



11209
16
2ej

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Centro Hospitalario:
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
SECRETARIA DE SALUD

“PSEUDOQUISTE DE PANCREAS”
Experiencia en el Hospital General del Estado
y Revisión de la Literatura
Estudio Retrospectivo 1983-1988

T E S I S

Para obtener el Título de la

ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

Presenta

Dr. Jesús Alfredo Castro Flores

Hermosillo, Sonora

Febrero de 1990

FALLA DE ORIGEN



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.

C O N T E N I D O

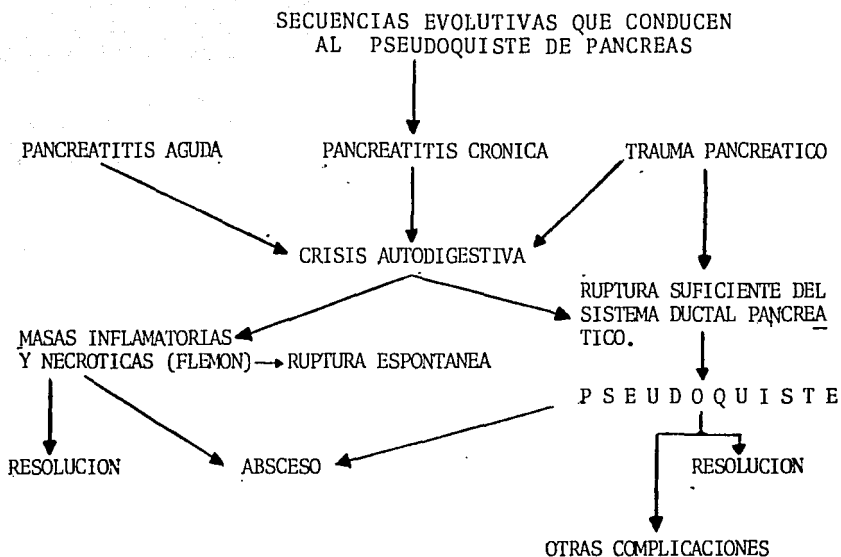
	Página
I.- INTRODUCCION	1
II.- OBJETIVOS	4
III.- A) MATERIAL Y METODOS	5
B) RESULTADOS	7
C) REVISION A LA LITERATURA Y COMENTARIOS	15
IV.- CONCLUSIONES	24
V.- BIBLIOGRAFIA	25

I.- INTRODUCCION .

El pseudoquiste de páncreas se desarrolla a partir de la disrupción del conducto pancreático, el líquido generalmente acumula en un espacio yuxtapancreático, con gran frecuencia en la transcavidad de los epiplones.

El organismo reacciona con un proceso inflamatorio, creando una masa carente de pared epitelial ("pseudoquiste"), compuesta de tejido necrótico, enzimas pancreáticas y pared de tejido de granulación (4,10). Este hecho, con un fondo común de crisis autodigestiva localizada o difusa (20), se desarrolla en forma crónica, como ocurre posterior a traumatismo, obstrucción del conducto pancreático secundario a pancreatitis, o a carcinoma de páncreas. (Cuadro 1).

Afortunadamente esta entidad es poco común, reportándose una incidencia de 1 a 4.5% de todos los pacientes admitidos en el hospital por pancreatitis.



Cuadro 1. Secuencias evolutivas que conducen al pseudoquiste.

Tomado de: Cristobal Pera, "Avances de Cirugía"
Editorial Salvat. 1978, Pag. 189)

ANTECEDENTES HISTORICOS.- El pseudoquiste de páncreas fue descrito por primera vez por Morgagni en 1761 sin éxito en el manejo quirúrgico, hasta que en 1882 se atribuye a Bozeman la primera extirpación de un pseudoquiste; un año más tarde, Gussenbauer reportó el drenaje externo por marsupialización.

Las técnicas de drenaje interno, incluyendo citogastrostomía, cistoduodenostomía y cistoyeyunostomía, fueron descritas durante la primera parte del presente siglo. Corresponde a Henle y a Hahn (1927) la prioridad de cistoyeyunostomía, técnica que Koning repitió en 1946 pero con una asa de yeyuno en "Y de Roux".- (1, 11, 20).

II.- OBJETIVOS .

