



11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO.S.S

MANEJO ACTUAL DEL PSEUDOQUISTE
PANCREÁTICO, EXPERENCIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, DEL
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO. S.S

TESIS:

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLINICA PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER SOLIS COLIN

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL

ASESOR DE TESIS: DR. JUAN GIRON MARQUEZ

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

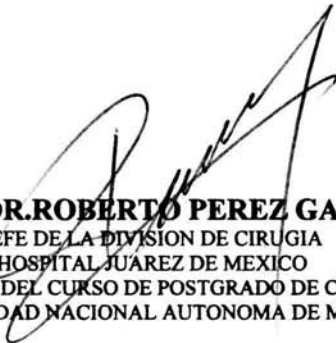
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

HOJA DE FIRMAS



DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA



ACAD. DR. ROBERTO PEREZ GARCIA
JEFE DE LA DIVISION DE CIRUGIA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DR. JUAN GIRON MARQUEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIRECTOR DE TESIS



SUBDIVISION DE INVESTIGACION
DIVISION DE CIRUGIA DE COLONIA
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS

A ERIKA Y XIMENA

Por su apoyo y amor incondicional

A MIS PADRES

Por depositar toda su confianza y apoyo para la realización de mis metas

AL DR. ROBERTO PEREZ GARCIA

Por ser un ejemplo a seguir de dedicación y entrega a la cirugía y por enseñarnos la lealtad y disciplina en el ámbito quirúrgico

AL DR. JUAN GIRON MARQUEZ

Por haber sido más que un profesor, un buen amigo. Y por la dedicación y entrega a nuestra enseñanza

INDICE GENERAL

	Página
I.-Introducción	5
I.1 Pseudoquiste pancreático	5
I.2 Justificación	8
I.3 Planteamiento del problema	9
I.4 Hipótesis	10
I.5 Objetivos	11
II.-Diseño de la investigación	12
II.1 Tipo de estudio	12
II.2 Universo	12
II.3 Criterios de inclusión	12
II.4 Criterios de exclusión	12
II.5 Ubicación y espacio	12
III.-Resultados	13
IV.-Discusión	19
V.-Conclusiones	20
VI.-Bibliografía	21

INTRODUCCION

PSEUDOQUISTE PANCREATICO

Los pseudoquistes pancreáticos son las lesiones quísticas más comunes del páncreas, estos quistes se diferencian de otros por carecer de un revestimiento epitelial.

Los pseudoquistes son acumulaciones localizadas de jugo pancreático como resultado de la inflamación, del traumatismo o de la obstrucción ductal pancreático.¹ Sus paredes están compuestas por tejido fibroso y de granulación derivado del peritoneo, el tejido retroperitoneal o la superficie serosa de las vísceras adyacentes.

Se creía en épocas pasadas que los pseudoquistes el páncreas eran infrecuentes y debido al mejor uso de imágenes como son la tomografía axial computada, los pseudoquistes pueden ser identificados con mayor frecuencia por mas del 10% de los casos de pancreatitis. Los pseudoquistes pancreáticos se originan en asociación con un episodio discreto de inflamación pancreática. La vía por medio de la cual se forma generalmente sigue una progresión que incluye derrames peripancreáticos difusos, necrosis pancreática, licuefacción, tumefacción, pseudoquiste agudo y finalmente encapsulación. Los quistes que se originan de una pancreatitis crónica sin una exacerbación de pancreatitis aguda, se denomina pseudoquiste pancreático crónico, por lo general estos tiene una pared madura, siendo por lo tanto un tratamiento diferente para el pseudoquiste agudo y crónico.^{2,3}

La diferenciación entre el edema peripancreático, un derrame en la transcavidad de los eplones y los pseudoquistes agudos menudo no puede hacerse con certeza tempranamente en el curso de la pancreatitis. El proceso inflamatorio es dinámico y en consecuencia las alteraciones morfológicamente detectadas por imaginología cambia a medida que la pancreatitis progresa o remite, mas del 50% de pacientes con pancreatitis aguda presente colecciones de líquido asociadas, solo cuando una acumulación persiste por mas de 3 semanas debe considerarse un pseudoquiste verdadero, se menciona que en

cuanto mas cerca del episodio de la pancreatitis se presenta la acumulación de liquido mayor es la posibilidad que se resuelva espontáneamente.^{3,4}

