



11210

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
"DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PEDIATRICA**

**MANEJO QUIRURGICO DEL SEUDOQUISTE
PANCREATICO EN PEDIATRIA**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA PEDIATRICA

P R E S E N T A :

ENRIQUE RAFAEL LEAL CIREROL



ASESOR DE TESIS: DRA. CARMEN LICONA ISLAS

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE DEL DF,
UNIDAD MÉDICA ALTA ESPECIALIDAD
"DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

HOJA DE AUTORIZACIÓN



**DR JOSE LUIS MATAMOROS TAPIA
JEFE DIVISION DE ENSEÑANZA
UNIDAD MÉDICA ALTA ESPECIALIDAD
"DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**DR. JAIME ANTONIO ZALDIVAR CERVERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO CIRUGIAS PEDIATRICA
DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA ALTA ESPECIALIDAD
"DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA "**

**DRA. CARMEN LICONA ISLAS
CIRUJANO PEDIATRA
INVESTIGADORA PRINCIPAL
"DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
"DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**



**SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.

COLABORADORES:

**DR JOSE REFUGIO MORA FOL
CIRUJANO PEDIATRA Y JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**DR HECTOR PEREZ LORENZANA
CIRUJANO PEDIATRA
HOSPITAL GENERAL
“DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**DRA. ROSA ELENA GONZÁLEZ FLORES
PEDIATRA NEONATÓLOGO.
HOSPITAL GENERAL
“DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA” .**

**DRA HALEYDA QUEZADA LOPEZ
RESIDENTE DE CIRUGIA PEDIATRICA
HOSPITAL GENERAL
“DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**DRA EUNICE SOLIS
JEFE DE SERVICIO DE
REUMATOLOGIA PEDIATRICA
HOSPITAL GENERAL
“DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

Por cuidar mis pasos y permitirme llegar hasta aquí, esperando con su bendición llegar mas lejos.

A MI MADRE

Por procurarme y entenderme en este giro que ha tomado mi vida, esperando en vida no decepcionar.

A MI PADRE

Por darme su confianza, soporte, así como heredarme esas características que me hacen en particular tan parecido a ti.

A NORMA, AMAURY Y MAURICIO

Por ser esos pedacitos de mi vida que me liberan

A ESPERANZA Y VILLATOUR

Sin ustedes la cirugía no sería la misma, templaron mi carácter y me hicieron entender que este mundo es grande y que nos toca vivirlo de todo a todo a nosotros.

A MIS COMPAÑEROS

Cesáreo, Virgilio, Vitor, Cornelio, Didi, Tiziano, Haleyda, Huacuz hicieron mi residencia más llevadera con sus altos y sus bajos, todos son buenos amigos, solo no cambien.

A MIS MAESTROS

Que si ellos no hubieran terminado, compartiendo desinteresadamente sus conocimientos y experiencia, así como en algunos casos su amistad y confianza.

AL DR CABALLERO Y DR CASTELLO.

Por brindarme su experiencia quirúrgica y ese cachito humano de consejos que me ayudaran para mi vida, que Dios los cuide siempre, gracias por todo.

A MI CHOCOLATITA

Por todo su amor y apoyo constante en este trabajo, por creer en mi, Por lo que soy cuando estoy contigo amor. Deseando por siempre compartir estos momentos contigo. TQM.

MANEJO QUIRURGICO DEL SEUDOQUISTE PANCREATICO EN PEDIATRIA

INDICE

I.	RESUMEN ESTRUCTURAL.....	7
II.	INTRODUCCIO	8
III.	OBJETIVOS.....	11
IV.	MATERIAL Y METODOS.....	12
V.	RESULTADOS.....	13
VI.	FOTOS Y GRAFICAS	14
VII.	DISCUSION.....	19
VIII.	CONCLUSIONES.....	20
IX.	BIBLIOGRAFIA.....	21

MANEJO QUIRÚRGICO DEL SEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN PEDIATRÍA

RESUMEN ESTRUCTURAL:

Introducción: La pancreatitis es una entidad rara en pediatría, asimismo existen pocos reportes de la evolución y la presencia de complicaciones. El pseudoquiste pancreático (SQP) es una de las complicaciones más frecuentes y su evolución puede variar de paciente en paciente. El objetivo del presente trabajo es mostrar las características de dicha enfermedad, la evolución y su tratamiento.

