática izquierda está más alterada que la cabeza se practica hemipancreatectomía izquierda(22), e incluso resección subtotal izquierda(35). La resección del 95% de la glándula con el resto de la porción del páncreas normal, no altera la función endócrina dando lugar exclusivamente a cierta disminución de la secreción exocrina(35, 36). La letalidad de pancreatectomía subtotal izquierda oscila para algunos autores, entre el 2 y--- 43%. En los casos con gran destrucción de la cabeza del páncreas generalmente en pancreatitis crónica recidivante con pseudoquiste cefálico voluminoso, pequeños pseudoquistes múltiples o litiasis, se realizará duodenopancreatectomía cefálica, viéndose reforzada la indicación por obstrucción duodenal, estenosis coledociana o compresión portal(37, 38).

La afectación intensa de la glándula por esclerosis, necrosis o pseudoquistes múltiples, puede hacer recomendable la duodenopancreatectomía total(35, 37), de forma especial cuando existan operaciones paliativas anteriores, insuficiencia pancreática -- o compresiones a colédoco, duodeno o porta(22), precisa tratamiento higiénico-sustitutivo de por vida y por tanto de la colaboración importante del paciente, estando contraindicado esta cirugía reseccionista en el estilismo(35). La letalidad descrita con cualquiera de los dos tipos de duodenopancreatectomía es del 4-8% (37). La existencia de dolor no controlado que puede llevar al paciente a una drogodependencia constituye, en ocasiones una indicación absoluta por sí misma de pancreatectomía, ya que otro tipo de intervenciones menos agresivas, como

la esplanicectomía van a constituir una solución, exclusivamente temporal(37).

C). Páncreas normal.--en pseudoquistes no comunicantes el procedimiento ideal sería la incisión, con resección de las partes libres de la pared si es extrapancreático y voluminoso-(35). Cabe preguntarse si un pseudoquiste comunicante puede darse con un páncreas normal, o si una dificultad en el drenaje de los conductos pancreáticos es lo que mantiene la comunicación con el pseudoquiste, para Mercadier(38), un pseudoquiste que comunica con conductos pancreáticos quedará solucionado drenando el Wirsung. Si es extrapancreático formado en la transcevidad de los epiplones y el borde inferior no rebasa la curvatura mayor del estómago se puede realizar--ciatogastrostomía en el punto más declive del pseudoquiste. En pseudoquiste cefálico se ha utilizado ciatoduodemostomía aunque Warren(23), previene que el 20% necesita una reintervención. En otros casos se puede efectuar ciatoyunostomía en Y de Roux, en el punto más declive con complicaciones --descritas de una ciega(40), y dehiscencia por lo que autores recomiendan drenaje exteriorizado a lo Witzel(41). En conclusión, el tratamiento del pseudoquiste crónico debe de ser quirúrgico proporcionándose como método de elección el drenaje interno, evitándose la resección del pseudoquiste y pancreas(22). Ante circunstancias que aconsejen disminuir la agresividad terapéutica se puede efectuar el drenaje interno, teniendo en cuenta efectuarlo en el punto de más declive(22,23,38), y la simplificación que supone la adherencia del pseudoquiste a algún tramo del tubo digestivo(28).

4). Tratamiento del pseudoquistes complicado.-agrupamos las--- complicaciones en dos apartados:

A). Pseudoquistes con complicación que requiere tratamiento quirúrgico urgente. Puede ser agudo o crónico dependiendo el--- estado en que aparece, el paciente habrá sido previamente estudiado o no, su estado general va a ser con frecuencia precario, las complicaciones más frecuentes son :

I). Hemorragia aguda.- la frecuencia descrita es del 15-38%, (42) oscilando la mortalidad entre el 30-80%, lo que supone la primera causa de muerte en el pseudoquistes, cifras más bajas se obtienen con tratamiento agresivo eficaz y precoz, (45). Aunque en gran parte de los casos se efectúa resección, hay autores que - recomiendan la ligadura del vaso sangrante o pluriligadura (46). Lam (47), aconseja escisión del pseudoquistes, con pancreática y bazo en caso de erosión de la arteria esplénica. Hivet (21), pancreatocetomía cefálica si el origen es alguna de las ramas del arco de la arteria pancreatoduodenal.