El presente estudio es una revisión retrospectiva de cinco años de experiencia en pseudoquistes de páncreas en el Hospital-General del Estado de Sonora, a fin de conocer incidencia, características clínicas; manejo y revisión de la literatura.

III.- A) MATERIAL Y METODOS .

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes con diagnóstico de pseudoquistes de páncreas admitidos en el Hospital General del Estado de Sonora, en el período comprendido de Enero de 1983 a Diciembre de 1988.

El análisis abarcó un total de 10 casos, en el que fueron incluidos pacientes con manejo médico y quirúrgico.

Fueron analizadas las siguientes variantes:

- Sexo, edad, relación hombre:mujer.
- Manifestaciones clínicas más frecuentes.
- Etiología de la pancreatitis (enfermedad biliar, alcoholismo, trauma y otras).
- Exámenes de laboratorio (BH, amilasa sérica).
- Valoración preoperatoria (ASA).
- Manejo médico y quirúrgico.

- Cultivo de la secreción pancreática.
- Complicaciones.
- Días de estancia hospitalaria.
- Mortalidad.
- Seguimiento.

III.- B) RESULTADOS .

Fueron un total de 10 pacientes con diagnóstico de pseudo-quiste de páncreas. Seis pacientes correspondieron al sexo masculino (60%) y cuatro al sexo femenino (40%), con una relación hombre:mujer de 3:2.

Las edades variaron de 16 a 64 años con una media de 33.4 años, hombres con una media de 34 años (23 a 44 años), mujeres con una media de 32.5 años (16 a 64 años). (Cuadro 2).

CUADRO CLINICO.-

La manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal localizado en epigastrio en el 90% de los casos, seguidos por náuseas y vómitos en el 50%; masa abdominal, al igual que distensión y plenitud, fueron reportadas en el 30% de los casos. En un paciente, la primera manifestación fue sangrado de tubo digestivo alto (STDA) y choque hipovolémico, en otro paciente la manifestación primordial la constituyó el abdomen agudo.(Cua

dro 3).

TOTAL: 10 Casos
EDAD: 16-64 años. Media de 33.4 años.

<u>SEXO:</u>	<u>RANGO DE EDAD:</u>	<u>No. DE CASOS</u>
MASCULINO	23-44a Media 34a	6(60%)
FEMENINO	16-64a Media 32.5a	4(40%)
		<u>10(100%)</u>

Cuadro 2

CUADRO CLINICO

<u>Manifestación clínica:</u>	<u>No. de Casos:</u>
- DOLOR ABDOMINAL	9 (90%)
- NAUSEAS Y VOMITO	5 (50%)
- MASA ABDOMINAL	3 (30%)
- DISTENSION ABDOMINAL Y PLENITUD	3 (30%)
- S.T.D.A.	1 (10%)
- ABDOMEN AGUDO	1 (10%)

Cuadro 3

ETIOLOGIA: Como antecedente más frecuente de causa de pancreatitis se encontró la enfermedad biliar (40%), seguido por alcoholismo (20%), post-trauma (20%) y de origen desconocido (20%). La enfermedad biliar fue el antecedente más frecuente como causa de pseudoquiste en mujeres; alcoholismo y trauma en pacientes de sexo masculino. (Cuadro 4).

C A U S A S

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ENFERMEDAD BILIAR	4(40%)	1	3
ALCOHOLISMO	2(20%)	2	
POST-TRAUMA	2(20%)	2	
DESCONOCIDA	<u>2(20%)</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	10(100%)	6(60%)	4(40%)

Cuadro 4

Exámenes de laboratorio: A su ingreso los exámenes de laboratorio mostraron elevación de la serie blanca; leucocitosis mayor de 10,000 en 4 pacientes (40%) (13-24,800 leucocitos), el resto de los pacientes mostraron valores entre 5 y 9,200 leucocitos.

La amilasa sérica se encontró elevada en el 90% de los pacientes con cifras de 192U a 2245U(N1 180U), resultando normal sólo en el 10% de los casos. (Cuadro 5).

EXAMENES DE LABORATORIO

A SU INGRESO:

LEUCOCITOSIS: Mayor de 10,000 (40%) 4 pacientes
(13-24,800). El resto, valores -
normales 5 a 9,200 leucocitos.

