

50
27 11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza

PSEUDOQUISTE DEL PANCREAS

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener el Título en la
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

p r e s e n t a
DR. EDWIN ALBERTO ILLUECA NAVARRO

Asesor: DR. JESUS ARENAS OZUNA



I.M.S.S.

MEXICO, D. F.

1991

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:

INTRODUCCION.....	2
HISTORIA NATURAL.....	4
MATERIALES Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	15
CONCLUSIONES.....	20
ANEXOS.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	30

INTRODUCCION:

Anatómicamente, el páncreas es una glándula retroperitoneal, alargada, situada a nivel de la primera vértebra lumbar y extendida transversalmente desde la segunda porción del duodeno, con la que está íntimamente relacionada, hasta el bazo, es decir, de 12 a 15 cms de largo. Se divide en 3 porciones: cabeza, cuerpo y cola (algunos autores incluyen el cuello y el proceso uncinado como 2 porciones adicionales).(1,2,3)

Las enfermedades inflamatorias del páncreas, como es la pancreatitis, de etiología múltiple: biliar, etílica, traumática, etc., pueden complicarse y evolucionar hacia la formación de un pseudoquistes pancreático. Se menciona que aproximadamente el 20 al 40% de los casos de pancreatitis aguda están relacionados con cálculos biliares, del 40 al 60% con la ingesta de alcohol y en un 15% no existe causa alguna identificable del padecimiento. Los pseudoquistes pancreáticos se desarrollan en aproximadamente 2 al 10% de los pacientes que presentan un episodio de pancreatitis aguda severa. (2,3,4,5,6,11)

Hasta hace 20 años, el pseudoquistes pancreático se consideraba como una patología poco frecuente en virtud de que su diagnóstico sólo podía establecerse en datos clínicos y estudios contrastados del tubo digestivo alto. Con el advenimiento de nuevos y mejores métodos diagnósticos por imágenes, cada vez se reconocen más frecuentemente las colecciones de líquido

pancreático; entre éstos podemos mencionar el ultrasonido, la tomografía axial computarizada, la colangiopancreatografía endoscópica, la angiografía del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior. (3,4,9, 12,23)

La sintomatología y presentación clínica está en relación directa con su localización, dimensiones, compromiso de estructuras adyacentes y desarrollo de complicaciones: hemorragia, infección o ruptura. Su tratamiento ha sido motivo de muchas controversias y varía desde la conducta conservadora hasta el tratamiento quirúrgico, recientemente se ha empleado el drenaje percutáneo y diversos procedimientos endoscópicos como la cistogastrostomía y cistoduodenostomía. (3,4,5,6,19,21,26,27)

HISTORIA NATURAL:

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones encapsuladas de líquido con elevadas concentraciones de enzimas pancreáticas y ausencia de cubierta de epitelio. Su pared está formada por fibrosis inflamatoria de membranas peritoneal, mesenterio y serosa que limitan la diseminación del jugo pancreático, suero y sangre extravasados en los tejidos peripancreáticos y/o transcavidad de los epiplones. Por lo general, se hayan localizados dentro o adyacentes al páncreas - cabeza, cuerpo o cola -, en la retrocavidad de los epiplones, pero también se han encontrado en cuello, mediastino y pelvis. (2,3, 22,30)

Se desarrollan como consecuencia de la extravasación de jugo pancreático y necrosis glandular a través del sistema ductal pancreático hacia los tejidos peripancreáticos formando una cápsula fibrosa con líquido que los separa de la cavidad peritoneal, como complicación de una pancreatitis aguda grave. La cavidad del pseudoquiste permanece en comunicación con el sistema ductal en la mayoría de los casos, conteniendo grandes cantidades de enzimas pancreáticas. (2,3)

Es común su formación en pacientes con traumatismos del páncreas, en estos casos se desarrollan como consecuencia de la filtración del jugo pancreático desde un sistema ductal alterado o por la obstrucción del conducto pancreático con formación de un quiste de retención que pierde su cubierta epi-

telial a medida que crece más allá de los confines de la glándula. Se localizan a nivel del cuerpo y la cola del páncreas; es frecuente que las lesiones ductales ocurran en la porción que cruza la columna vertebral. Los síntomas y la presencia del mismo pueden ocurrir después de varias semanas o años posterior al traumatismo. (2,3,4,5)

También se menciona la aparición del pseudoquiste en forma iatrogénica o posterior a procedimientos quirúrgicos como resección pancreática, gastrectomía, esplenectomía, derivación esplenorrenal y cirugías en el área periamпуляр. (3,28)

En las primeras semanas el pseudoquiste sólo tiene una delgada cápsula fibrosa y los límites de la acumulación no son claros. Luego sigue un periodo de maduración donde la cápsula se hace más gruesa y sus límites son claros - 4 a 6 semanas después de la formación inicial del pseudoquiste -. Ya formado el pseudoquiste maduro - crónico - puede permanecer estable de tamaño o -- continuar creciendo paulatinamente dentro de un espacio limitado o diseminarse en el retroperitoneo, hilio esplénico, mesocolon, mesenterio, mediastino o región inguinal. (3,22,29,30).