II). Rotura aguda del pseudoquistes en cavidad peritoneal.- la frecuencia reseñada en la literatura oscila entre 2.5-5%. (18) (8), agrava considerablemente el cuadro la presencia de hemorragia intraperitoneal (46), alcanzando la mortalidad el 80% aunque puede verse muy reducida con tratamiento quirúrgico urgente (8, 46), el gesto para resolver esta complicación será el drenaje-externo con limpieza de la cavidad peritoneal y drenaje de la misma (33). La derivación externa es aconsejable realizarla sobre tubo de doble luz para lavados y aspiración continua, dependiendo las circunstancias del caso (estado general, estudios -- previos realizados, estado del páncreas, número de horas de ev

lución o existencia de peritonitis), se puede intentar una solución definitiva de exeresis.(48).

III).Ictericia.-la aparición de ictericia en pseudociste obliga a una actitud quirúrgica urgente(49), dependerá del origen de aquella y condiciones del paciente, páncreas y pseudociste- el tratamiento como en otro tipo de complicaciones podrá ser definitivo o paliativo de este síntoma.En ictericia de causa biliar concomitante con pseudociste agudo es aconsejable la actuación sobre la vía biliar exclusivamente.

IV).Infección del pseudociste.-es una complicación sumamente grave siendo la mortalidad pancreática sistemática, mediante tratamiento conservador.Con tratamiento quirúrgico se reduce en un 53%(50), aunque en algún caso publicado se haya practicado derivación interna(51), y resección(52), por la existencia de inflamación e infección en ambas, quedan contraindicadas, si por la indicación unánime la derivación externa que puede ser transluminal cuando el pseudociste quede adherido a vísceras huecas(53).

B).Pseudociste complicado que no requiere tratamiento quirúrgico urgente.-como regla general, se llevará al paciente a condiciones más apropiadas que le permitan un tratamiento de elección

I).Pseudociste fistulizado a cavidad peritoneal y/o pleural.-el tratamiento inicial será médico con dos propósitos fundamentales, uno es el de la disminución de la secreción pancreática y aproximación de las paredes de la cavidad pleural o peritoneal.La instauración de aspiración gástrica, alimentación parenteral y vagolíticos ampliamente aceptados, es en realidad de valor cuestionable en orden ha disminuir la secreción pancreática

Prior(54), aconseja el glucagón, Cameron(55), por su parte administra diamox, es fundamental mantener el derrame pleural o ascitis drenados mediante punciones diarias, llegando incluso a la colocación de drenaje torácico permanente en caso de no mantener libre de líquido, Cameron(55), aconseja no prolongar la terapéutica conservadora por más de dos semanas, si el paciente no responde favorablemente, ya que aumenta considerablemente la mortalidad y es improbable que cierre la fístula. El tratamiento quirúrgico será el del pseudoquistes, no estando indicada la toracotomía se realizará, ligadura o resección del trayecto fistuloso. En la serie de Cameron(55), el tratamiento médico tiene éxito en el 46% y el quirúrgico en el 82% con una mortalidad global del 18%. El pseudoquiste comunicado con conductos o vísceras huecas y la comunicación con conductos que se habren al exterior puede proporcionar la curación y el drenaje es adecuado, aunque la regla es la hemorrágica como complicación inmediata, infección y recidiva a más largo plazo(56). Dependiendo de la actitud con relación al pseudoquiste, se aprovechará la fístula para realizar una derivación interna, se practicará cierre del órgano blando, o bien resección segmentaria y reconstrucción.

II). Pseudoquiste con hipertensión portal segmentaria.- el simple tratamiento de un pseudoquiste asociado a hipertensión portal no asegura la regresión de ésta, ya que puede ser debida a: no sólo compresión extrínseca, si no a trombosis venosa(23), la trombosis en el territorio de la esplénica, sienta indicación de esplenectomía, (39,43,54). Si el territorio afectado es el de la mesentérica superior, se puede realizar en el mismo acto quirúrgico o secundariamente una derivación mesentérica cava(54).

III). Trombosis arterial.-condiciona una resección como en el caso de infarto esplénico o bien una operación de revascularización previa al tratamiento del pseudoquistes como en los casos de estenosis del tronco celiaco(23).

Finalmente para cerrar el tratamiento del pseudoquistes se hace a continuación mención de un nuevo método terapéutico que es la punción percutánea guiada por ecografía o por TAC, dicho método a pesar de no ser quirúrgico no es incruento. Dependiendo de las circunstancias, puede aspirarse el contenido, o incluso dejarse un cateter como drenaje externo,(17), la indicación podría sentarse en pacientes con absceso o pseudoquistes, contraindicado para ser tratado quirúrgicamente, o pseudoquistes crónicos no comunicados como primera medida terapéutica.