Material y métodos: Se analizaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis en el Centro Médico Nacional "La Raza", durante un periodo comprendido del 1995 al 2003 (8 años), captando los pacientes con pancreatitis seleccionando aquellos que presentaran pseudoquiste pancreático, observando su evolución indicaciones de drenaje y métodos utilizados, comparando la literatura existente para su discusión. Realizando un estudio retrospectivo, descriptivo observacional con medidas de tendencia central.

Resultados: Encontramos 48 pacientes con pancreatitis, del total 23(47.5%) presentaron SQP de los cuales 14(60%) ameritaron tratamiento quirúrgico.

En pacientes con SQP la edad media de presentación fue 7.3 años. La etiología de la pancreatitis principalmente idiopática en 20, y traumática en 10, con una relación de, presentando SQP principalmente las traumáticas y ameritando drenaje 9 en este grupo. Los pacientes con pancreatitis grave 6 presentaron SQP ameritando manejo 4 de ellos. Siendo establecido el diagnóstico de pseudoquiste pancreático después de la 2da semana. El 60% (14) ameritaron tratamiento quirúrgico, siendo la principal indicación la persistencia de la sintomatología por más de 4 semanas.

La técnica de drenaje interno se estableció en 11 siendo la gastrocistoanastomosis el procedimiento de elección, 10 por técnica abierta y uno por laparoscopia.

en 3 casos se eligió drenaje externo,

un paciente con drenaje externo presenta una fístula pancreatocutánea crónica,

Discusión: El pseudoquiste pancreático se observa la edad pediátrica asociado a la pancreatitis, correlacionando con la etiología traumática de la pancreatitis, con mayor incidencia que la reportada, no requiriendo una intervención en un porcentaje importante. La gastrocistoanastomosis abierta es el procedimiento más utilizado y con menos complicaciones, otras técnicas como la laparoscopia son posibles en pediatría, Mientras que aquellos pacientes manejados con drenaje externo presentan mayor morbilidad.

Conclusiones:

El pseudoquiste pancreático es de presentación elevada en la edad pediátrica, asociándose principalmente a la etiología traumática

No todos requieren manejo quirúrgico por lo que sugerimos vigilancia del mismo

La gastrocistoanastomosis es un procedimiento sencillo y pocas complicaciones por lo que recomendamos su utilización.

Encontrando que los procedimientos laparoscópicos pueden ser realizados en la edad pediátrica, por lo que debe de estimularse su utilización. No recomendamos el drenaje externo.

INTRODUCCION

La pancreatitis se define como la inflamación de páncreas, con una división practica en leve y grave de acuerdo a su afectación sistémica y el grado de lesión pancreática (1). Es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, de acuerdo a la literatura nacional e internacional hay 4 a 8 casos ingresados por año (2), según la etiología y evolución así como su presentación es diferente con respecto a la edad. En los niños es más difícil su diagnóstico por la sospecha y la frecuencia de otras enfermedades que tienen presentación similar por lo que el diagnóstico se lleva a cabo por medio de las manifestaciones clínicas, como son dolor epigástrico, vómitos de contenido biliar, malestar general, náuseas, resistencia epigástrica, hipotensión, en un 20 a 30% los niños tienen presentación atípica por lo que el uso de métodos bioquímicos sirve para su diagnóstico, tomando importancia la amilasa y lipasa sanguíneas, cociente de eliminación urinaria amilasa/creatinina, y otros como la determinación de tripsina e isoamilasa estas enzimas en los adultos aparte de valor diagnóstico son predictivos para la enfermedad (3). Las técnicas de imagen como la radiografía de abdomen simple, el Ultrasonido abdominal y la tomografía axial computada abdominal son de ayuda para el diagnóstico (3).