Antiguamente se mencionaba que los pseudoquistes rara vez remitían espontáneamente. Mediante el U.S. y la TAC se ha demostrado claramente que los agudos o inmaduros pueden sufrir regresión en forma espontánea en un 20 - 40% antes de la sexta semana. (2,3,9,19,23). Se desconoce la causa exacta de re-

misión espontánea de los pseudoquistes, pero los mecanismos más aceptados son: reabsorción del líquido por el peritoneo de la transcavidad de los epiplones, que se drene hacia el sistema ductal pancreático o el desarrollo de fistulas a órganos adyacentes como pueden ser el estómago, duodeno o colon. (2,3). Los factores que militan en contra de la regresión espontánea son: el tamaño, cronicidad, calcificación, que sean múltiples, espesor de la pared, que sean de origen traumático y quizás por ausencia de comunicación ductal. (4)

Deberá sospecharse la presencia de un pseudoquiste pancreático en todo paciente con persistencia de los síntomas después de un episodio de pancreatitis aguda o posterior a un traumatismo abdominal. El dolor abdominal es el síntoma más común y se presenta en un 90% de los pacientes, se localiza en el epigastrio o cuadrante superior izquierdo y con frecuencia se irradia hacia la espalda; náusea o vómito en el 60%; masa palpable en el 60 - 70% a nivel del epigastrio. La pérdida de peso se observa en un 40%. La fiebre de bajo grado y la hiperestesia se presentan en la mitad de los casos. La fiebre elevada sugiere pseudoquiste infectado o absceso pancreático. En el 10% la ictericia es leve y se debe a obstrucción del colédoco distal por el pseudoquiste, inflamación o fibrosis pancreática asociada. Puede existir derrame pleural o ascitis pancreática en el 5%. (2,3,4,5,6,19)

Existe aumento de la amilasa sérica y leucocitosis en el 50%. El aumento de la amilasa sérica por más de 3 semanas en pacientes con pancreatitis aguda

será sugestivo de que la mitad de estos pacientes desarrollarán un pseudoquiste pancreático. La hiperglucemia se presenta en un tercio de los pacientes.(3)

En el 60% la SEGD revelará masa en retrocavidad de los epiplones que distorciona el estómago o duodeno (foto # 1). El ultrasonido tiene una sensibilidad diagnóstica de 75 - 90% (foto # 2). La tomografía axial computarizada mayor del 90% (foto # 3) y la CPRE del 95%. Este último estudio es el mejor método para pseudoquistes pequeños - de 2 cms o menores - y para pacientes con ictericia y/o ascitis pancreática. La angiografía del tronco celiaco y de arteria mesentérica superior confirman la presencia de trombosis de la vena porta o vena esplénica con hipertensión porta izquierda y várices gástricas en pacientes con SIDA y para localizar sangrados de vasos esplénicos, pancreatoduodenales o gastroduodenales en pacientes complicados. (3,4,5,7,12,24,25,26)

Son necesarios el U.S. y la TAC seriada para establecer diagnósticos diferenciales entre absceso pancreático, flogmón, quistes verdaderos y el desarrollo de un pseudoquiste pancreático crónico. (3,12, 31,32).

Deberá evaluarse la conducta funcional o dinámica de un pseudoquiste agudo por el tamaño - si aumenta o disminuye -, la sintomatología y la condición general del paciente - mejora o se agrava - y si está complicado - hemorragia infección o ruptura. La evolución puede llevar de días a semanas. (3)

Aproximadamente el 42% de los pseudoquistes de páncreas presentarán una complicación mayor: (3)

1. Infección. Es la más común, se caracteriza por fiebre elevada, taquicardia y leucocitosis. Las bacterias habituales son las coliformes.
2. Sangrado: ocurre en la cavidad del quiste o en una víscera adyacente - gastrointestinal o intraperitoneal -. El sitio de hemorragia puede ser la arteria esplénica o la gastroduodenal, con una mortalidad del 56%.
3. Obstrucción del colédoco y duodeno en 10%.
4. Ruptura y/o perforación. Se presenta en el 5% de los casos y puede ser hacia una víscera adyacente -estómago, duodeno o colon transverso-. Cuando se drena hacia la cavidad peritoneal produce peritonitis química severa y choque. La perforación hacia una víscera hueca no siempre es clínicamente obvia y puede descubrirse sólo con CPRE. La mortalidad es aproximadamente del 50%. (3,27,31)

El manejo médico conservador está indicado en pseudoquistes pequeños, agudos y asintomáticos. El tratamiento quirúrgico está determinado por la persistencia de más de 6 semanas. La elección de la técnica quirúrgica depende del grosor de la pared del quiste, tamaño, ubicación anatómica y las complicaciones previas. (3,4,5,21,26)