4). CASOS CLINICOS

A continuación se presentan 6 casos clínicos con diagnóstico de pseudoquistes pancreático, estudiados y tratados por el servicio de cirugía del Hospital Regional de Especialidades del I.M.S.S. de Puebla Puebla, durante el período que comprende desde enero de 1983 a diciembre de 1984. Siendo detectados en el archivo clínico del Hospital, y en enfermos hospitalizados a cargo del servicio de Gastroenterología con cuadro de pancreatitis, y que desarrollaron pseudoquistes pancreático. Apoyándonos con estudios de laboratorio (amilasemia, emiliauria), y de gabinete (Ecsonografía, TAC, SERGD).

CASO I. Mujer de 31 años de edad, con antecedentes de alcoholismo ocasional tipo social, sin historia de patología biliar. Que ingresa al hospital por cuadro clínico de tres meses de evolución con aparición de dolor epigástrico intenso con irradiación al dorso acompañado de vómito de contenido glerobiliar - que cedió en forma espontánea, el dolor remitió en forma parcial con la ingesta de analgésicos, persistiendo en forma intermitente por cuatro semanas, posteriormente cuatro semanas después aparición de tumorción a nivel de epigastrio acompañado de plenitud postprandial, así como pérdida de peso no cuantificado, ésta sintomatología persistió en forma continua con vómito e intolerancia gástrica, a la exploración física, se encontró afebril, no ictericia, sin compromiso cardiopulmonar, signos vitales estables, en abdomen con presencia de tumorción mal definida que abarcaba epigastrio lisa, renitente, dolorosa, no móvil, no hepatomegalia no datos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio reportaron, calcio sérico bajo, amilasa sérica elevada, el estudio baritado de estómago y duodeno, rechazó del estómago hacia adelante y arriba, arco duodenal abierto (Figuras 1, y 2), la ecasonografía (figura 3), mostro imagen de pseudoquiste de pancreas, se intervino quirúrgicamente, encontrándose en el transoperatorio cavidad quística, se tomografía transoperatoria, mostrando quiste de 10 cm de diámetro situado en cuerpo de pancreas, se obtuvo líquido sucio-oscuro aproximadamente 50ml, posteriormente se efectuó Cistogastroanastomosis (drenaje interno), la evolución postoperatoria satisfactoria, a los 5 días se inicio vía oral, la SEG de control a los 4 meses desaparición de la tumorción retrogástrica, actualmente 12 meses en control en C.E, se encuentra asintomática



(FIGURA 1)

SEGD que muestra tumoración retro gástrica, con rechazo del estómago HACIA ADELANTE Y ARRIBA.
(Pseudoquiste pancreático).



(FIGURA 2)

SEGD que muestra arco duodenal abierto, por presencia de pseudoquiste pancreático.

(FIGURA 3).

Ecosonografía
que muestra un pseudoquiste pancreático



CASO 2. Hombre de 38 años de edad, con antecedentes de alcoholismo desde los 16 años de edad en forma importante cada 7 días-- con periodos de embriaguez, posteriormente diariamente a partir de los 18 años. Diabetes Mellitus desde 1980. Su padecimiento actual de 4 meses de evolución con dolor epigástrico de tipo punzante con irradiación a hipocondrio derecho, de moderada intensidad acompañado de náuseas y vómito biliar, se le inició tratamiento médico habitual, por persistencia del dolor fué hospitalizado. A la exploración física, no ictericia, afebril, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con distensión y dolor epigástrico y al parecer se palpa vesícula biliar, no datos de irritación peritoneal, se le solicitaron exámenes de laboratorio, siendo la amilasa serica normal, electrolitos, con ligera hipoclorotremia, su evolución intrahospitalaria fué tórpida con alteraciones metabólicas glicemia de 1000Ua, glucosuria intensa, con cetonuria, presento paro cardiorespiratorio, que fué reversible a las maniobras habituales, permaneció intubado por 48hr, posteriormente mejoró metabólicamente y de su problema ventilatorio continuo con persistencia del dolor abdominal en epigastrio, solicitandosele gammagrama hepatoesplénico, que mostró defecto de captación en topografía vesicular por lo que se decide intervención quirúrgica efectuandosele Colectistectomia y coledocotomía con aplicación de sonda Kehr, por haber encontrado litos en vesícula y colédoco. Se encontró pancreatitis edematosa con zonas de esteatonecrosis leve agregandose gastrostomía tipo Stamm. El postoperatorio aparentemente favorable cursando 32 días sin complicaciones, dos días después presento hipertermia de 39 grados, vómito, distensión abdominal leve, sin descontrol metabólico por lo que se le solicito colangiografía por sonda Kehr, no demostrando alteraciones, la SEGDM desplazamiento del estómago por tumoración retrogástrica, la ecosonografía con imagen de pseudo