El pseudoquiste pancreático (SQP) se define como una acumulación de líquido contenida dentro de un quiste no recubierto de epitelio que se origina después de la destrucción de un conducto pancreático (4), dentro de su fisiopatología el líquido extravasado produce una reacción inflamatoria que se traduce en la formación al cabo de unas semanas de la pared cubierta por tejido fibroso y de granulación (5), aparece después de la segunda semana de las manifestaciones de la pancreatitis; Se le considera una de las complicaciones más frecuentes, con una prevalencia del 5% al 70% (6), el tamaño varío entre 1 a 30cm (5), sus manifestaciones clínicas son de acuerdo a su localización y tamaño, en el 90% son lesiones únicas pero hay reporte de lesiones múltiples, el diagnóstico se lleva a cabo por medio de estudios de imagen como son la tomografía axial computada y el ultrasonido, cuando su tamaño es mayor de 4cm pueden originar sintomatología (5) como dolor epigástrico, náuseas vomito o pérdida de apetito, en otras ocasiones se sospecha su presencia por la persistencia de una elevación de amilasas en orina y suero, cuando son muy grandes se palpan durante la exploración del paciente, pudiendo causar compresión con obstrucción, vómitos, distensión e ictericia. Cuando se localizan en la cola del páncreas causan compresión de la vena esplénica y trombosis, hipertensión portal, hemorragia gástrica, derrame pleural izquierdo y ascitis quilosa.

El diagnóstico como ya se menciona se realiza por imagen, la radiografía abdominal es de utilidad limitada ya que solo se observa el desplazamiento de las asas intestinales, otros estudios como el ultrasonido y la tomografía son altamente efectivos en su diagnóstico, mostrándonos su tamaño, volumen, localización y compresión de estructuras adyacentes, la serie esófago gastroduodenal sé a utilizado para observar la compresión sobre el estomago; el estudio endoscopico es utilizado como diagnóstico al observar la compresión del estomago y cuando se suma al ultrasonido es sumamente

valioso. Otro instrumento utilizado es la colangiopancreatico resonancia magnética que tiene su principal implicación cuando se encuentra compresión de la vía biliar.

El seguimiento de los pseudoquistes se realiza con estudios ultrasonograficos y tomograficos cuando persiste la sintomatología y la determinación de amilasa en suero y orina están elevadas (4).

El manejo del pseudoquiste es expectante al menos al transcurrir 6 semanas ya que en este momento se considera madura la pared del mismo, antes de la sexta semana solo se recomienda su tratamiento en aquellos quistes en que el aumento de tamaño se relacione con empeoramiento en la clínica (5,4,7) otras complicaciones son hemorragias, ruptura o infección del mismo.

Los pseudoquistes maduros que no originan datos clínicos deben controlarse con espera de la resolución espontánea y solo en caso de súbito crecimiento debe valorarse su tratamiento quirúrgico (7).

El paciente con un pseudoquiste pancreático no infectado debe ser tratado de modo expectante para detectar la aparición de complicaciones, así como valorar incremento en el tamaño. Se refiere por algunos autores que si el pseudoquiste es mayor de 4cm y su tamaño no se reduce en 6 semanas o aumenta en menos de 6 semanas y coincide con empeoramiento clínico, la postura expectante debe cambiar y proponer su drenaje inmediato (5).

La resolución espontánea del pseudoquiste se reporta en un 25 a 50% de los casos. La principal complicación es la ruptura del pseudoquiste aunque también puede existir infección, hemorragias y formación de fistulas.

Los tratamientos existentes para drenaje del pseudoquiste pancreático son los siguientes:

Drenaje percutaneo.

Drenaje endoscopico.

Drenajes quirúrgicos:

Laparoscopico

Internos

Externos

Resección del pseudoquiste.

De todos estos la mayor experiencia en pacientes pediátricos se tiene con los drenajes quirúrgicos y el principalmente usado es el interno. (6, 7,8, 10).

Drenaje percutaneo- se puede realizar con guía radiológica o no dependiendo del tamaño y localización del pseudoquiste pancreático, existe un alto índice de recidiva hasta del 63%, lo que lleva a múltiples punciones para evacuación total (13).

Drenaje endoscopico- existen reportes en la edad pediátrica de su utilización con buenos resultados, con un índice de complicaciones de aproximadamente un 20%, en la literatura el número de casos es escaso aproximadamente 4 casos por serie (12).