Existen varias técnicas quirúrgicas para ello; el drenaje interno es el más común, sobretodo cuando se refiere a pseudoquistes maduros no complicados; de acuerdo con la ubicación anatómica, se podrá realizar en un término no mayor de 6 semanas.(3)

La cistogastrostomía transgástrica se efectúa en pseudoquistes situados en la pared posterior del estómago. La complicación más frecuente es el sangrado en el 10% de los casos, recurrencia en el 2.3% y una mortalidad quirúrgica del 3.6%. (3,4,5,21)

La cistoyeyunostomía en Y de Roux o en Omega de Braun se reservan para situaciones en que técnicamente es imposible el drenaje transgástrico o transduodenal, se logra un drenaje libre y verdadero por gravedad. (3,4,5,21)

La cistoduodenostomía transduodenal se indica en pseudoquistes profundos de la cabeza del páncreas y/o adyacentes a la pared interna del duodeno. (3,4,5,21).

El drenaje externo se realiza en pseudoquistes con cápsula inmadura - menos de 6 semanas -, en pacientes graves o cuando existan datos de complicación. Se utilizan sondas de Malecot, Pezzer o Foley en su luz. La mortalidad quirúrgica es del 5% y la recurrencia del 20%. La formación de fístula pancreática se observa en el 25% y es necesario realizar una nueva reintervención en el 25% de los pacientes cuando se utiliza este método. (3)

La resección del pseudoquiste sólo es factible para aquellos situados en la cola del páncreas, de etiología postraumática y cuando la cabeza y el cuerpo se encuentran normales. Los intentos mal guiados de resección simple pueden llevar a complicaciones graves como hemorragia, fístula pancreática y/o sepsis. También se puede realizar cuando existe hemorragia arterial importante y en los

pseudoquistes que recurren después de un drenaje interno o que se asocian a la ascitis pancreática. La recurrencia es del 2%. (3,4)

El drenaje percutáneo es uno de los nuevos métodos utilizados para el tratamiento no quirúrgico del pseudoquiste pancreático. Se ha mencionado que es de poca utilidad para pseudoquistes de más de 8 semanas - pseudoquistes crónicos -. Este método fue empleado inicialmente en la preparación preoperatoria para cirugía electiva. Está indicado en pacientes graves o con recurrencia de un pseudoquiste posterior a un drenaje interno o externo.(3,4).

MATERIALES Y METODOS:

Con el objeto de conocer la frecuencia y el manejo del pseudoquistes pancreático, se decidió efectuar un estudio retrospectivo, observacional, en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, durante 1985 a 1990.

Se analizaron la edad, el sexo, etiología, cuadro clínico, tiempo de evolución, estudios de gabinete y laboratorios empleados; el manejo quirúrgico y las complicaciones.

RESULTADOS:

Durante un periodo de 5 años, se estudiaron 22 pacientes con pseudoquiste de páncreas, representando una frecuencia del 5% de los que desarrollaron pancreatitis aguda grave; 12 correspondieron al sexo masculino y 10 al femenino. La edad promedio fue de 38 años, con mínima de 17 y máxima de 78 años. De ellos 17(77%) requirieron tratamiento quirúrgico, 4(18%) fueron manejados conservadamente y 1(4%) fue drenado por vía percutánea.

El cuadro clínico se caracterizó por la presencia de dolor abdominal a nivel de epigastrio en 21 los casos, masa palpable en 20, náuseas y/o vómito en 19, pérdida de peso en 16 e ictericia en 4.

La etiología del pseudoquiste fue de origen idiopático en 10(45%), etilíca en 5(23%), biliar en 4(18%), traumática en 1(4%), por hiperlipidemia en 1 (4%) y un probable quiste congénito del páncreas en un paciente con Síndrome de Down.

El tiempo de evolución fue de 4 semanas como mínimo y un máximo de 36 semanas con un promedio de 9.5 semanas.

Anatómicamente se localizó en cuerpo y cola en 13(59%) pacientes, en cabeza 2(9%) y en 7(32%) no se consignó en las notas de alta.

Por lo que se refiere a las dimensiones, éstas fueron variables midiendo el menor 10 cms de diámetro y el mayor 20 cms. La cantidad de líquido dentro del pseudoquiste varió desde los 200 cc como mínimo hasta los 4000 cc como máximo encontrándose infectado en 7 pacientes (32%).

El diagnóstico se documentó por ultrasonido en 16 (73%), TAC en 10 (45%); SEGD en 11(50%) observándose desplazamiento, rechazamiento del estómago y apertura de la arcada duodenal en 9(41%); CPRE en 1 (4%); se efectuó estudio en doscópio del tubo digestivo superior en 4 (18%).

Los exámenes de laboratorios mostraron hiperamilasemia en 6 (27%), hiperglicemia en 5(23%) y leucocitosis en 3(14%).