AMILASA SERICA: Elevación en el 90% (192-2,245U)
Normal 10%

Cuadro 5

Exámenes de gabinete: El diagnóstico se realizó con ultrasonograma en siete pacientes (70%), Ultrasonograma (USG) y serie esofagogastroduodenal en dos pacientes (20%), y quirúrgico en el 10% de los casos.

Los reportes de USG revelaron:

- a) Colección quística localizada en el cuerpo y cola de páncreas en cuatro pacientes.
- b) En cabeza y cuerpo en tres casos.
- c) En cola en dos pacientes y en un paciente no se realizó USG.

En un caso el diagnóstico fue quirúrgico, en otro, un paciente con sangrado de tubo digestivo alto secundario a ruptura de pseudoquiste fistulizado a duodeno (2a. porción) con sangrado activo (Cuadro 6a; 6b).

EXAMENES DE GABINETE

EL DIAGNOSTICO SE REALIZO CON:

U.S.G. en 7 pacientes (70%)

U.S.G. y S.E.G.D. 2 pacientes (20%)

QUIRURGICO un paciente (10%)

Cuadro 6a.

REPORTE DE USG (PANCREAS)

COLECCION QUISTICA LOCALIZADA	TOTAL:
- CABEZA Y COLA	4
- CABEZA Y CUERPO	3
- C O L A	2
- EN UN PACIENTE NO SE REALIZO (DIAGNOSTICO QUIRURGICO)	9

Cuadro 6b.

Del total de 10 casos, dos fueron manejados médicamente (20%), un paciente masculino de 37 años de edad, diabético, y también otro masculino de 25 años con antecedentes de alcoholismo, ingresados con diagnóstico de pancreatitis aguda y cuyo USG evidenció la presencia de pseudoquiste de 7 a 14 cm. de diámetro respectivamente. En ambos se efectuó seguimiento con USG corroborándose desaparición de los mismos y dándose de alta asintomáticos. Tal desaparición se observó dentro del primer mes de evolución y el control actual de USG no mostró manifestaciones fidedignas de pseudoquiste (Cuadro 7).

CAUSA DE PSEUDOQUISTE	No. CASOS	EDAD (años)	TAMAÑO DEL PSEU QUISTE (cm)	OPERACION
- ALCOHOLISMO	2	44	14x4x7	- QUIRURGICO
		24	6.5x5.4x4.6	- MEDICO (RESOLUCION)
- ENFERMEDAD BILIAR	4	16	2.5x2.4	- QUIRURGICO
		29	17.5x17.2x12.5	- QUIRURGICO
		64	5x6	- QUIRURGICO
		38	?	- QUIRURGICO
- POST-TRAUMA	2	23	17x13x10	- QUIRURGICO
		37	13x8.5x5	- QUIRURGICO
- DESCONOCIDA	2	21	6.8x6.6x6	- QUIRURGICO
		37	14x9x8	- MEDICO (RESOLUCION)

Cuadro 7.

Los restantes ocho pacientes fueron manejados quirúrgicamente, valorados preoperatoriamente con riesgo ASA-I (1), ASA-II (3), ASA-III (2), ASA-IV (1), ASA-V (1). (Cuadro 8).

VALORACION PREOPERATORIA (ASA)

	No. Pacientes
ASA I	1
ASA II	3
ASA III	2
ASA IV	1
ASA V	1
	<u>8</u>

Cuadro 8

El manejo quirúrgico fue establecido entre la tercera y la quinta semana después del diagnóstico en seis pacientes (75%), en un paciente durante la primera semana por sospecha de pseudoquistes infectado, y en otro, en el momento de su ingreso con diagnóstico de abdomen agudo. (Cuadro 9).

INICIO DE SINTOMAS Y MANEJO QUIRURGICO		C A U S A		
INTERVALO:	TOTAL	ALCOHOLISMO	ENF. BILIAR	OTRA
- 24 hrs	1		1	
1 - 2 semanas	1		1	
2 - 3 semanas	-		-	
3 - 4 semanas	1		1	
4 - 5 semanas	1		-	1
- 5 semanas	4	1	1	2
	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>3</u>

Cuadro 9

Fueron realizadas tres cistogastrostomías como único procedimiento, dos cistogastrostomías más triplostomías, con drenaje transendoscópico. En un paciente se realizó laparotomía exploradora y cistoduodenostomía más gastroyeyunoanastomosis y gastrotomía. En otro paciente se procedió a laparotomía exploradora más drenaje externo. (Cuadro 10).