Drenajes quirúrgicos.

a) Drenaje laparoscópico existen reportes escasos en los adultos y su utilización en pediatría solamente es referida, aun no se conoce su factibilidad y sus complicaciones en esta población (11).

b) Drenajes internos: es el método de tratamiento más utilizado según el tamaño y la localización del pseudoquiste pancreático. Son los tres procedimientos principales gastrocistoanastomosis, duodenocistoanastomosis y yeyunocistoanastomosis, se conoce como el estándar de oro por el bajo índice de recurrencia y complicaciones posteriores a su utilización.

c) Drenaje externo- es el procedimiento predilecto en aquellos pacientes en que por sus condiciones críticas no se puede llevar a cabo una anastomosis, su principal complicación es la formación de fístulas cutáneas las cuales son de difícil manejo.

e) Resección de pseudoquiste- de poca utilización se recomienda cuando existen pseudoaneurismas en conjunto con el pseudoquiste pancreático (4, 12).

OBJETIVOS:

En los pacientes pediátricos con pseudoquistes pancreáticos del servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital General Dr. Gaudencio Gonzáles Garza del Centro Médico Nacional "La Raza" nos interesa:

- a) Conocer la frecuencia de la enfermedad.
- b) Conocer los criterios que se utilizaron para decidir la intervención quirúrgica
- c) Cual es el método de drenaje mas utilizado
- d) Conocer la evolución de los pacientes con este diagnóstico.

MATERIAL Y METODOS

Universo: Todos los pacientes pediátricos con pancreatitis que ingresan al servicio de cirugía pediátrica del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro medico nacional "La Raza".

Criterios de inclusión:

Pacientes de 0 a 15 años.

Sexo: femenino/masculino

Diagnostico: pancreatitis y complicados con pseudoquistes.

Criterios de Exclusión:

Expedientes perdidos o incompletos.

Que no tengan diagnostico de pancreatitis.

Criterios Diagnósticos: por estudio de ultrasonido o tomografía abdominal, imagen de colección quística dependiente de páncreas, en pacientes pediátricos con pancreatitis diagnosticada por cuadro clínico, laboratorio y imagen.

Metodología: se revisaran los expedientes y se anotaran los datos en las hojas de recolección de los pacientes con diagnostico de pancreatitis por alguno de los siguientes métodos, cuadro clínico signos y síntomas como: dolor abdominal a nivel epigástrico, vómitos de contenido biliar, intolerancia a la vía oral. Exámenes de laboratorio con toma de amilasa sérica en orina o algún método de gabinete como será el ultrasonido abdominal y la tomografía axial computada.

Se valorara su evolución durante su estancia hospitalaria seleccionando aquellos pacientes en que se diagnosticó pseudoquiste pancreático por Ultrasonido abdominal o tomografía, registrando sus datos clínicos y tiempo en que se presentó el pseudoquiste, anotando cuales fueron las características por imagen como: tamaño, diámetro de la pared, número de lesiones, localización en cabeza, cuerpo o cola. Se dividirá su evolución en aquellos en que se observó desaparición del pseudoquiste sin requerir un manejo específico y que fueron manejados con ayuno, nutrición parenteral, octeotride, antibióticos intravenosos y sonda nasogástrica. En aquellos que requirieron una intervención para manejo del pseudoquiste, anotaremos las indicaciones que se tomaron para establecer la intervención como tamaño del pseudoquiste, diámetro de la pared, tiempo de evolución, persistencia de la pancreatitis, complicaciones como hemorragia, infección, ruptura u obstrucción de algún órgano.

Se registró tipo de intervención realizada desde drenaje percutáneo, drenaje endoscópico, drenajes quirúrgicos: laparoscópicos, internos refiriéndose a gastrocistoanastomosis, duodenocistoanastomosis y cistoyeyunoanastomosis, drenaje externo y resección de pseudoquiste.

En el seguimiento de los pacientes intervenidos se evaluaron la resolución o complicaciones.

Se registraran y concentraran los datos para análisis.