El manejo médico se realizó en 4(18%) cuando el pseudoquiste midió menos de 10 cms , el seguimiento se realizó a través de la consulta externa mediante controles ultrasonográficos seriados sin evidencia de recidiva del pseudoquiste pancreático.

Por lo que se refiere al tratamiento quirúrgico, en 7(32%) se practicó cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux, a 6(27%) se les realizó drenaje externo y a 4(18%) se les practicó cistogastroanastomosis transgástrica.

En 1 sólo paciente (4%) se realizó drenaje percutáneo por aspiración.

Las complicaciones se presentaron en 9(41%)pacientes, desarrollo de fistula pancreática en 2(9%), sangrado de la cavidad del quiste en 2(9%), ruptura espontánea del pseudoquiste en 1(4%), colestasis intrahepática por NPT en 1(4%) derrame pleural que ameritó colocación de tubo pleural en 1(4%) y en otro existió descompensación metabólica, desequilibrio hidroelectrolítico y ácidobase. De éstos, a 4 se les había realizado drenaje externo, a 3 cistogastroanastomosis y a 1 cistoyeyunoanastomosis.

La estancia intrahospitalaria fue de 4 días como mínimo y 45 como máximo, con un promedio de 23 días. El seguimiento promedio es de 5 meses , mínimo de 1 mes y máximo de 14 meses.

La mortalidad observada fue en 2 casos(9%); uno falleció por haber presentado sangrado masivo de la cavidad del pseudoquistes 72 hrs después de la cirugía y requirió empaquetamiento del mismo, el otro con antecedente de Diabetes mellitus, sufrió descompensación metabólica, DHE Y DAB severo e insuficiencia renal aguda.

DISCUSION:

El pseudoquiste del páncreas en nuestra revisión se encontró con una frecuencia como procedimiento quirúrgico del 0.16% y se desarrolló en el 5% de los pacientes ingresados con el diagnóstico de pancreatitis complicada, cifra que se encuentra dentro de los rangos citados en la literatura.(2,3,23)

No hubo diferencia significativa en lo referente a la edad y sexo.(4,5,6) En cuanto a la etiología del pseudoquiste, éste fue secundario a un episodio de pancreatitis aguda complicada y fue clasificada como idiopática en el 45% de los casos, siguiéndoles en orden de frecuencia el alcoholismo, patología biliar y el trauma abdominal cerrado en nuestra casuística. Esto difiere de lo reportado por otras series, donde la mayoría coincide en que el alcoholismo es la causa principal entre el 47 - 70% en los adultos, seguido de la patología biliar, el origen idiopático y el traumatismo abdominal.(4,5,6,11). Por otro lado se ha visto que en los niños, el trauma abdominal cerrado es la causa principal del pseudoquiste del páncreas, observándose con frecuencias que van del 26 - 78%.(31,33). Los pseudoquistes desarrollados después de un ataque de pancreatitis aguda son causa de muerte más frecuentemente, sobre todo los relacionados con patología biliar más que de origen alcohólico, apreciándose mortalidades del 22 y 5% respectivamente.(4,11)

El cuadro clínico se caracterizó por la presencia de dolor abdominal trans fictivo en el 90% de los casos, náuseas o vómitos y masa palpable en más del 50%, sintomatología descrita en forma similar en la mayoría de las series. (2,3,4,5,6,26).

De los estudios de gabinete, la ultrasonografía pancreática se realizó en la mayoría de los casos con una sensibilidad diagnóstica del 94%, SEGD 41%, TAC del 90% y la CPRE sólo se realizó en un paciente diagnosticando el pseudoquiste. Esto difiere de lo publicado por la mayoría de las series americanas y europeas quienes recomiendan utilizar la combinación de TAC más la CPRE como método inicial de estudio, ya que evalúa específicamente la presencia, el tamaño, la localización, el grosor de la pared y la posible comunicación del pseudoquiste con el conducto pancreático, y lo más importante, estructurar el plan quirúrgico. (4,5,7,23,24,25,26,31,32)

En ninguno de nuestros pacientes se realizó arteriografía selectiva debido a que el sangrado del pseudoquiste pancreático es una complicación poco frecuente en nuestro medio, pero deberá ser tomada en cuenta siempre que se tenga la sospecha de esta complicación, tratando inicialmente de realizar embolización y en caso de no ser posible, deberá de intervenirse quirúrgicamente en forma urgente, (4,26) y realizar resección pancreática parcial.

Existen diversas comunicaciones que sitúan al pseudoquiste del páncreas más frecuentemente en la cabeza y cola (4,5,6), en nuestra casuística, éste se encontró con más frecuencia en cuerpo y cola.