quiste pancreático, se solicitó interconsulta a nutrición paren-
 teral, para mejorar sus condiciones generales, y someterlo a lu-
 paratoma exploradora, siendo efectuada encontrando en el trans-
 operatorio pseudoquiste en cuerpo de pancreas de +2 centímetros
 de diametro, con liquido de 200ml sucio porraceo, se efectuo cisto-
 gastroanastomosis (drenaje interno), el postoperatorio fué torpido
 con sangrado del tubo digestivo alto, iniciándose manejo médico
 Por persistencia del sangrado activo, se decide a reintervenirlo
 encontrándose sangrado en la cavidad del pseudoquiste, se efec-
 tuó hemostasia de vasos sangrantes, el postoperatorio satisfacto-
 rio, siendo retirada la nutrición parenteral a los 14 días de-
 postoperatorio, siendo dado de alta 2 días después, se le solici-
 to a los 30 días SEGD de control que mostró disminuición progre-
 siva del pseudoquiste, la SEGD de control a los 5 meses desaparici-
 ón en un 80% del pseudoquiste a los 8 meses desaparición total
 (figuras 3 y 4).



(FIGURA 3)
 SEGD DE CONTROL DE CISTO
 GASTROANASTOMOSIS
 Observese el estómago con
 la cavidad quística



(FIGURA 4).
 SEGD DE CONTROL DE CISTO
 GASTROANASTOMOSIS A LOS
 5 MESES.
 Observese disminuición en
 un 80% de el pseudoquiste

CASO 3. Hombre de 37 años de edad, con antecedentes de alcoholismo desde los 25 años de edad, con ingesta de 2-3 litros de pulque diario en forma cotidiana con períodos de embriaguez cada semana, diabético controlado desde hace 13 años con tratamiento médico, dolor de 10 años de evolución en epigastrio, esporádico cada 2-3 meses, y de corta evolución que cede con analgésicos automedicados, su padecimiento actual de dos meses de evolución, caracterizado por dolor en epigastrio de moderada intensidad - permaneciendo continuo por tiempo de dos horas, irradiándose -- a ambos hipocondrios acompañándose de estado nauseoso y llenura postprandial, aparición de tumoración en epigastrio y pérdida de peso en 1 mes de 6 Kg. A la exploración física sin ictericia, hidratado afebril, cardior pulmonar normal, abdomen blando depresible con tumoración en hipocondrio izquierdo de bordes lisos, dura teniente, dolorosa, se descartó patología en colon, riñón, tubo digestivo, con estudios baritados, se solicitó ecsonografía que reportó tumoración quística compatible con pseudoquiste pancreático o tumoración pancreática, las placas simples de abdomen se apreciaron calcificaciones en cabeza de páncreas (figura 5), fué sometido a nutrición parenteral preoperatoria -- por 7 días para mejorar su estado general, efectuándose laparotomía exploradora, encontrando glándula pancreática con atrofia y fibrosis, asimismo, tumoración en región corporocaudal, se efectuó resección del pseudoquiste con esplenopancreatectomía corporocaudal, tomando ésta decisión por haberse efectuado pancreatografía transoperatoria, que mostró dilatación del conducto de Wirsung con calcificaciones en cabeza de páncreas patognomónicas de pancreatitis crónica calcificante, (figura 6) se efectuó derivación interna a asa yeyunal desfuncionalizada en Y de Roux. El paciente falleció en el postoperatorio a las 48hs, por complicaciones metabólicas. El resultado anatomopatológico de la pieza

quirúrgica fué de pseudociste pancreática con pancreatitis crónica calcificante. (Figura 7).



(FIGURA 5).

Placa simple de abdomen. observense las calcificaciones en tonografía de cabeza de pancreas

(FIGURA 7).

Pieza quirúrgica que muestra al pseudociste pancreático.



(Figura 6).

