

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO

**“Experiencia en el Manejo Médico y Quirúrgico de Pseudoquistes Pancreáticos de 5 años
en el servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI”**

TESIS QUE PRESENTA

Dr. Manuel García Sánchez

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGÍA GENERAL

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL,

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

ASESOR: DR. TEODORO ROMERO HERNÁNDEZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA,

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



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.

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR

ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

DOCTOR

TEODORO ROMERO HERNÁNDEZ

CIRUJANO GENERAL

MEDICO ADSCITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

AGRADECIMIENTOS

A **mi madre**, por su apoyo incondicional, en quien he encontrado ejemplo de vida y quien me ha enseñado a mirar hacia adelante no dejándome caer en ningún momento cuando así lo he necesitado; gracias Antonia por ser mi madre. A **Francisco**, por estar siempre acompañándome en este largo camino de mi formación, y contar con él cuando lo he necesitado. A mis tíos, **Karina, Rosi, Víctor e Ignacia**, y **respectivas familias** por su apoyo incondicional, respeto y admiración que me ayudan a seguir adelante.... Gracias.

A mis **maestros** de estos cuatro años de formación sin los cuales el aprendizaje no sería enseñanza, por compartir sus conocimientos y ayudarme a formarme como cirujano cada día con la demostración constante de la disciplina quirúrgica.

A mis **pacientes** durante estos años de formación, quienes siempre colocaron su fe y vida en mis manos, siendo el mejor libro durante mi especialización, y motor indispensable en la formación de todo médico... Gracias.

INDICE

Resumen	1
Introducción y Antecedentes	3 – 7
Justificación	7
Hipótesis	7
Objetivos	7
Material y métodos	8 – 10
Consideraciones éticas	10
Recursos Humanos , físicos y financieros	10
Análisis de resultados	11 – 15
Discusión	16 – 17
Conclusiones	17
Anexo	18
Bibliografía	19

1.Datos del alumno (Autor)	1.Datos del alumno
Apellido paterno	García
Apellido Materno	Sánchez
Nombres	Manuel
Teléfono	55 – 2900 - 0861
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Cirujano Especialista en Cirugía General
No. De cuenta	508216266
2.Datos del asesor	2.Datos del asesor
Apellido paterno	Romero
Apellido Materno	Hernández
Nombres	Teodoro
3.Datos de la tesis	3.Datos de la tesis
Título	Experiencia en el Manejo Médico y Quirúrgico de Pseudoquistes Pancreáticos de 5 Años en el servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI
No. de páginas	19
Año	2011

RESUMEN

Los pseudoquistes pancreáticos definido como una colección de líquido pancreático dentro de una pseudocápsula fibrosa, generalmente aparecen entre la 4ª y 6ª semana después de un episodio de pancreatitis aguda o como complicación de la pancreatitis crónica, reportándose una incidencia de hasta 30 % en ésta última. La presentación clínica de esta entidad puede ser desde asintomáticos, hasta aquellos con sintomatología clínica como dolor abdominal, náuseas, vómito y pérdida de peso en la mayor parte de los casos, siendo generalmente en estos casos cuando se considera un tipo de drenaje que puede ser interno como una Cistoyeyunoanastomosis o Cistogastroanastomosis, o también considerar drenaje externos, o por vía percutánea que va depender de la situación clínica y localización de éstos.

En el presente estudio retrospectivo se analizan los pacientes con diagnóstico de ingreso de pseudoquiste pancreático, así como el tipo de tratamiento realizado en ellos en nuestra unidad durante un período de 5 años que comprende de 1º de Junio de 2006 a 31 de mayo de 2011.

Se encontró un total de 32 pacientes en los cuales hay una mayor afección al género masculino en una relación 2.5:1 con respecto al femenino, predominando como sintomatología la intolerancia a la vía oral razón por la cual se considera el drenaje de estos, siendo mayormente el de tipo quirúrgico con la Cistoyeyunoanastomosis con una alta tasa de éxito y muy baja de complicaciones, con respecto a los demás tipos de drenaje.

INTRODUCCION

Desde 1761, cuando Morgagni describe un pseudoquistes pancreático, el diagnóstico, definición y tratamiento de ésta entidad experimentan evoluciones constantes; es por esto que de acuerdo a la clasificación de la Atlanta International Symposium on Acute Pancreatitis ha definido al pseudoquistes pancreático como colección de líquido rico en amilasa y otras enzimas pancreáticas contenida dentro de pseudocápsulas fibrosas, que no tienen epitelio y que, usualmente aparecen de la 4ª a la 6ª semana después de un episodio de pancreatitis aguda, ya sea de origen biliar, alcohólica, metabólica, por fármacos o de otra índole causante de la inflamación pancreática; o también pueden aparecer como complicación de la pancreatitis crónica. Definiéndose estas entidades de acuerdo a la misma clasificación a la pancreatitis aguda como el proceso inflamatorio del páncreas con afectación variable de otros tejidos circundantes, de órganos o de sistemas alejados; y la pancreatitis crónica como la entidad clínica caracterizada por dolor abdominal persistente o recurrente, que puede acompañarse de insuficiencia pancreática exócrina y/o endocrina [1].

Independientemente de la etiología del pseudoquistes pancreático, la incidencia es baja de 1.5 a 4.5% o más bien 0.5 a 1 por cada 100 000 adultos por año en el caso de la pancreatitis aguda, llegando algunas series hasta un 15 a 20% de los pacientes; sin embargo son más comunes en la pancreatitis crónica en comparación con la aguda, ya que las cifras de incidencia en la literatura mundial van de 30 a 40%, donde hay una falta de datos precisos sobre la base a largo plazo en el seguimiento de pacientes con pancreatitis crónica, en contraste con los pacientes con antecedente de pancreatitis aguda [2].