OPERACION Y CAUSA DE PSEUDOQUISTE

OPERACION	TOTAL	ALCOHOLISMO	ENF. BILIAR.	OTRO
- CISTOGASTROSTOMIA	3	1	1	1
- CISTOGASTROSTOMIA + TRIPLOSTOMIA	2		2	
- DRENAJE TRANSENDOSCOPICO	1			1
- CISTODUODENOSTOMIA + GASTROENTEROSTOMIA + GASTROSTOMIA	1		1	
- LAP. EXP. + DRENAJE	1			1
- MANEJO MEDICO	2	1		1
	<u>10</u>	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>4</u>

Cuadro 10

Los reportes de amilasa sérica de pacientes operados, remitieron a la normalidad dentro de la primera semana postoperatoria.

Fueron realizados cultivos de secreción pancreática en cinco pacientes (62.5%), el resultado fue positivo en tres casos (37.5%), dos para Pseudomona so., y otro para Klebsiella sp., con resultados negativos para dos pacientes (25%). (Cuadro 11).

COMPLICACIONES: Se reportaron tres pacientes con complicaciones asociadas a pseudoquiste: Un paciente con ruptura espontánea (10%), otro paciente con pseudoquiste infectado (10%) y uno

más con fistulización de pseudoquistes a duodeno,

De los ocho pacientes operados dos presentaron complicaciones postoperatorias (2/8).

Un Paciente con infección de la herida quirúrgica (12.5%) y otro con sangrado de tubo digestivo alto secundario a sangrado de la anastomosis (12.5%). (Cuadro 12).

CULTIVO DE SECRESION PANCREATICA	
RESULTADO	%
POSITIVO 3 CASOS (2 para Pseudomona sp. 1 para Klebsiella sp.)	37.5
NEGATIVO 2 CASOS	25.0
	62.5%

Cuadro 11

COMPLICACIONES

- ASOCIADAS A PSEUDOQUISTE:	30% (3/10 casos)
- RUPTURA ESPONTANEA (10%)	
- PSEUDOQUISTE INFECTADO (10%)	
- FISTULIZACION, STDA (10%)	
- QUIRURGICAS:	25% (2/8 casos)
- INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA (12.5%)	
- S.T.D.A. SEC. ANASTOMOSIS (12.5%)	

Cuadro 12

En relación al tiempo de estancia hospitalaria, para pacientes quirúrgicos la permanencia preoperatoria varió de 6 a 22 días, con una media de 14 días; postoperatoriamente de 8 a 43 días (media de 25 días). El tiempo de estancia hospitalaria total comprendió de 14 a 50 días con una media de 30 días. (Cuadro 13).

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA
(Pacientes quirúrgicos)

ESTANCIA	RANGO	MEDIA
PREOPERATORIA	6-22 días	14 días
POSTOPERATORIA	8-43 días	25 días
TOTAL	14-50 días	30 días

Cuadro 13

MORTALIDAD: La mortalidad general fue del 10%, mortalidad asociada a pseudoquistes complicado fue del 33.3% (1/3), y la mortalidad de pacientes quirúrgicos 12.5% (1/8).

Un paciente masculino de 38 años de edad con antecedentes de enfermedad biliar y pseudoquiste manifestado por sangrado de tubo digestivo alto secundario a fistulización a duodeno (2a. porción), y en quien se realizó cistoduodenostomía transduodenal, gastroenteroanastomosis y gastrostomía, dos semanas posteriores a la intervención continuó con el sangrado de tubo digestivo alto secundario a sangrado activo de la anastomosis, valorado como ASA-V postoperatoria. (Cuadro 14).

MORTALIDAD (1 Caso)

GENERAL (1/10)	10%
ASOCIADA A PSEUDOQUISTE COMPLICADO (1/3)	33.3%
EN PACIENTES QUIRURGICOS (1/8)	12.5%

Cuadro 14

Al momento de la realización de este estudio se pudo tener contacto con cinco pacientes (50%), quienes se encontraban asintomáticos y con USG de control normal, sin evidencia de recurrencia, cuatro pacientes se perdieron al seguimiento y otro paciente ya referido en mortalidad.

III.- C) REVISION DE LA LITERATURA Y COMENTARIOS.