Si hubo diferencias en cuanto al tamaño del pseudoquiste con respecto a las series revisadas, nuestro diámetro promedio fue de 16 cms, en otras 2 se fue de 10 cms con un rango de 2 - 25 cms y en otra fue de 7 cms con un rango

de 5 - 10 cms. (5,6,21)

El tratamiento quirúrgico en forma electiva se practicó cuando existió el antecedente de 6 semanas o más de evolución, paredes del pseudoquiste con un grosor de 2 mm - medido por TAC y U.S. - y sin evidencia clínica de alguna complicación. El procedimiento más habitualmente empleado fue el drenaje interno mediante una cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux en el 32% de nuestros casos, seguido de la cistogastroanastomosis, lo que es similar a lo reportado en la literatura médica.(3,4,5,9,19,21,26). Anderson prefiere la cistogastrostomía realizándola en el 46% de sus pacientes.(21). Kohler en su serie refiere que las indicaciones para el tratamiento quirúrgico en sus pacientes fue el dolor abdominal, masa palpable, estenosis duodenal, duración del quiste por más de 6 semanas y efusión pleural. (5). El tamaño del pseudoquiste es un indicador significativo de la necesidad de drenaje quirúrgico, ya que los mayores de 6 cms de diámetro requieren tratamiento quirúrgico en el 67% de los casos.(9).

El drenaje externo se efectuó cuando existió alguna complicación del pseudoquiste -infección, ruptura o sangrado - y se realizó en el 27% de los pacientes, en otras series se presentaron en el 18 y 32%, apreciándose complicaciones más frecuentemente hasta de un 27% con este método.(4,21)

La frecuencia de reintervención por complicaciones en nuestra serie fue del 14%, cifra similar a la de Andersson que fue del 13% y mayor a la de Walt que fue del 7%. (4,21).

El drenaje percutáneo del pseudoquiste se comunicó inicialmente a principios de la década de los años 70 por Wiechel y la punción del pseudoquiste guiado por U.S. por Hancke y Pedersen.(6). Este procedimiento no había sido aceptado por los cirujanos pero a través del tiempo debido a sus magníficos resultados se ha convertido en el tratamiento inicial del pseudoquiste del páncreas. El drenaje se realiza mediante aspiración con aguja fina o con la colocación de catéteres. Existen varias vías de acceso: transperitoneal, retroperitoneal, transhepática, transgástrica, transduodenal. Se han reportado resultados con curación del 75 -90% de los casos, en ocasiones son necesarias varias punciones para drenar por completo el pseudoquiste. Se han reportado diferentes frecuencias de recidivas con este método, pero la mayoría se encuentra con un promedio del 5%. Actualmente las indicaciones de este método incluyen el dolor incoercible, recurrencia postquirúrgica, sospecha de malignidad, pseudoquistes infectados, dificultad respiratoria por los de gran tamaño, pacientes graves, etc. Se ha reportado que ha sido necesario realizar cirugía complementaria en un 6, 9 y 16% de los casos al utilizar el drenaje percutáneo. (6,10,14,15,17,19,20,21,22,27,31). En nuestra serie, esta alternativa se está iniciando y sólo se ha llevado a cabo en 1 paciente.

Desde la década de los 80 y ante el avance de la endoscopia intervencionista se han comunicado los excelentes resultados obtenidos al realizar cistogastrostomía y cistoduodenostomía transendoscópica. Recientemente se

han publicado comentarios acerca de la práctica satisfactoria de la cistogastrostomía transgástrica percutánea, así como el empleo del U.S. transendoscópico y el Doppler con el propósito de localizar estructuras vasculares que puedan desarrollar ruptura o sangrado.(4,8,10,13,14,16,18).

En el seguimiento de nuestros pacientes no se observó recurrencia del pseudoquistes en un promedio de 5 meses después de realizado el tratamiento quirúrgico, otras series la reportan entre el 5 - 7% (4,5) con un seguimiento promedio de 2 a 7 años posterior a la cirugía con lo que se demuestra la importancia del seguimiento de estos pacientes.

La mortalidad global de nuestros pacientes fue del 9% y la reportada en las series revisadas van del 3 al 18%.(4,5,21), generalmente asociadas al tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES:

1. La frecuencia del pseudoquiste en nuestro medio fue del 5% en los pacientes con pancreatitis aguda complicada.
2. En nuestro hospital la principal causa de pancreatitis fue de tipo idiopática.
3. El tiempo promedio de evolución fue de 9.5 semanas.
4. Es necesario documentar el diagnóstico de pseudoquiste pancreático mediante U.S., TAC y CPRE.
5. El tratamiento inicialmente deberá ser de tipo conservador, cuando midan menos de 10 cms, el quirúrgico está indicado en los casos de pseudoquistes complicados -infección, ruptura o sangrado- y en pseudoquistes maduros.
6. El manejo quirúrgico electivo será el ideal, su indicación está condicionada por el tiempo de evolución, grosor de la pared del quiste, ausencia de complicaciones locales; debiendo drenarse a la viscera hueca más próxima - estómago o duodeno -.
7. En nuestra serie, el drenaje interno más frecuentemente realizado fue la cistoyunoanastomosis en Y de Roux y no existió evidencia de recidiva durante el seguimiento.
8. El drenaje percutáneo del pseudoquiste del páncreas es un método fácil de realizar, seguro e inocuo y con corta estancia intrahospitalaria.
9. Deberá tenerse presente la práctica de cistogastrostomía o cistodu-

denostomía transendoscópica en aquellos pacientes de alto riesgo.