Pancreatografía transconectoria, que muestra pancreatitis crónica calcificante



CASO 4. Hombre de 37 años de edad, con antecedentes de alcoholismo desde la infancia a la edad de 12 años con ingesta de moderada intensidad y cantidad con períodos de embriaguez cada semana su padecimiento actual de 3 meses de evolución con dolor epigástrico de fuerte intensidad posterior a ingesta de alimento abundante, acompañado de vómito, el dolor con irradiación al dorso y en hemicinturón, se le solicitó a su ingreso análisis serológicos siendo elevada a 1470 Us, a hiperamilasuria, fué manejado en forma médica como pancreatitis edematosa, posteriormente dos días desarrolló una tumoración en epigastrio dolorosa, dura fija a planos profundos no desplazable, sin datos de irritación peritoneal, los demás órganos y sistemas sin aparente participación, 6 semanas después se sometió a laparotomía exploratoria con diagnóstico de pseudoquistes de pancreas, comprobado con ecasonografía (figura 8). Se encontró en el transoncretorio pseudoquistes en cuerpo del pancreas con material necrótico en cantidad de 1500ml, se efectuó cistogastroanastomosis (drenaje interno). El postoncretorio con vómito persistente, no tolerando vía oral siendo sometido a nutrición parenteral por 30 días, una vez que disminuyó la tumoración se inició vía oral tolerándola sin complicaciones por lo que fué dado de alta, siendo controlado en consulta externa, actualmente a 3 meses de postoncretorio, ha desaparecido la tumoración, encontrándose asintomático.

CASO 5. Hombre de 43 años de edad, sin antecedentes de alcoholismo, ni alteraciones biliares, solo diabetes mellitus, inicia su padecimiento dos semanas después de la ingesta de alimentos colectatoquinéticos y bebidas alcohólicas, con aparición de dolor intenso en epigastrio de fuerte intensidad irradiado a hipocondrio derecho, cediendo en forma parcial con la administr

ción de analgésicos, posteriormente se intensificó el dolor y fué hospitalizado. A la exploración física se encontró con obesidad - exogena, hidratado, signos vitales estables, febril, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con presencia de tumoración en epigástrico dolorosa, su evolución fué con sangrado del tubo digestivo - alto cediendo con manejo médico, se vigiló al paciente con vigiación por cirugía en cada turno desapareciendo la tumoración, se tomo ecocoronografía que mostró pseudoquistes pancreáticos, actualmente asintomático la ecocoronografía de control con desaparición de tumoración, en el epigástrico. Se solicitó antes TAC que muestra -- disminución de el pseudoquiste pancreático (Figura 9).

CASO 6. Mujer de 56 años de edad, antecedente de alcoholismo -- ocasional desde los 18 años de tipo social I a 2 veces por semana sin llegar a la embriaguez, su cuadro clínico de 2 meses de evolución con aparición de dolor epigástrico frecuente cotidiano de 15 días de evolución intenso con duración continua, promedio 20 minutos con irradiación bilateral a ambos hipocostrios - y a región dorsolumbar con carácter transitorio, sin relación - a los alimentos, y que ocasionalmente se acompañaba de vómito -- con alimento, niega ictericia y sangrado. Se le solicitaron exámenes de apoyo reorientándose la ecocoronografía con polipo en fondo-vesicular, por lo que se sometió a colectectomía, encontrándose el polipo vesicular, dándose de alta al 6 día de postoperatorio sin aparentes complicaciones. Al 8 día, dolor intenso en epigástrico, que no cedió con analgésicos aumentando de intensidad dicho dolor, se acompañó de vómito, ingresando nuevamente al servicio de cirugía. A la exploración física se encontró, hidratado, -- cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con dolor en hipocostrio-derecho y epigástrico, herida quirúrgica normal, dos días de nueva-persistencia del dolor, se acompañó de vómito glerobiliar con --

tante, se le solicitaron placas radiológicas de abdomen que fueron interpretadas como oclusión intestinal, siendo tratada como tal, posteriormente aparición de tumorción abdominal mal definida en epigástrico se le solicito SEGD que mostró rechazo en forma importante del estómago y apertura del arco duodenal. (semejantes a la figura 1 y 2), se solicitó ecsonografía que mostró masa compatible con pseudonquiste pancreático, su evolución fue hacia la mejoría con desaparición de la tumorción, tolerancia oral, y desaparición del dolor, fué dada de alta para seguir su control en consulta externa, actualmente se ignora la evolución ya que la paciente no acudió sus citas a consulta externa.