La incidencia de pseudoquiste de páncreas ha sido reportada del 1 al 4.5% en todos los pacientes admitidos al hospital, por pancreatitis. (4,5 , 21).

En nuestro estudio correspondió al 14% del total de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda y crónica.

La mayor frecuencia fue en el sexo masculino con una relación de 3:2 con el sexo femenino y con una incidencia mayor entre la cuarta y quinta década de la vida, hecho reportado por algunos autores. (4, 5, 11, 21).

A diferencia de lo reportado en la literatura (2, 4, 7, 11), nuestros casos se relacionaron más frecuentemente con enfermedad biliar, 40%, alcoholismo 20%, y otras causas 40%.

Aunque los pseudoquistes pancreáticos son una complica---

ción de ambas, pancreatitis aguda y crónica, se ha visto que su patogénesis es diferente en estas condiciones (6, 9). En la pancreatitis aguda, existe necrosis tisular activa, con disrupción y derrame del jugo pancreático dentro de los planos y tejidos pancreáticos, tal es el caso de que no es sorprendente que los pseudoquistes agudos puedan encontrarse en localizaciones tan lejos como pelvis y mediastino (6). En la pancreatitis crónica, sin embargo, los quistes son más frecuentes intrapancreáticos, el conducto siempre es anormal, irregular y comúnmente contiene áreas de dilatación y estrechez, de tal forma que uno puede postular que el pseudoquiste crónico crece debido a la presión intraductal alta, resultante de la secreción pancreática dentro de un espacio cerrado. Debido a la diferencia de su patogénesis, los pseudoquistes agudos están asociados con una alta incidencia de hemorragia, infección y muerte, mientras que los crónicos presentan condiciones más estables. (6).

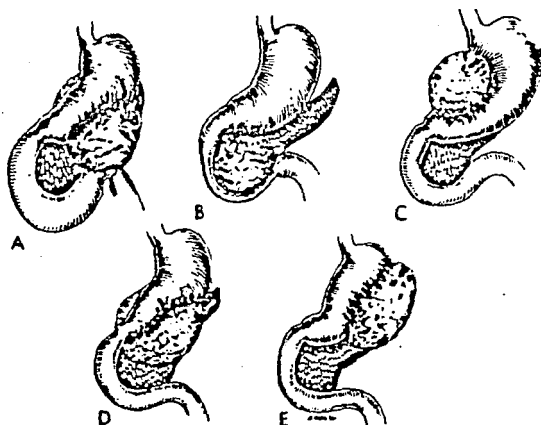
En nuestra revisión, la mayor parte de los pseudoquistes - estuvieron localizados en la región peripancreática. (Fig. 1).

Estudios experimentales de Warren, sugieren que la pared del pseudoquiste requiere de seis semanas para madurar, pero es generalmente imposible obtener la fecha de inicio de la formación del quiste, la mayoría de los autores han recomendado esperar seis semanas a partir del diagnóstico para realizar cirugía. (6, 10). En más de la mitad de nuestros pacientes, el manejo quirúrgico fue establecido entre la tercera y quinta semana después del diagnóstico.

Las observaciones seriadas de seguimiento con U.S.G. por un período de tres a seis semanas, permite la detección de cam

bios dinámicos o complicados potenciales que indiquen la continuación del manejo médico o quirúrgico. Sin embargo, la espera no está exenta de riesgos.

Figura No. 1



Los pseudoquistes pueden: A) Hacer presión contra el ligamento de TRIETZ, con obstrucción de la parte distal del duodeno. B) Hacer una impresión en el asa duodenal en forma de C. C) Empujar el estómago hacia la izquierda o hacia abajo. D) Hacia arriba, ó E) Hacia la derecha. (Seudoquistes Pancreáticos. Dan W. Elliott Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1984, pag. 340).

En la serie de Bradley's hubo un 41% de complicaciones y 12% de mortalidad durante la terapia expectante (17). En relación a esta serie, nuestra experiencia reveló un 30% de complicaciones sin mortalidad durante la terapia expectante.

En relación a la historia natural del pseudoquiste de pán

creas se ha señalado:

Complicaciones preoperatorias del 30 al 55% de los casos, ruptura 6.6%, hemorragia 6.5%, abscesos 14.8%, fístulas 1.3%, - obstrucción 1.4% y ascitis 10%.