Una vez que se haya formado una verdadera colección quística, ciertos aspectos indicaran que es improbable que se resuelva en forma espontánea. los quistes de mas de 4-6 cm tendrán menos posibilidad de resolverse que los quistes pequeños, así como también los quistes que no muestren una disminución del tamaño, los que muestren un aumento de tamaño en un periodo de observación de 3-4 semanas, los quistes múltiples, los quistes crónicos y los quistes traumáticos que tienden estar maduros al momento del diagnóstico y por lo tanto tienen menos posibilidad de resolverse en forma espontánea que los quistes agudos.^{5,6}

El diagnóstico debe sospecharse cuando los síntomas de la pancreatitis aguda no remitan en un periodo de 10 días, o en pacientes con pancreatitis crónica, dentro de los síntomas que con mayor frecuencia se encuentran es el dolor epigástrico, náuseas, vomito, pérdida de peso, fiebre e ictericia y en un aproximadamente 60% se pueden palpar una masa epigástrica. La ausencia de masa no excluye en diagnóstico, se menciona que aproximadamente 50% de paciente que posterior a un cuadro de pancreatitis persiste con hiperamilasemia se sospecha de un indicio de presencia de un pseudoquiste, no hay ningún otro estudio de laboratorio que sea útil para el diagnostico del pseudoquiste pancreático, la forma mas confiable de ser el diagnostico es por medio de tomografía y en menor porcentaje la ultrasonografía. La tomografía computada nos proporciona información adicional en cuanto a la extensión retroperitoneal de las acumulaciones de líquido.^{7,8,9}

La colangiopancreatografía endoscópica (CPE) muestra anomalías del conducto pancreático en hasta el 90% de los casos, refiriéndose que en aproximadamente dos terceras partes de los pseudoquistes se comunican con el conducto pancreático, debido a que la CPE es un estudio invasivo que predispone a infección del pseudoquiste, a pesar del empleo de antibióticos profilácticos sugieren que este tipo de procedimiento debe ser llevado a cabo 48 horas antes de un procedimiento de drenaje ya planeado.⁹

Dentro de las complicaciones de los pseudoquistes pancreáticos, la infección del mismo es la complicación mas frecuente, y se sospecha cuando el paciente comienza con fiebre, leucocitos y dolor abdominal, seguida por la hemorragia que es completamente letal, la hemorragia puede producirse por erosión de la mucosa intestinal por alguna fistula cistoenterica inminente, también debida a enzimas pancreáticas como son la elastasa que crea pseudoaneurismas que son los precursores de la rotura de los vasos sanguíneos, otra es la obstrucción del

colédoco y duodeno por crecimiento del mismo, y por ultimo la ruptura del pseudoquiste. que estos pueden erosionar hacia el tracto gastrointestinal formando fistulas cistoentericas que con frecuencia llevan ala descompresión y resolución del quiste, también este se puede romper hacia cavidad pleural y cavidad peritoneal la cual se convierte en una urgencia quirúrgica para resolución del mismo.^{13,15}

El manejo del pseudoquiste pancreático debe ser individualizado ya que no todos los quistes tiene la misma evolución natural, existiendo varios manejos desde los procedimientos percutaneos guiados por TAC o USG teniendo estos una recurrencia de aproximadamente el 60% de todos los procedimientos. El drenaje endoscopico en los caso sde los pseudoquistes que se han impactado a la pared gástrica o duodenal estos pueden ser drenados en forma endoscopica por medio de la creación de una fistula cistoentérica , se <recomienda este tipo de procedimiento en pseudoquistes crónicos ya que en los agudos no se tiene la seguridad que estén adherido al intestino.