(FIGURA 8)

Ecsonografía que muestra pseudonquiste pancreático que presentó resolución espontánea



(FIGURA 9)
TAC que muestra disminución de pseudoquist
te pancreático, se aprecia pancreas edematoso

5).CONCLUSIONES Y RESULTADOS.

En este estudio retrospectivo sobre pseudoquiste pancreático--
realizado en el Hospital Regional de Especialidades del I.M.S.S
Se concluye que el pseudoquiste es una complicación evolutiva -
de las infecciones inflamatorias pancreáticas, que se presenta en
el 10 por ciento de éstas(3,5,20,21).Con la introducción de nue
vos métodos de diagnóstico en nuestra unidad como el ultrasonido
y la tomografía axial computerizada, se puede diagnosticar y tra
tar en forma adecuada esta patología y como Bradley (3,5,10),-
en sus trabajos refiere que el pseudoquiste agudo puede evolucion
nar hacia la resolución espontánea en un 40%.En nuestros casos
estudiados dos(33%), lo presentaron.El tiempo de intervención --
quirúrgica establecido por Warren en 1957 es en términos genera
les de 4 a 6 semanas,por estar las paredes del pseudoquiste madu

ras. Se debe de vigilar al paciente en forma continua para evitar complicaciones ya que la frecuencia de éstas aumenta de cifras bajas en el primer estudio 20%, hasta cifras altas una vez cronificado (46% entre la 7-12 semana) y (75% entre la 13-18 semana) (24). Tres de nuestros pacientes fueron intervenidos entre la 5-6 semana de formación del pseudoquistes evitando complicaciones, efectuándose drenaje interno (cistogastroanastomosis), ésta técnica fué practicada por primera vez por Jedlicka en 1915, teniendo bastantes defensores, nosotros nos sentimos muy confiados con ella, prefiriéndose la forma transgástrica propuesta por Jurasz en 1931, sus inconvenientes son el reflujo gástrico y graves hemorragias postoperatorias, solo 1 paciente presentó sangrado de la cavidad del pseudoquistes interviniéndose nuevamente quirúrgicamente, efectuándose ligadura del vaso sangrante como lo sugiere Sankaran (45), no habiéndose presentado recurrencia del mismo.

Del total de los casos presentados (seis) uno falleció en el postoperatorio a las 48Ha, por complicaciones metabólicas secundarias a Diabetes Mellitus, este paciente presentó pseudoquistes a nivel del cuerpo y cola del páncreas, asociado a pancreatitis crónica, se realizó resección del pseudoquistes con cuerpo y cola pancreática y bazo, efectuándose anastomosis con yeyuno en Y de Roux, apoyando este tratamiento los siguientes autores (29, 30, 31)

En resumen el tratamiento del pseudoquistes agudo será conservador ya que sus paredes en este estudio no son adecuadas para derivación interna, y ameritaria drenaje externo introducida por Gossebauer en 1863 con una alta morbilidad por la frecuencia alta de fístulas, nosotros solo la utilizaríamos en caso de complicación como lo exhumamos en el tratamiento del pseudoquistes complicado.

También debemos recordar la alta tasa de resolución espontánea del pseudoquistc agudo. Se debe de vigilar al paciente con control periódico mediante ecografía seriada y tener cuidado con pseudoquistc de crecimiento progresivo, ya que pseudoquistes mayores de 5cm de diámetro, deben ser operados para evitar complicaciones.

En el pseudoquistc crónico dada la baja frecuencia de resolución espontánea y alta tasa de complicaciones el tratamiento es quirúrgico proponiéndose como método de elección la derivación interma, previniendo el aumento de la morbimortalidad que nos llevaría la resección o exeresis del pseudoquistc pancreático(22, 23, 38).