La posibilidad de resolución espontánea varía del 8 al 85% en varias series (3, 4, 10), se considera que la mayoría de estos "pseudoquistes", son simples efusiones a epiplón menor - que resulta de inflamación en pancreatitis aguda, más que escape a secreción pancreática.

Nuestro análisis reveló: complicaciones preoperatorias - 30%, ruptura 10%, pseudoquiste infectado 10%, fistulización -- 10%.

En nuestra serie analizamos dos casos de resolución espontánea (20%), corroborada con USG, al igual que otros autores - solamente aquellos quistes relacionados con pancreatitis aguda se resolvieron.

En pancreatitis crónica la expectación de resolución espontánea de pseudoquistes es muy baja. Por otro lado, ni la resolución espontánea, ni la progresión, se han visto que dependen del tamaño o localización del pseudoquiste. (11).

El uso rutinario de USG y TAC han llevado a un diagnóstico más certero que lo que es posible con criterios clínicos y radiológicos solos. (7, 11, 17).

Según refiere Warshaw y colaboradores (6, 10), la espera prolongada es costosa e innecesaria para pseudoquistes en pancreatitis crónica, cuando no ha existido ataque reciente agudo sin embargo, los pseudoquistes que se desarrollan después de - pancreatitis aguda identificable, deberán observarse en el hospital en promedio de seis semanas para valorar su resolución -

espontánea o maduración de la pared del quiste.

Los criterios que sugieren que un pseudoquiste no se resolverá espontáneamente son:

- 1.- Persistencia por más de seis semanas.
- 2.- Evidencia de pancreatitis crónica.
- 3.- Anormalidad del conducto pancreático u otra forma de comunicación con el pseudoquiste.
- 4.- USG que sugiera pared engrosada del pseudoquiste.

Por otra parte, en un estudio de Warshaw y cols., han señalado que el análisis de isoamilasas practicado en el suero por electroforesis gel-poliacrilamida, detecta patrones de isoamilasa pancreática anormal descrita como amilasa vieja (Old Amylase) (6). Cuando está presente en el suero, el drenaje interno siempre es posible. Este marcador bioquímico se ha visto que es un predictor relevante de maduración de la pared del quiste y puede ser de valor para el tiempo de descompresión quirúrgica.

En un estudio realizado, la determinación de esta isoamilasa en 100 casos de pacientes con pancreatitis aguda, necrosis pancreática, abscesos o edema pancreático, falló para mostrar evidencia de amilasa vieja en todos los casos. Sin embargo, se sugiere que la presencia de amilasa vieja en el suero, no necesariamente correlaciona la edad cronológica aparente de la estructura y debe ser considerada como factor independiente. (6).

El objetivo del tratamiento quirúrgico, es la eliminación del pseudoquiste, mas dadas las características anatómicas de este quiste con una cápsula "prestada" por órganos vecinos y múltiples adherencias, las exéresis solo pueden realizarse sin riesgos en muy pocos casos (20).

Howard y Jordan, señalan que no existe procedimiento que

dé los mejores resultados en todos los pacientes, el cirujano que opera pseudoquistes de páncreas debería estar preparado para utilizar un procedimiento que satisfaga las necesidades particulares del paciente, mas que intentar tratar todos los quistes de la misma manera. (1).

Según varios autores, el porcentaje de mortalidad operatoria varía del 5 al 14%. (5, 9, 10). Nuestra mortalidad operatoria fue del 12% (1/8 casos).

Como refiere Anders Bodker y cols., el porcentaje de mortalidad operatoria está influenciado por la edad del paciente (5).

Es notable que el manejo particular del pseudoquiste nunca debe ser determinado preoperatoriamente. Los hallazgos intraoperatorios determinarán el manejo de acuerdo a la localización y características de su pared, así como el estado clínico del paciente en el momento de la cirugía. (4).

El método quirúrgico preferido en todos los reportes de las últimas décadas, es el drenaje interno. (5, 10).

COMPARACION DE PROCEDIMIENTOS DE DRENAJE INTERNO (4)

OPERACION	No. DE CASOS	MORTALIDAD (%)	MORBILIDAD (%)	RECIDIVA (%)
CISTOYEYUNOSTOMIA	365	6.0	14.0	5.5
CISTODUODENOSTOMIA	75	4.0	23.0	8.1
CISTOGASTROSTOMIA	415	3.4	14.5	3.1

Tomado de: Twenty-five years experience with pancreatic pseudocysts. (James W. Wade. Am Jour Surg - June 1985 Vol. 149:705-708)

Algunos autores están de acuerdo en que la cistogastrostomía es el procedimiento con el menor porcentaje de recurrencias y mortalidad de los tres drenajes internos en el tratamiento de pseudoquiste. (1). (Figs. Nos. 2 y 3).