Los procedimiento quirúrgicos van desde la resección pancreática, drenajes externos, drenaje interno, siendo de estos el ultimo el drenaje de mejor opción quirúrgica teniendo estos una mortalidad baja de aproximadamente el 2%, estos puede ser derivados ya sea a estómago, duodeno o intestino delgado ,la elección del procedimiento dependerá de la ubicación del pseudoquiste y la topografía local, En general se realiza una cistoyeyunoanastomosis para los quistes que se encuentren en el cuerpo y la cola del páncreas y que no están adheridos al estómago.^{10,11,14}

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD: La importancia de este protocolo radica en que: Es un padecimiento que representa una de las complicaciones de la pancreatitis aguda la cual es relativamente frecuente en nuestro medio, y en cuanto a su morbimortalidad se debe a diferentes factores como son las complicaciones propias del pseudoquiste pancreático y a un tratamiento médico inadecuado.

VULNERABILIDAD: El pseudoquiste de páncreas es un padecimiento que afecta en mayor porcentaje a pacientes en edad productiva, lo que ocasiona una serie de eventos como son ausencia laboral, siendo esto un problema socioeconómico por parte del paciente y a nivel hospitalario un padecimiento que amerita larga estancia hospitalaria.

TRASCENDENCIA: Estudios recientes han demostrado que existe controversia en el manejo del pseudoquiste pancreático, en primero con el tratamiento médico exclusivamente, y su resolución espontánea, tratamiento quirúrgico, y en que momento llevarse a cirugía, por lo que este protocolo de investigación tiene como uno de sus objetivos establecer el manejo del padecimiento, dependiendo del estadio en que se encuentre.

FACTIBILIDAD: El protocolo a realizar tiene grandes posibilidades ya que se cuenta con la experiencia en el manejo del pseudoquiste pancreático tanto con el tratamiento quirúrgico y/o conservador.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El pseudoquiste de páncreas es la acumulación de líquido, detritus , enzimas pancreáticas y sangre ,que se forma en un plazo de una a cuatro semanas después de iniciada la pancreatitis aguda. En contraste con los quistes verdaderos, los pseudoquistes no tiene revestimiento epitelial y las paredes están formadas por órganos vecinos, tejido necrótico y fibroso.

El tratamiento del pseudoquiste pancreático sigue siendo controversial ya que en reportes anteriores el 20 al 30% de casos han remitido con tratamiento conservador, cuando no ha existido complicación. Por lo anterior surge la interrogante entre el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico, sabiendo que las principales complicaciones que se presentan en este padecimiento son la rotura y hemorragia.

HIPÓTESIS

El pseudoquiste de páncreas se considera una patología en la cual su base fisiopatológica es ser una colección crónica del páncreas cuya solución puede ser quirúrgica o médica, por lo que Si se utiliza un tratamiento conservador, en base a la etapa o sin complicación del mismo Entonces tendrá una respuesta mas favorable que el tratamiento quirúrgico en esta etapa del pseudoquiste y se reducirá tanto días hospitalarios como una recuperación mas rápida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Comparar y evaluar la respuesta terapéutica con el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico en el manejo del pseudoquistes de páncreas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

*Establecer el manejo inicial en el tratamiento del pseudoquistes pancreático no complicado.

*Identificar las indicaciones para el tratamiento quirúrgico

*Identificar las ventajas del tratamiento medico conservador

*Conocer el manejo de cada una de las técnicas quirúrgicas que se pueden emplear en el manejo del pseudoquistes pancreático.

*Conocer los resultados del tratamiento médico conservador y la desaparición o resolución del pseudoquistes con esta terapéutica.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

Es una investigación clínica experimental, analítica, retrospectiva, y comparativa.

UNIVERSO:

Se llevará a cabo la investigación en pacientes en edades adultas de ambos sexos con padecimiento ya establecidos, atendidos en el hospital Juárez de México de la S.S., en el servicio de Cirugía General.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- +Edad adulta (de todas las décadas de la vida)
- +Ambos sexos
- +Pacientes conocidos con el Dx. De pseudoquistes pancreáticos
- +Pacientes con pancreatitis aguda

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- +Edad pediátrica
- +Pacientes no conocidos con pseudoquistes pancreáticos
- +Pacientes tratados en otras unidades hospitalarias y referidas a esta unidad hospitalaria