6.-BIBLIOGRAFIA:

- 1).Cooperman,A;Hoerr,S.:Pseudocysts.
surgery of the pancreas. Chapter 6: 1984
- 2).Uscanga,L;Rosado,L:Diagnostico y tratamiento del pseudo-
quiste pancreático.Rev.Invest. Clin.Mex.,35:21-26,1983.
- 3).Bradley,E.González,A.Acute pancreatitis Pseudocyst. Ann.Su
rg. 184:734, 1976.
- 4).Donaldson,L.A;Brodie,M.J;amylase Thermolability as a screa
ning test for pancreatic pseudocysts.Br.J.Surgery.,65:413-
1978.
- 5).Sehgal,L.R.y Kraft,A.R;Isoamylase pattern diagnostic of pa
ncreatic pseudocyst,2:149,1977.
- 6).Perry,J.P:Combinated internal-external drainage of pseudo-
cyst of the pancreas.Surgery,55, 511, 1982.
- 7).Conrad,M.R; Landay,M.J. y Khoury,M: pancreatic pseudocysts
Unusual ultrasound features.Am.J.Roentgenol,130:265 1978.
- 8).Bradley,E.L;Clements,J.L. Jr.y González, A.C. The natural
history of pancreatic pseudocysts: A. unified concept of -
management.Am.J. Surg. 137: 135, 1979.
- 9).Andersen,B. N;Huncke,S;Nielsen, S.A.D.y Schmidt,A: the diag
nosis of pancreaticysts by endoscopic retrograde pancrea-
tography and ultrasonic scanning.Ann. Surg,185:286,1977.
- 10).González,A.C.Bradley,E.L.y Clements,J.L.Jr. pseudocysts +
formation in acute pancreatitis:Ultrasonographic evaluati
on of 99 cases.Am.J. Roentgenol,127:315. 1976.
- 11).Goldberg,B.B;Kotler.M.N;Ziskin,M.C.y Wuxham,M.B.diagnosti
c uses of ultrasound. Grune and stratton.NewYork,1983.

- 12). Grace, R. R. y Jordan, P.H. Jr; Unresolved problems of pancreatic pseudocysts. Ann. Surg. 184:16, 1976.
- 13). Haaga, J. R; Alfidi, R. J. Havrilla, T.R. Cooperman, A.M. Seidelmann, F. E. Reich, N.E; Weinstein, A.J. y Measney, T. f: CT detection and aspiration of abdominal abscesses. Am. J. Roentgenol; 128: 465, 1977.
- 14). Méndez, G. Jr. y Isikoff, M.B. Significance of intrapancreatic gas demonstrated by CT: A review of nine cases. AJR, 132:59, 1979.
- 15). Kressel, H.Y; Margulis, A.R. Gooding, G.W. Pilly, R.A. Moss A.A. y Korobkin, M. CT scanning and ultrasound in the evaluation of pancreatic pseudocysts: A preliminary comparison. Radiology, 126: 153, 1978.
- 16). Leger, L. y Guyet, P; Lésions kystiques et pseudo-kystiques du pancréas. Essai de regroupement & orientation thérapeutique. Presse. Med, 66: 1982.
- 17). Abrams, N.M. Beranbaum, E.R. Beranbaum, S.L. y Ngo, N.L. Angiographic studies of benign and malignant cystadenoma of the pancreas. Radiology, 89: 1028 1976.
- 18). Trede, M. Comunicación personal.
- 19). Hancke, S. y Pedersen, J. P. Percutaneous puncture of pancreatic cysts guided by ultrasound surg. Gynecol obstet. 142 - 551, 1976.
- 20). Beger, B. H. G. Circurel, N. J. y Seed, R.W. Transgastric-needle aspiration of a pancreatic pseudocyst through an endoscope gastrointest endosc.. 21, 133 1975.
- 21) Haaga, J.R.; Highman, L.M. Cooperman A.V. y Owens, P.J. percutaneous CT/ Guided pancreatography and pseudocystography AJR, 132: 829 1979.

- 22). Laing O. Untersuchungen zur symptomatischen diagnostik - und therapie der pankreaszysten. Tesis doctoral. Universidad de Heidelberg 1978.
- 23). Forster, E; Cinqualbre J. Lafforgue D. y Kassen, S Les pse - ude-kystes du pancreas. Encycl Méd chir. paris. foie-pan - creas 1- 1976.
- 24). Bradley, E. L. y clements, J.L. Spontaneous resolution of pancreatic pseudocysts: Implications for timing of opera - tive intervention. Am. J Surg. 129; 23 1975.
- 25). Thomford, N.R. y Jenseph, J. E. pseudocyst of pancreas A re - view of fifty cases. Am. J. surg. 118: 86 1980.
- 26). Editorial: pseudocysts, ripe for drainage lancet. 2 1007 - 1976.
- 27). Huang, T. T. Wolma. F. J. y Fish, J.C. metabolic und hemody - namic considerations in patients with pancreatic pseudocy - st. surg. gynecol obstet. 135:517 1972.
- 28). Pellak, E.W.; michas, C.A. y wolfman, E.F. Jr. pancreatic pseu - docysts: management in fifty-four patient. Am. J., Surg, 13 5 199, 1978.
- 29). Latante, J. y Serpault, P: Le traitement chirurgical des - pancréatites aiguës hémorragiques. A propos de 75 cas. J. Chir. 113, 447, 1977.
- 30). Polk, F.A. y freark, E.J. reoperations for pancreatic pse - udocyst. Arch. surg. 100, 430, 1970.
- 31). Jones, C.E. polk H.C. Jr. y fulton R.L. pancreatic abs. Am. J. surg. 129, 44, 1975.
- 32). Raymond, F. Hillson, R.F. y taube, R.H. surgical management - of pancreatic pseudocysts. Am. surg. 41, 492, 1975.
- 33). Barreiro, F.; Mateo, A; Suárez J. y pacheco E; pseudoquistes pancreáticos rev. ESP. Enf. Ap. digest. 49, 373, 1977.