Resultados: en un periodo de 8 años encontramos 48 pacientes con pancreatitis, de estos pacientes un total de 23(47.5%) presentaron pseudoquiste pancreático.

De los pacientes con pseudoquiste pancreático encontramos 14 masculinos y 9 femeninos, la edad media de presentación fue 7.3 años con un rango de 3 a 15 años.

La etiología de la pancreatitis principalmente idiopática en 20, traumáticas en 10, secundarias a ingesta de medicamentos 9, litiasis biliar 4, páncreas divisium 1, otras causas 4. Con una correlación de pacientes por etiología de la pancreatitis con presentación de pseudoquiste pancreático como sigue: idiopática 10 (50%), trauma (90%), causa biliar 2(50%), y por ingesta de medicamentos en dos casos (22%).

Del total de casos de pancreatitis 10 se intervinieron quirúrgicamente al inicio de su enfermedad con otros diagnósticos siendo la principal apendicitis y 4 por pancreatitis necrótico hemorrágica, en todos los casos se diagnóstico pancreatitis y se realizo drenaje de la cavidad, de estos pacientes con drenaje previo solamente 3 presentaron PQP solamente requiriendo uno de ellos manejo posterior.

El diagnostico se realiza en todos los casos después de la segunda semana de la pancreatitis en todos los casos por TAC (tomografía axial computada) en 4 casos y ó UESG (ultrasonido abdominal) en 19. (Figura 1 y 2),

Con sintomatología acompañante dolor en 19, vómitos 16, prestaron fiebre 6, en 18 se encontró elevación de amilasa, y leucocitos elevados en 8.

En la serie 9 (40%) mejoraron únicamente con soporte medico sin requerir drenaje del pseudoquiste pancreático

El 60% (14) ameritaron drenaje del pseudoquiste, encontrando que la principal indicación para su drenaje fue la persistencia de la sintomatología por mas de cuatro semanas con sintomatología secundaria al pseudoquiste, la sintomatología asociada al pseudoquiste fue la siguiente, dolor abdominal en 5, hiper amilasemia mayor de 500 U somogly en 3, oclusión intestinal 4, en dos casos la indicación fue aumento de tamaño del pseudoquiste.

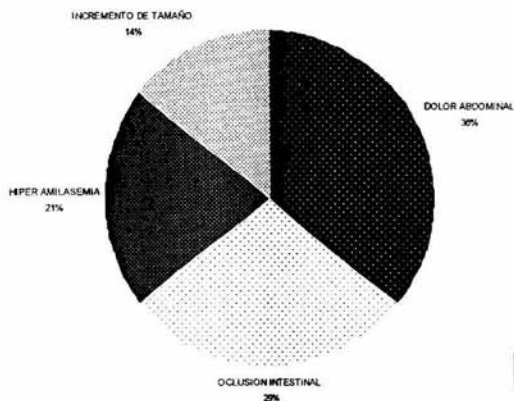
Las características del total de los pseudoquiste que se drenaron es que fueron únicos y a nivel del cuerpo del páncreas en nuestra serie.

De los 14 casos drenados se estableció gastrocistoanastomosis en 11 pacientes, requiriendo en todos los casos una pared del pseudoquiste de 4mm, uno de estos drenajes se efectuó por técnica laparoscópica.

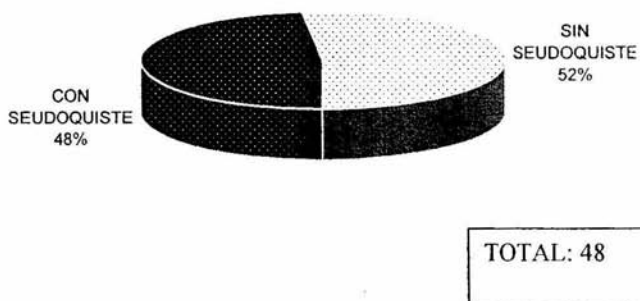
En 3 casos sé Eligio drenaje externo, por la gravedad del paciente en dos y en otro por ser la pared del pseudoquiste menor de 2mm.