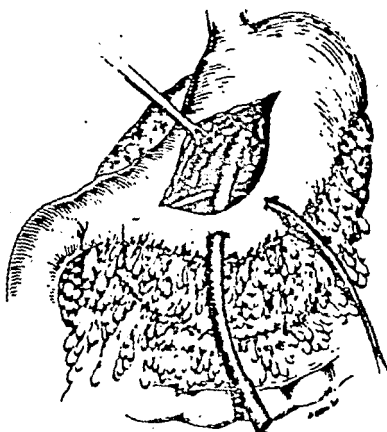


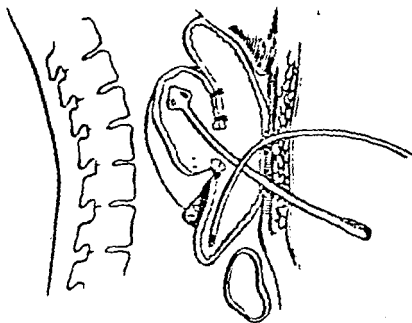
Figura No. 2.

Se ha hecho una abertura relativamente grande en un pseudoquiste retrogastrico a través de una gastrostomía anterior.

(Seudoquistes Pancreáticos. Dan W. Willott. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1984. Págs. 356 y 357).

Figura No. 3.

Vista lateral de cistogastrostomía ilustrado en la figura No. 2.



La mitad de nuestros pacientes fueron drenados a estómago (Cistogastrostomía) no reportándose recurrencias ni mortalidad.

El uso reciente del drenaje transendoscópico para pseudoquiste de páncreas constituye una opción en el manejo para pacientes seleccionados, aunque la experiencia es poca, los resultados han sido alentadores.

En nuestro estudio tuvimos oportunidad de tratar un paciente con pseudoquiste pancreático con drenaje transendoscópico a estómago (cistogastrostomía) con buena evolución postoperatoria, con control de USG, sin evidencia de recurrencia y resolución completa.

La regurgitación del contenido gástrico dentro del quiste ocurre frecuentemente, como señalan Warren y cols., sin embargo, esta regurgitación no es necesariamente detrimente cuando la pared del quiste es madura o gruesa, la regurgitación del contenido gástrico dentro del quiste con un pH de 1-2 inhibe la degradación enzimática de la pared fusionada y la inflamación, ya que la función de la lipasa, tripsina y amilasa es a un pH alcalino, además la regurgitación del quimo dentro del quiste puede también unir a estas enzimas a su sustrato específico previniendo la digestión activa del estoma o tejidos peripancreáticos.(1).

Como señala Faroop y cols., la ruptura espontánea ocurrió en el 5%, con un porcentaje de mortalidad del 50-70%. La mitad de estos drenando directamente dentro de la cavidad peritoneal, en la otra, la ruptura ocurrió al tracto gastrointestinal, siendo sitios de comunicación a colon, estómago y duodeno.

La mortalidad de esta complicación es de aproximadamente el 50% debido a que en la mayoría de los casos se asocia a hemorragia gastrointestinal severa. Han sido reportados así mismo, ruptura de pseudoquiste a esófago, vena porta, conducto biliar -

común y espacio pleural. (3),

Nuestra experiencia reveló un 33,3% de mortalidad (1/3) en pacientes con pseudoquiste complicado.

Los resultados de Imrie y cols. enfatizaron la importancia de la enfermedad biliar como causa de pseudoquiste, en relación al porcentaje de mortalidad, reportándose 4 veces mayor que los pacientes con pseudoquiste relacionados con alcoholismo. (2).

La causa más frecuente de muerte suele ser secundaria a sepsis, y hemorragia en pacientes con pseudoquiste.

Imrie y cols., han señalado la remoción de los cálculos biliares durante la misma cirugía, con el fin de disminuir el riesgo de colangitis y posibilidad de septicemia en el período posoperatorio. Recomiendan el uso de antibióticos profilácticos en forma de cefalosporina, aminoglucósidos o penicilina modificada. (2, 10).