- 34).Schonemann,J. operationes am pankreas: Ergebnisse und folgen Internist, 16:276, 1975.
- 35).Mercadier,M. clot, J.P. y russell, T.K. Chronic recurrent pancreatitis und pancreatic pseudocysts. Current problems in surgery, 1973.
- 36).Hess,W. y von rutte B: die intermittierende und perforien de pankreaszyste schweiz med wachr.80,476, 1980.
- 37).Gull,F. y studelmann, O: operative Behandlung der chronun kretitis forstchr med,95:1023, 1977.
- 38).Mercadier,M. Clot,J.P. Chigot,J.P.y Duchatelle,J.P: actitud terapéutica ante los pseudoquistes del páncreas. I simposium internacional de actualizaciones en cirugía. Madrid, 1977 pág. 8
- 39).Houdard, G.y Ménage, C.interventions pour pseudo-kystes e t fistules pancréatiques. Encycl méd. Chir. paris. Tech - chir App. Dig 3. pág. 40885
- 40).Bau, H. y Hepp, G. Die zysten und pseudodozysten des pankreas. Lungenbecks Archiv. Chir, 322: 749, 1980.
- 41).Balfour,J.F. pancreatic pseudocysts, complications and the ir relation to the timing of treatment. Surg clinica N - Amer, 50 395, 1970.
- 42).ENN, W.H. y grimes, E.L. pseudocysts of the pancreas Am, - J. surg, 100: 30, 1972.
- 43).Levin, D.C. Eisenberg, H.y Willson, R. Arteriography in + the evaluation of pancreatic pseudocysts, Am, J. Kroatgenol 129: 243, 1977.
- 44).Rosenberg, I.K. Kahn,J.A.y walt, A.J. surgical experien - ce with pancreatic pseudocysts Am, J. surg, 117:1,1980 .
- 45).Sankaran,S.y walt,A.J. The natural und unnatural histo - ry of pancreatic pseudocysts Br. surg,62:37,1975.

- 46). Winship, T. Butt J. Henstorf, H; Ivey, K; Smith N. Trevath M. Turner, F. y Wilhelm, K. pancreatitis: pancreatic pseudocysts and their complications gastroenterology 73: 593 - 1977.
- 47). Lum, A.Y. y Bricker, R.S. pancreatic pseudocysts with hemorrhage into the gastrointestinal tract through the duct of Wirsung Am. J. surg. 129, 694 1975.
- 48). Christensen, N.M. Demling, R. y Mathewson, C. Jr. unusual manifestations of pancreatic pseudocyst and their surgical management Am. J. L. Jr: surg. 130, 199 1975.
- 49). Hastings, P.H. Nunce, F.C. y Becker, W.F. Changing patterns in the management of pancreatic pseudocysts Ann. Surg 181 546, 1975.
- 50). Bolooki, H. Joffe, B. y Gliedman, M.L. pancreatic abscess and lesser omental sac collection surg, gynecol obstet 126 1301, 1982.
- 51). Lutwick, R: L.I. pancreatic abscess with haemophilus influenzae and eikenella corrodens JAMA, 236, 2091 1976.
- 52). Camer, S.J. Tan E.Q.C. Warren, K.W. y Bruschi, J.W. pancreatic abscess: A critical analysis of 113 cases Am, J. surg 129: 426, 1975.
- 53). Karatzas, G. M. pancreatic, pseudocysts Br. J. surg 63 : 55, 1976.