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIO

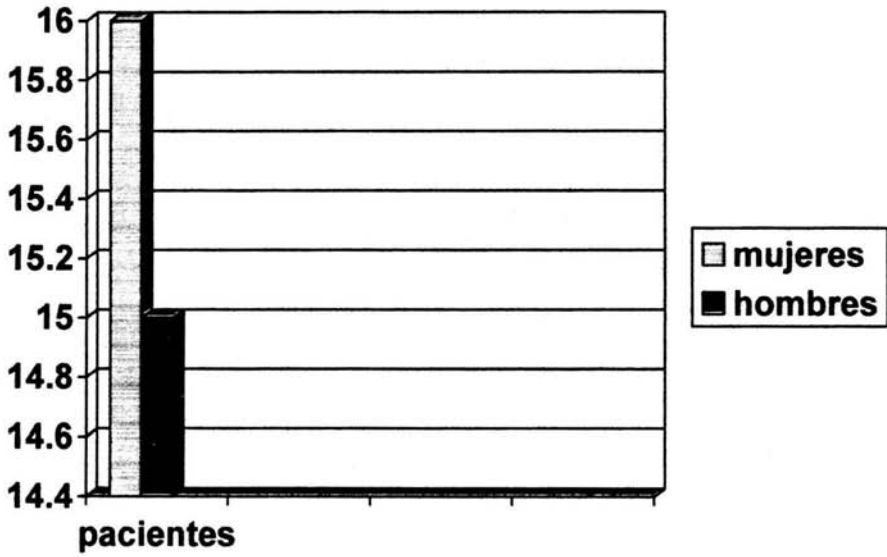
La siguiente investigación se llevo a cabo en el Hospital Juárez de México en el servicio de Cirugía General durante el periodo de 01-Marzo-2001 a 28 Febrero de 2002.

RESULTADOS

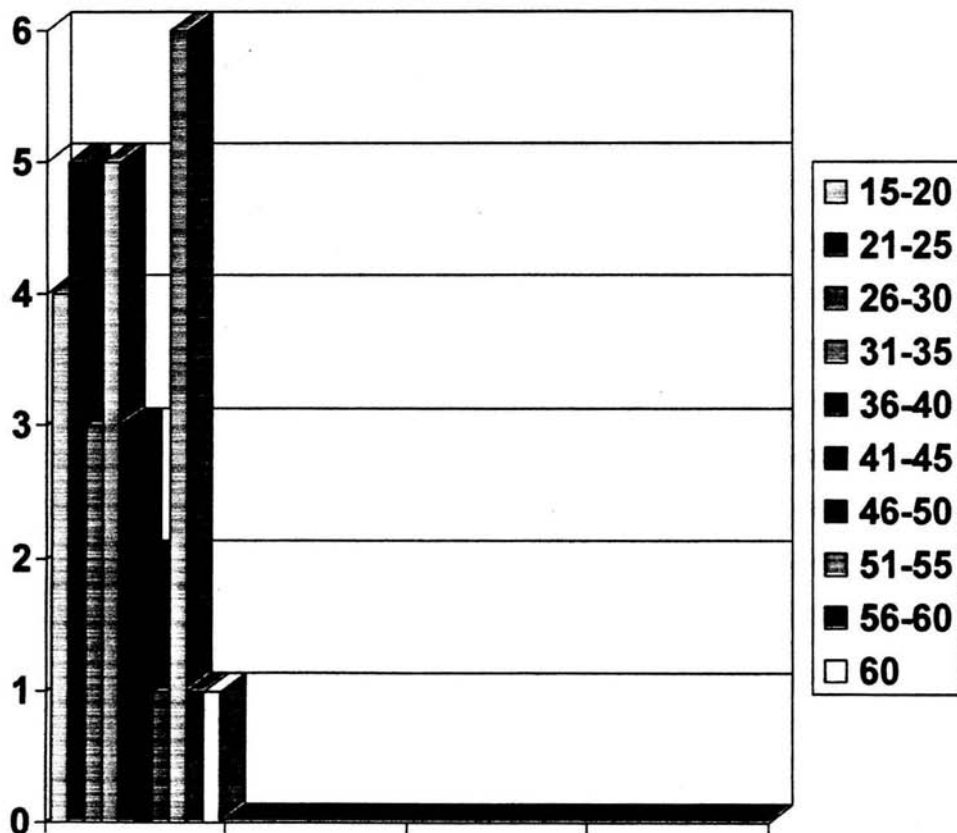
Se estudiaron un total de 31 pacientes 15 hombres (48%) y 16 mujeres (52%). La edad promedio fue (40 años) con rango de 19-70 años. La causa de pseudoquiste pancreático pancreatitis aguda 16 (52%) y postraumáticos 15 (48%), el promedio de días de hospitalización fue de aproximadamente de 30 días , pacientes que se llevaron a cirugía 6 (19.3%) y 25 (80.7%) se manejaron con tratamiento conservador, 31 (100%) se manejo con ayuno , NPT y sonda nasogástrica. de los pacientes que se llevaron a cirugía 4 se realizaron cistogastroanastomosis, 1 cistoyeyuno anastomosis y 1 cistoduodenoanastomosis, en todos los casos 31(100) se realizo el diagnostico por medio de TAC., no hubo mortalidad (0%) y no se presento alguna complicación (0%) del pseudoquiste pancreático.