La hemorragia durante y después del drenaje, puede representar un problema quirúrgico, la incorporación de la arteria y vena esplénica dentro de la pared posterior del pseudoquiste, es el origen más común de sangrado, por lo que la angiografía preoperatoria puede ser útil para evitar este problema.

IV.- CONCLUSIONES.

- 1.- Aunque es una entidad de relativa baja frecuencia, habrá que pensar en ella en pacientes con diagnóstico de pancreatitis.
- 2.- En nuestro medio el pseudoquiste fue más común como complicación de pancreatitis de origen biliar.
- 3.- Cabe esperar resolución espontánea del pseudoquiste secundario a pancreatitis aguda, sin importar tamaño y localización.
- 4.- El drenaje interno es un procedimiento eficaz y seguro para el tratamiento del pseudoquiste.
- 5.- Ante la evidencia de complicaciones del pseudoquiste, está justificada la conducta quirúrgica agresiva o de urgencia.

V. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Schumer, William MD, et al: Transgastric cystogastrostomy. Surg. Gyn. Obst. July 1973 Vol. 137:48-50.
- 2.- Imrie, Clement W., et al: Importance of cause in the outcome of pancreatic pseudocysts, Am Jour Surg Sept. 1988 Vol. 156:159-62.
- 3.- Faroop P. Agha, MD: Spontaneous resolution of acute pancreatic pseudocysts. Sru Gyn Obst January 1984 Vol. 158: 22-26.
- 4.- James W. Wade: Twenty-five year experience with pancreatic pseudocysts, are we making progress?. Am Jour Surg - June 1985 Vol. 149:705-708.
- 5.- Andres Bodker, et al: Pancreatic pseudocysts, a follow-up study. Ann Surg July 1981 Vol. 194: 80-84.
- 6.- Andrew L. Warshaw et al: Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocysts, clinical and chemical creiteria.- Ann Surg Dec 1985 Vol. 202:720-724.
- 7.- Brian R boggs MD et al: Five year experience with pancreatic pseudocysts. Am Jour Sur Dec 1982 Vol. 144:685-688.
- 8.- Neil R Thomford MD: Pseudocysts of the pancreas, a review of fifty cases. Am Jour Surg July 1969 Vol. 118:86-94.
- 9.- Kimberly Ephgrave: Presentation of pancreatic pseudocysts: Implications for timing of surgycal intervention. June - 1986 Vol. 151: 746-753.
- 10.- Richard J. Mullins MD: Controversies in the management - of pancreatic pseudocysts. Am Jour Surg January 1988 Vol. 155:165-172
- 11.- Vincent P. Omalley, FRCSI, et al: Pancreatic pseudocysts- cause, therapy and results. Am Jour Surg Dec 1985 Vol. - 150:680-682.
- 12.- James Cerill et al: Pancreatic pseudocysts: Delayed versus immediate treatment. Surg April 1967 Vol. 61:541-43.

- 13.- Marion C. Andersin: Management of pancreatic pseudocysts. Am Jour Surg February 1972 Vol. 123: 209-221.
- 14.- Luis L. González: Pancreatic pseudocysts, a cause of obstructive jaundice. Ann Surg April 1965 Vol. 161:569-76.
- 15.- Adrian Greenstein et al: Acute hemorrhage associated with pancreatic pseudocysts. Surg January 1971 Vol. 69:56-62.
- 16.- James T. Wolstenholme: Major Gastrointestinal Hemorrhage - associated with pancreatic pseudocysts: April 1974 Vol. - 127:377-381.
- 17.- E.L. Bradley: Implications of diagnostic ultrasound in the surgical management of pancreatic pseudocysts. Am Jour Surg February 1974 Vol. 127:163-172.
- 18.- Blaine W. Cobb: Recurrent pseudocysts and pancreatitis after trauma: A complication of pancreas divisum. Surg May 1985 Vol. 97:629.
- 19.- Dan W. Elliott: Pseudocystes Pancreaticos. Clin Quir Nort am. 1984 pp 339-362.
- 20.- Avances en Cirugía. Cristobal Pera. Ed. Salvat 1978 pag. 187-97.
- 21.- J. Trevor Sandy: Changing concepts in management pseudocysts. Am Jour Surg Vol. 141:574-576.