10. La mortalidad global fue del 9%.



Foto # 1. SEGD de un paciente con pseudoquiste pancreático (proyección oblicua) que demuestra rechazamiento de la curvatura menor del estómago en forma importante.

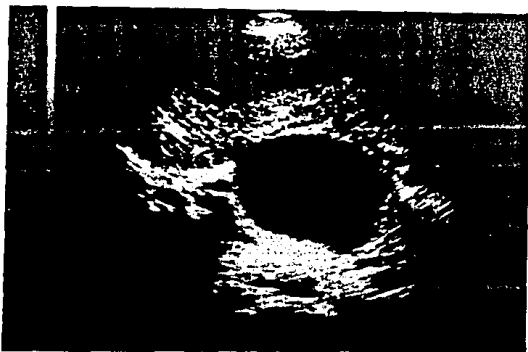


Foto # 2. Ultrasonido de páncreas que demuestra un gran pseudoquiste en cuerpo.

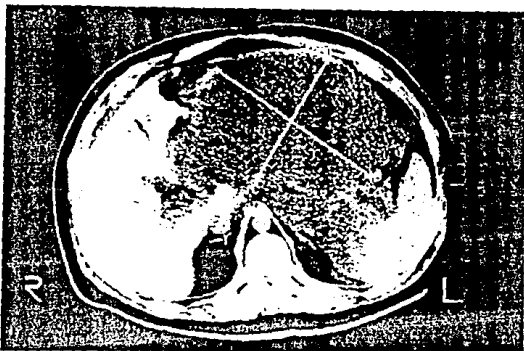


Foto # 3. Tomografía axial computerizada que muestra la presencia de un pseudoquiste pancreático.

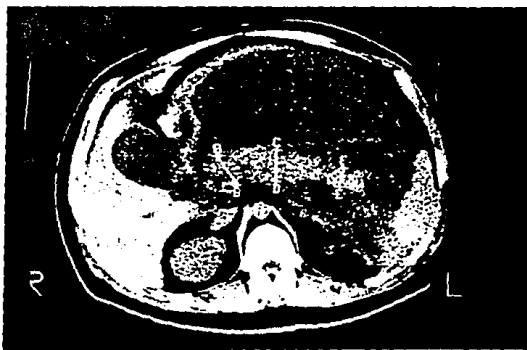


Foto # 4. TAC del mismo paciente que además del pseudoquiste muestra el contorno de la glándula pancreática en toda su extensión.

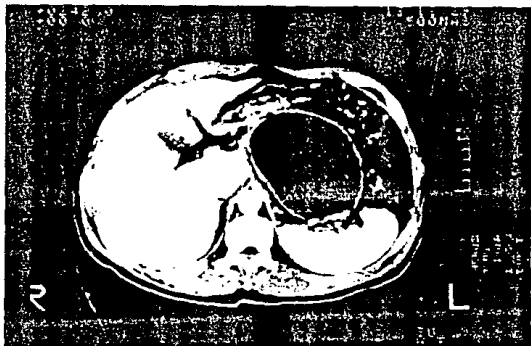


Foto # 5. TAC de un paciente de 43 años con pseudocisto pancreático secundario a pancreatitis etílica, localizado en cuerpo y cola del páncreas.

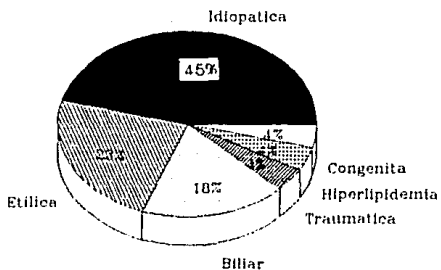


Foto # 6. TAC del mismo paciente posterior al drenaje percutáneo por aspiración mostrando aun pequeñas colecciones en cuerpo y cola.