Encontrándose un predominio en el sexo femenino, así como de mayor presentación en cuadro de pancreatitis previo, en donde todos los casos se manejaron con colocación de sonda nasogastrica, alimentación parenteral, y ayuno con un promedio de 4 semanas con adecuada evolución del cuadro, llegándose al diagnostico por medio de TAC, en el 100% de los casos. En cuanto al manejo el menor porcentaje fue el tratamiento quirúrgico, en el cual los pacientes que se sometieron a estos procedimientos tuvieron buena evolución postoperatoria, no encontrandose mortalidad en ambos tratamientos, sin encontrar recidivas o complicaciones graves

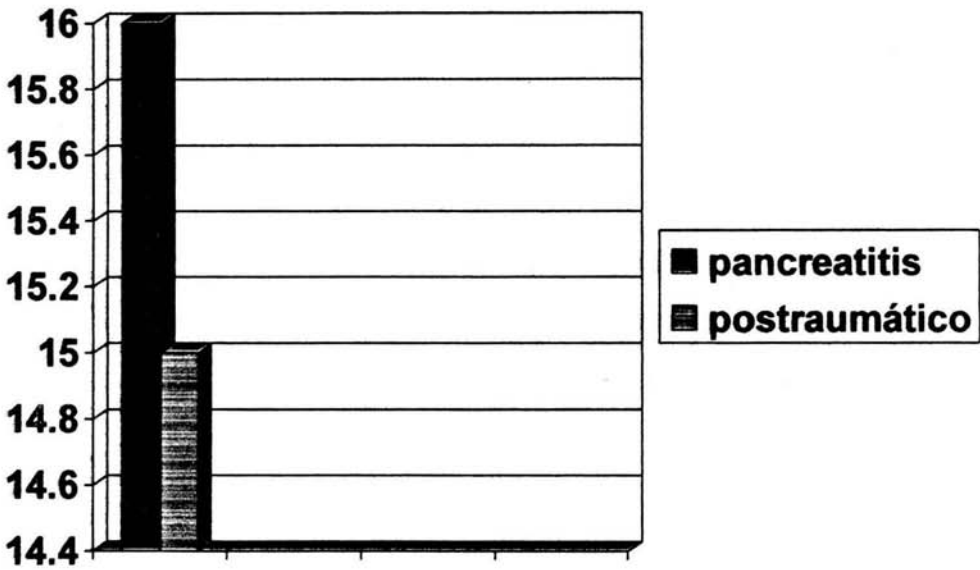
SEXO



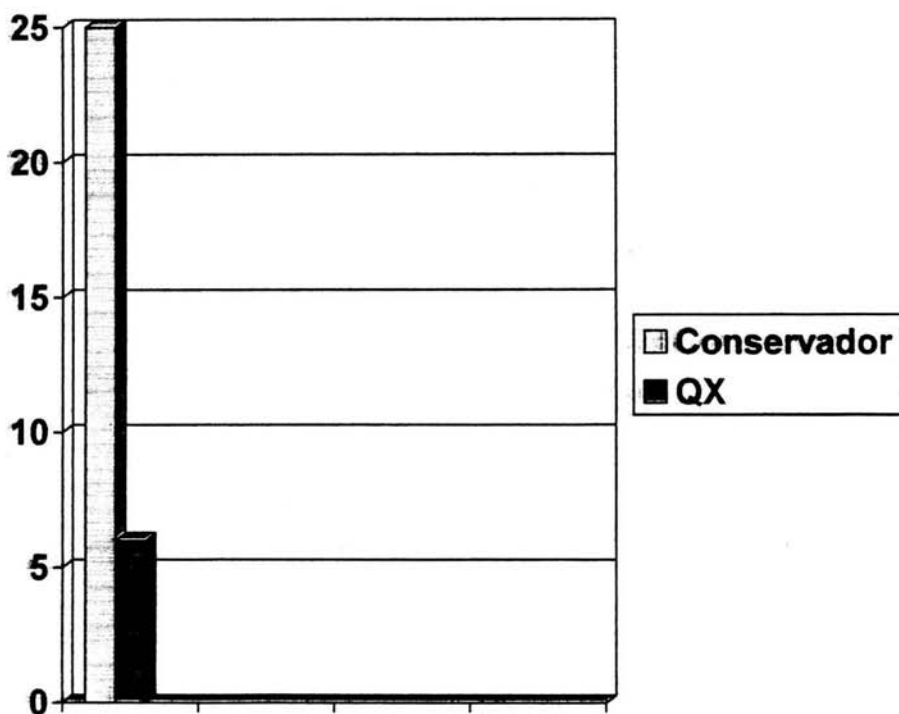
GRUPO DE EDADES



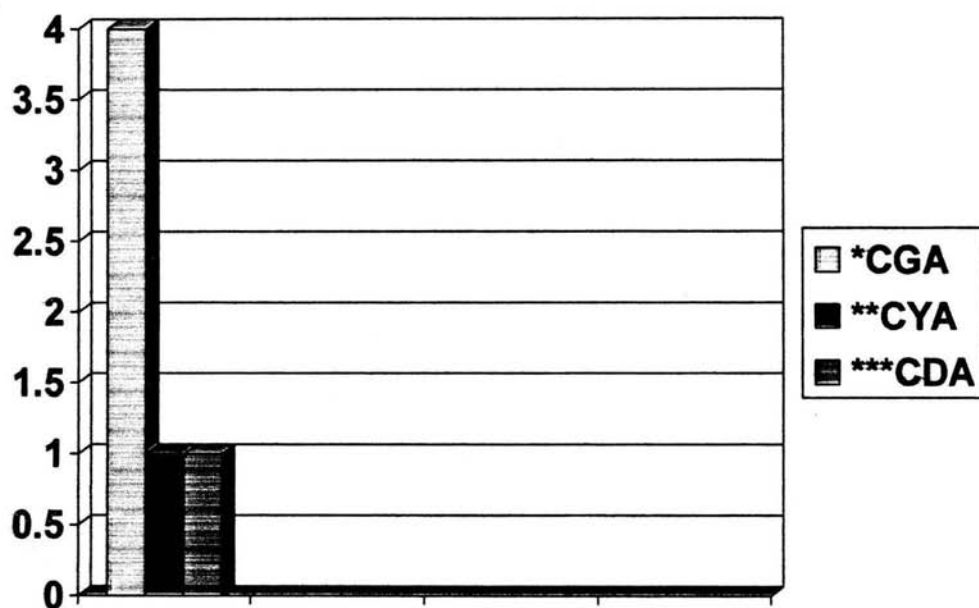
CAUSAS



TRATAMIENTO



TIPO DE CIRUGIA



* CDG: Cistogastroanastomosis

** CYA: Cistoyeyunoanastomosis

*** CDA: Cistoduodenoanastomosis

DISCUSIÓN

Debido a que el pseudoquiste pancreático es una complicación que se desencadena ya sea posterior a un proceso inflamatorio del páncreas agudo o crónico y a traumatismo del mismo, el manejo dependerá de la etiología del mismo siendo de real importancia las bases del tratamiento de la pancreatitis, ya que se la mayoría de estos tipos de pseudoquiste remiten por si solos dependiendo de varios factores como son la comunicación de los mismos, la localización, el tamaño, y las condiciones del mismo para poder planear y individualizar el manejo mas apropiado para la resolución del mismo, siendo parte de este el tratamiento conservador, el cual consiste en el ayuno del paciente, la succión nasogástrica ,la alimentación parenteral y el manejo de líquidos y electrolitos dejándose en espera de la resolución espontánea de 4-6 semanas posterior al diagnostico y paciente que por factores del pseudoquiste como son el tamaño , la cantidad de pseudoquistes y complicaciones del mismo deben de ser sometidos a intervención quirúrgica debiendo realizar la técnica mas apropiada ya que el éxito de la resolución del pseudoquiste o la recurrencia del mismo dependerá del procedimiento elegido ya que se menciona que dentro de las derivaciones internas la técnica que tiene menor mortalidad y recurrencia es la cistogastroanastomosis pero que la realización de todo tipo de derivación depende del grosor de la pared del pseudoquiste así como de su localización ya que se menciona que se puede realizar dicha anastomosis con duodeno o yeyuno también con buen éxito.

CONCLUSIONES

En el pseudoquiste pancreático ya sea secundario a un cuadro de pancreatitis aguda, o de origen traumático debe ser valorado e individualizado tanto el manejo conservador o quirúrgico, ya que dependiendo de la localización y condiciones del pseudoquiste, será elegido el tratamiento a seguir, debiéndose ser manejado inicialmente con ayuno del paciente, alimentación parenteral y succión gástrica, ya que como se vio en este estudio son estos factores de importancia para la resolución del pseudoquiste, ya que se observó que dicha resolución puede llevarse a cabo en el transcurso de 4-6 semanas posterior a su diagnóstico, obviamente esto va a depender de las características del pseudoquiste, a su vez en caso de requerir un tratamiento quirúrgico este debe ser individualizado y planeado dependiendo nuevamente de las condiciones del pseudoquiste, sin embargo a la conclusión de este estudio fue que la mayor parte de los pacientes con pseudoquiste pancreático se resolvió solamente con tratamiento conservador, esto debe tomarse en cuenta ya que un tratamiento quirúrgico injustificado podría aumentar la morbimortalidad en este tipo de padecimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Lewis G, Krige JEJ, et al. Traumatic pancreatic pseudocysts. Br J Surg 1993 ;80 :89