Posterior al drenaje, 13 pacientes evolucionaron satisfactoriamente a la mejoría, mientras que uno (7.1%) de los pacientes con drenaje externo complico su evolución con una fístula pancreático cutánea crónica, la cual condiciono mala evolución del paciente.

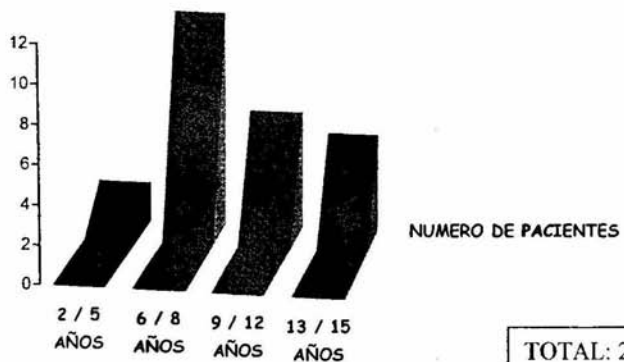
MANIFESTACIONES CLINICAS DE LOS PACIENTES CON SEUDOQUISTE PANCREATICO QUE AMERITARON DRENAJE



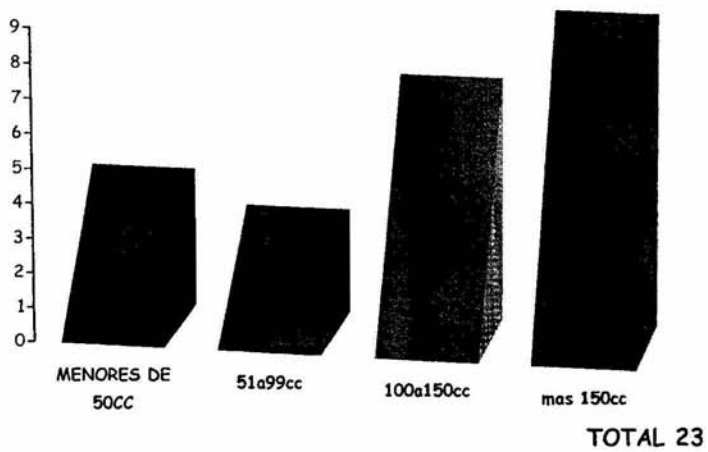
PACIENTES CON PANCREATITIS



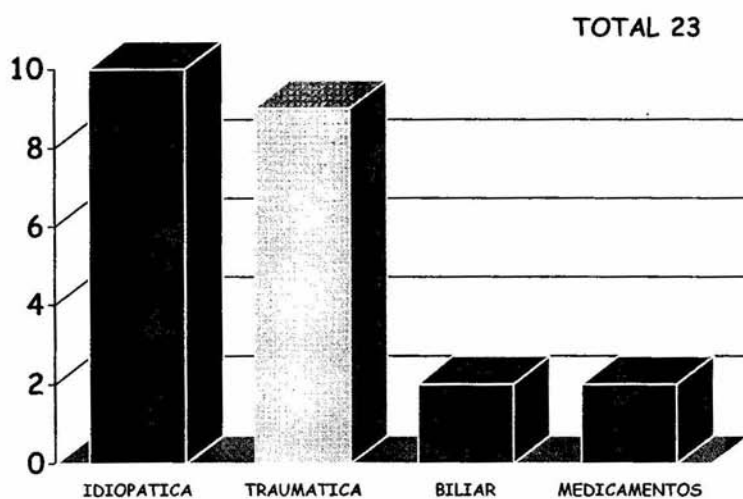
EDAD DE LOS PACIENTES CON SEUDOQUISTE PANCREÁTICO



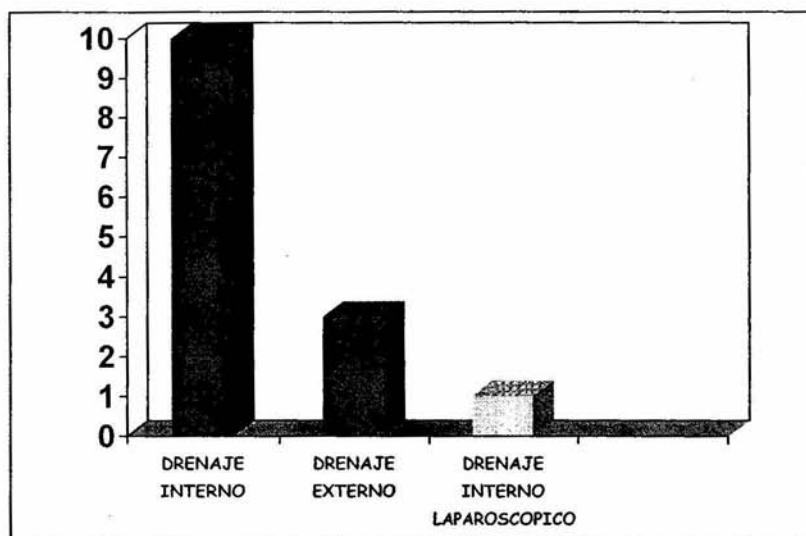
TAMAÑO DEL SEUDOQUISTE PANCREATICO



ETIOLOGÍA DEL SEUDOQUISTE PANCREATICO

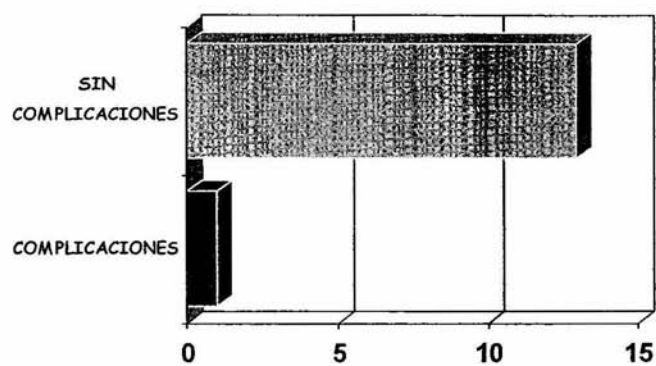


DRENAJE DE ELECCION PARA SEUDOQUISTE PANCREATICO



TOTAL: 14

EVOLUCION DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A DRENAJE



TOTAL 14



figura 1
TAC DE SEUDOQUISTE PANCREATICO



figura 2
GASTROCISTOANASTOMOSIS ABIERTA

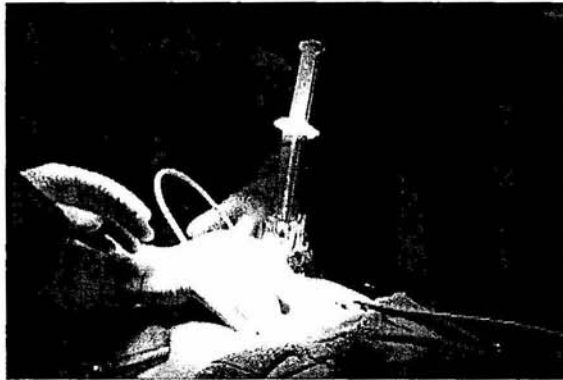


Figura 3.
DRENAJE LAPAROSCOPICO

Discusión: El pseudoquiste se presenta con mayor frecuencia en nuestra serie 48% que en otras series en pediatría como la encontrada por el Dr. Itsvan del 5%(4) o el Dr. Beteta del 17% en México(5), por lo que pensamos que al ser nuestro hospital una sede de concentración tenemos un número importante de pacientes con esta complicación de la pancreatitis por lo que consideramos trascendental, su detección, y establecimiento de lineamientos para su manejo.

En nuestro estudio encontramos una correlación en cuanto a la etiología de la pancreatitis y la presentación de pseudoquiste pancreático, encontrando que el 90% de los pacientes con etiología traumática presentaban pseudoquiste pancreático, no encontrando este reporte en la literatura, otros autores no hallaron una relación específica en la etiología(2,5). Muy probable que esto sea por causa de mayor ruptura del conducto pancreático principal durante el traumatismo.

Por lo probablemente observemos un sub registro de su diagnóstico, al no requerir en un importante número drenaje del pseudoquiste, mismo que este debe de ser buscado con mayor acuciosidad aun en los casos no complicados.