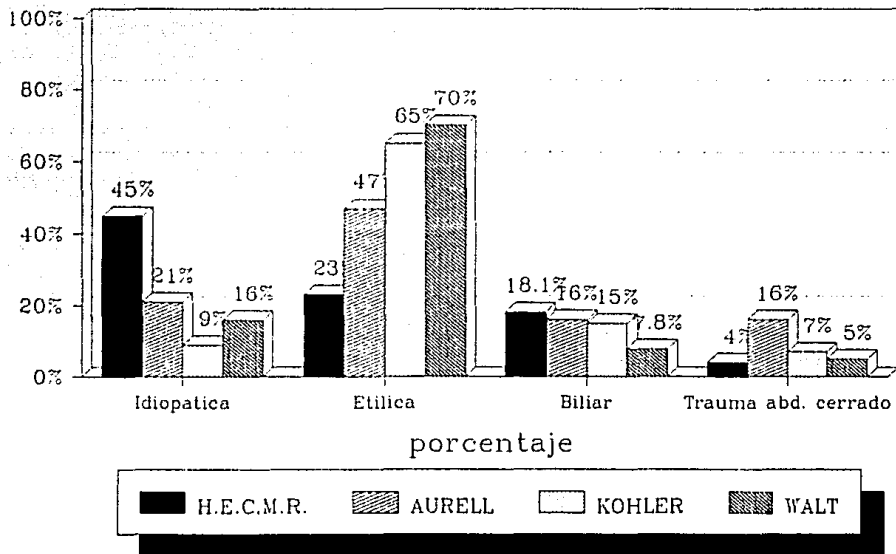


Foto # 7. TAC del mismo paciente midiendo las dimensiones del páncreas y su contorno posterior al drenaje percutáneo.

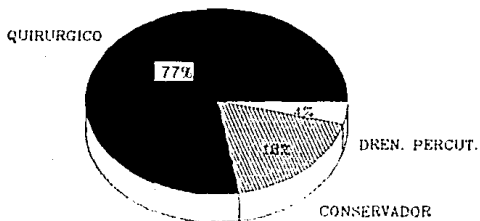
CAUSAS DEL PSEUDOQUISTE PANCREATICO
SERVICIO CIRUGIA GRAL. H.E.C.M.R.



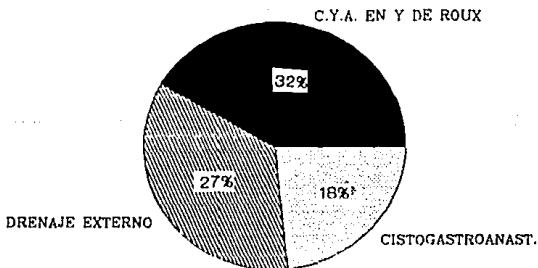
CAUSAS DEL PSEUDOQUISTE PANCREATICO SERIES COMPARATIVAS

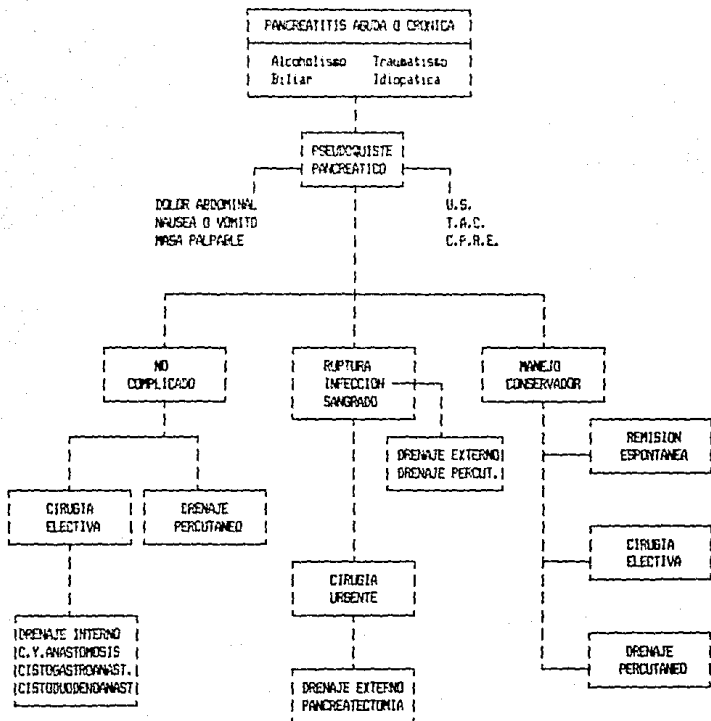


MANEJO DEL PSEUDOQUISTE PANCREATICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL H.E.C.M.R



MANEJO QUIRURGICO DEL P.Q. PANCREATICO SERVICIO DE CIRUGIA GRAL. H.E.C.M.R.