- 2.-Clínicas Quirúrgicas de Norte América 2000, 6.
- 3.-Bradley El. Vit6o RP. Mechanisms for ruptura of pancreatic pseudocysts. Ann Surg 1984; 200:51
- 4.-Vitas GJ, Sarr MG. selected management of pancreatic pseudocysts: Operative versus expectant management. Surgery 1996 111:123.
- 5.-Gerzof SG, Jonnson WC, et al. Percutaneous drainage of infected pancreatic pseudocysts. Arch Surg 1998.
- 6.-Van Sonnenberg E, Wittich GR, et al Percutaneous drainage of infected and noninfected pancreatic pseudocysts: experience in 101 cases. Radiology 1989; 170:757.
- 7.-Kozarek RA, bryako CM, et al. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts. Gastrointest Endosc 1995; 31:322
- 8.-Yeo CJ, Bastida JA, Lynch-Nylan A, et al. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. Surg Gynecol Obstet 1996, 170:411.
- 9.-Munn JS, Aranha GV, Greenlee HB, et al. Simultaneous treatment of chronic pancreatitis and pancreatic pseudocysts. Arch Surg 1997 ;122:162.
- 10.-Trias M, Targarona E:M, et al. Surgical Workshop: Intraluminal stapled laparoscopic cystogastrostomy for treatment of pancreatic pseudocyst. The British Journal of surgery, 1995; 82:403.
- 11.-Ryan C, et al. Operative treatment of pseudocyst in patients with chronic pancreatitis. British Journal of Surgery, 2000; 87:1494

12.- Heider R. et al. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts. *Annals of Surgery*,1999; 229:781.

13.- Lumsden R. Secondary pancreatic infection. *Sur Gynecol Obstet*,1990; 170:459

14.-Newell KA,Liu T. et al. Are cystogastrostomy and cystojejunostomy equivalent operations for pancreatic pseudocysts. *Surgery* 1990;108:635

15.-Nguyen BLT,Thompson JS,et al. Influence of the etiology of pancreatitis on the natural history of pancreatic pseudocysts. *Am J Surg*,1999; 162:527.