Nosotros usamos el TAC y el UESG para diagnóstico y seguimiento de nuestros pacientes Fig. 1, siendo el UESG en la serie el más usado con primordial importancia para decidir su manejo, Hecho que se corrobora en la literatura(6), al ser el instrumento más accesible en la mayoría de las instituciones así como causando menor exposición a radiaciones.

Un hallazgo importante en este trabajo fue que 40%(9) de los pacientes no requirieron drenaje del pseudoquiste, ya que estos resolvieron únicamente con soporte médico antes de la cuarta semana de evolución del pseudoquiste. Encontrando en la literatura que algunos autores refieren tasas de remisión sin drenaje tan bajas como el 10% hasta el 70%(6,7).

En 60%(14) se realiza drenaje del pseudoquiste pancreático, encontrando que la principal indicación para realizar el procedimiento, fue la persistencia de la sintomatología por más de 4 semanas posterior al diagnóstico de pseudoquiste pancreático, encontrando que la mayoría de los síntomas eran secundarios al tamaño y localización de la lesión.

La gastrocistoanastomosis fue el procedimiento de elección al ser todas las lesiones centrales (cuerpo del páncreas (8), siendo necesario para su realización una pared del pseudoquiste mayor de 4mm. En 11 pacientes se realiza este procedimiento en 10 de manera convencional y en uno de ellos la técnica laparoscópica encontrando pocos reportes en adultos y ninguno en la edad pediátrica. Fig. 2,(9,4) ..

Mientras que en aquellos pacientes manejados con drenaje externo principalmente por la gravedad observamos un porcentaje alto de complicaciones como es la fistula reportada en otras series (10), por lo que de ser posible deberá de evitarse su realización por lo que su utilización deber de ser valorada en casos seleccionados en que la gravedad del paciente no permita otro procedimiento

Conclusiones:

El PQS es de presentación elevada en la edad pediátrica, asociándose principalmente a la etiología traumática

No todos requieren manejo quirúrgico por lo que sugerimos vigilancia del mismo

La gastrocistoanastomosis es un procedimiento sencillo y pocas complicaciones por lo que recomendamos su utilización. Encontrando que los procedimientos laparoscópicos pueden ser realizados en la edad pediátrica, por lo que debe de estimularse su utilización. Y dada la complicación del drenaje externo no recomendamos su uso.

BIBLIOGRAFIA

1. gracia J, Luna M, Pancreatitis aguda en el niño, Bol Med Hosp. Inf Mex. 99;55 1999
2. Avram M, Revisión general de los pseudoquistes pancreáticos. Surg Clin N Am 2001; 2:393-94
3. Siegelman S, Copeland BE, Saba GP, et al: CT of fluid collection associated with pancreatitis. Am J Radiol 134:1121-32, 1980
4. Istvan P, Maher K, Fuad A, et al: Endoscopic Drainage for pancreatic Pseudocyst in children. J pediatr surg 36: 503-5, 2001
5. Beteta-Chinchilla CE, Flores-Calderón J, Ramírez-Mayans JA, Casaubón-Garcín P, Mora-Tiscareño MA. Pseudoquiste pancreático. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Bol Med Hosp Infant Mex 1991; 48: 445-52.
6. Kimberly E, Hunt I. Presentation of pancreatic Pseudocysts: implicación of surgical intervención. Am Journal of Surg 151: 749-53, 1986
7. Crass R, Way L. Acute and Cronic pancreatic pseudo cyst are different. Am Journal of Surg 142 : 660-3 1981
8. Trevor J, Taylor R, Chistensen R, Seudamore C, Leckie P. Pancreatic pseudo cyst changing concepts and management. Am Journal of Surg 141:574-576 1981
9. Szentes M, William I, Kozarek R, Freeny P, Invasive tratament of pancreatic fluid collections with surgical and nonsurgical methods . Am Journal of Surg 161:600-5 1991
10. Elechi EN, Calender Co, Lefalt LO, et al: The treatment of Pseudocysts by external drainage. Surgery Gynecology and obstetrics 148:707-10, 1979