BIBLIOGRAFIA:

1. Skandalakis J., Gray S., Rowe J. Morfología del páncreas. Complicaciones anatómicas en Cirugía General. 1988; 151-155. McGraw Hill Editores.
2. Way L. Pseudoquiste pancreático. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos. 6ª Edición. 1989; 506-509. Editorial El Manual Moderno.
3. Schwartz S., Ellis H. Pseudoquistes del páncreas. Operaciones Abdominales -Maingot-. 8ª Edición. 1989; 2004-2014. Edit. Médica Panamericana.
4. Walt A. et al. The Impact of Technology on the Management of Pancreatic Pseudocyst. Arch. Surg. 1990 June; 125: 759-763.
5. Kohler H. et al. Surgical Treatment of Pancreatic Pseudocysts. British J. of Surgery. 1987 Sept.; 74: 813-815.
6. Aurell Y. et al. Percutaneous Puncture and Drainage of Pancreatic Pseudocysts. Acta Radiologica 1990 Mar; 31(2): 177-179
7. Wright Pinson et al. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in the Preoperative Diagnosis of Pancreatic Neoplasms Associated with Cysts. The American Journal of Surgery. 1990 May; 159: 510-513
8. Cremer M; Deviere J. et al. New Device for endoscopic Cystoenterostomy. Endoscopy; 1990 Mar; 22(2); 76-7
9. Yeo CJ et al. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. Surg. Ginecol. Obstet; 1990 May; 170(5); 411-7
10. Grosso M et al. Percutaneous treatmente (including pseudocystogastrostomy) of 74 pancreatic pseudocyst. Radiology; 1989 Nov; 173(2):493-7

11. Imrie CW et al. Important of cause in the outcome of pancreatic pseudocysts. *Am. J. Surg.* 1988 Sep; 156: 159-62
12. Lee CM et al. The real time ultrasonography of pancreatic pseudocyst; comparison of infected and noninfected pseudocysts. *JCU*; 1988 Jul-Aug; 16(6); 393-8
13. Sacks D., Robinson ML. Transgastric percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts. *AJR.* 1988 Aug; 15(2): 303-6
14. Heyder N. et al. Catheter drainage of pancreatic pseudocysts into the stomach. *Endoscopy* 1988; Mar; 20(2): 75-7
15. Stanley JH. et al. Percutaneous drainage of pancreatic and peripancreatic fluid collections. *Cardiovasc. Intervent Radiol* 1988; 11(1): 21-5
16. Farrar T. Direct cystogastrostomy for pancreatic pseudocysts. *Surg Gynecol Obstet* 1988 May; 166(5): 477
17. Matzinger FR. et al. Pancreatic Pseudocysts drained through a percutaneous transgastric approach:further experience. *Radiology* 1988 May; 167(2): 431-4
18. Spinelli P et al. Endoscopic treatment of pancreatic pseudocyst by nasocystic tube. *Endoscopy* 1988 Jan; 20(1): 27-9
19. Mullins RJ et al. Controversies in the management of pancreatic pseudocyst. *Am J Surg.* 1988 Jan; 155(1): 165-72
20. D' Egidio A., Nusca T. Percutaneous drainage of immature pancreatic pseudocyst. *S. Afr. J. Surg.* 1989 Jul;27(3): 96-9

21. Andersson R. et al. Management of pancreatic pseudocyst. Br.J. Surg. 1989 Jun; 76(6); 550-52.
22. Alvarez Castells et al. Psoas muscle pancreatic pseudocyst: CT--US diagnosis and percutaneous drainage. Gastrointest Radiol 1989 Summer; 14(3):229-32.
23. Mainwaring R. et al. Differentiating pancreatic pseudocyst and pancreatic necrosis using computerized tomography. Ann Surg. 1989 May; 209(5):562-8
24. Nealon WH et al. Preoperative ERCP in patients with pancreatic pseudocyst associated with resolving acute and chronic pancreatitis. Ann Surg. 1989 May; 209(5); 532-40
25. Kolars JC et al. Pancreatic pseudocysts: clinical and endoscopic experience. Am J Gastroenterol 1989 Mar; 84(3): 259-54
26. Kiviluoto T. et al. Pseudocysts in chronic pancreatitis. Surgical results in 102 consecutive patients. Arch Surg 1989 Feb.; 124(2): 240-3
27. Van Sonnenberg E. et al. Percutaneous drainage of infected and noninfected pancreatic pseudocysts: experience in 101 cases. Radiology 1989 Mar; 170: 757-61
28. Winsett MZ et al. Pseudocyst following splenectomy: impact of CT and US on its diagnosis and management. Gastrointest. Radiol 1988; 13(2): 177-9
29. Winsett MZ et al. MR imaging of mediastinal pseudocyst. J Comput Assist Tomogr 1988 Mar-Apr; 12(2): 320-2

30. Beauchamp RD et al. Operative strategies in the management of mediastinal pancreatic pseudocyst. *Surgery* 1989 Sep; 106(3): 567-70
31. Bass J et al. Blunt pancreatic injuries in children: the role of percutaneous external drainage in the treatment of pancreatic pseudocysts. *J Pediatric Surg.* 1988 Aug; 23(8): 721-4
32. Banks PA, et al. Central cavitory necrosis: differentiation from pancreatic pseudocyst on CT scan. *Pancreas* 1988; 3(1): 83-8
33. Warner RL. et al. Traumatic pancreatitis and pseudocyst in children: current management. *J Trauma* 1989 May; 29(5): 597-601