Para fines de estudio, en 1991, D'Edigio y Schein describen una clasificación de pseudoquistes pancreático basado en el tipo de pancreatitis (aguda o crónica), anatomía de los conductos pancreáticos, y la presencia de comunicación entre el pseudoquistes y el conducto pancreático [3], con lo cual se describen tres tipos distintos de pseudoquistes pancreáticos los cuales fueron:-

- Tipo I.- Pseudoquistes postnecróticos que se producen después de un episodio de pancreatitis aguda y se asocian con anatomía normal del conducto pancreático y que rara vez se comunican con el conducto pancreático principal
- Tipo II.- Pseudoquistes pancreáticos que se producen después de un episodio de pancreatitis aguda o crónica, en el cual el conducto pancreático está enfermo pero no estenótico y hay comunicación con el conducto con el pseudoquiste en un 40% de los casos
- Tipo III.- Se define como pseudoquiste retenido, ya que se producen posterior a cuadros de pancreatitis crónica y se asocia de manera uniforme con estenosis del conducto y comunicación del conducto pancreático con el pseudoquiste.

Así también se ha descrito otra clasificación por Nealon y Walser basada en hallazgos en la Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) [2,4,5], la cual incluye:-

- Tipo I.- Conducto pancreático normal, sin comunicación con el pseudoquiste.
- Tipo II.- Conducto pancreático normal con comunicación con el pseudoquiste
- Tipo III.- Conducto pancreático con estenosis, sin comunicación con el pseudoquiste
- Tipo IV.- Conducto pancreático con estenosis con comunicación con el pseudoquiste
- Tipo V.- Conducto pancreático normal con obstrucción completa
- Tipo VI.- Conducto pancreático con cambios por pancreatitis crónica, sin comunicación con el pseudoquiste
- Tipo VII.- Conducto pancreático con cambios por pancreatitis crónica, con comunicación con el pseudoquiste.

En cuanto a la patogenia del pseudoquiste pancreático se debe a alteraciones en el conducto pancreático ya sea por la inflamación o trauma pancreático que va seguido de la extravasación de las secreciones pancreáticas, ya que se ha observado que en 2/3 de los pacientes hay comunicación entre el pseudoquiste y el conducto pancreático, lo cual ocurre generalmente en la pancreatitis aguda; en el caso de la crónica es menos conocido, considerándose dos mecanismos involucrados donde son que el pseudoquiste se desarrolle por una exacerbación aguda de la enfermedad subyacente y/o bloqueo de una rama principal del conducto pancreático por un tapón de proteínas, cálculos o la fibrosis localizada [2,4].

La presentación clínica del pseudoquiste pancreático puede ir desde pacientes asintomáticos, hasta sintomatología clínica como dolor abdominal que se presenta en 80 a 90% de los pacientes, náuseas, y síntomas de obstrucción como distensión abdominal, vómito y pérdida de peso que pueden ocurrir. Aproximadamente en 50% de los pacientes se puede palpar una masa epigástrica; en raras ocasiones se puede presentar ictericia o sepsis por un pseudoquiste infectado. Para el diagnóstico por estudios de laboratorio es limitado, siendo sólo orientador pero no diagnóstico la elevación persistente de la amilasa que está presente hasta en 76% de los pacientes con pseudoquiste pancreático [2,4,6].

En el caso de los pseudoquistes pancreáticos se cuenta con diversos estudios de imagen, entre los cuales se puede contar entre ellos:- El ultrasonido abdominal donde aparece como una estructura ecoica bien definida, redonda u ovalada contenidos dentro de una pared lisa, y pueden tener apariencia compleja en etapas iniciales cuando aún presentan desechos, o cuando son hemorrágicos o están infectados, con una sensibilidad general para el diagnóstico entre 75 a 90% lo cual es inferior a la tomografía computada que tiene una sensibilidad del 90 al 100%, en donde los pseudoquistes se caracterizan por la identificación de una masa de pared gruesa, redondeada y llena de líquido adyacente al páncreas en un paciente con antecedentes de pancreatitis aguda o crónica, lo cual es patognómico de los pseudoquistes pancreáticos, y de vital importancia porque proporcionan información detallada acerca de la anatomía del pseudoquiste, así como demostrar dilatación del conducto pancreático y calcificaciones, dilatación de la vía biliar y la extensión del pseudoquiste [2,4,6,7]

Otros estudios de imagen empleados en el diagnóstico pueden ser la resonancia magnética y la colangiografía magnética que no son empleados de rutina, ofrecen mayor definición en cuanto a los residuos dentro del pseudoquiste; y la RM también puede ser útil en el caso de sangrados dentro del pseudoquiste. En el caso de la CPRE, aunque no es necesaria en el diagnóstico, puede ser útil en definir la anatomía del conducto pancreático y su relación con el pseudoquiste de acuerdo a la clasificación de Nealon, así como influir en el plan de tratamiento. Cabe mencionar la utilidad del ultrasonido endoscópico en el diagnóstico del pseudoquiste pancreático cuando se trata de diferenciar de otras lesiones de tipo benigno y/o maligno del páncreas [2].

Con respecto a los principios del tratamiento del pseudoquiste pancreático se basan desde hace mucho tiempo en un estudio de Bradley et al [8], quienes documentaron la historia natural de los pseudoquistes pancreáticos vigilados hasta la resolución o el desarrollo de complicaciones. Se produjeron complicaciones mayores como rotura, absceso, ictericia y hemorragia en el 40% de los pacientes, y la resolución sólo se observó en el 20%; así también se demostró que la observación por más de 7 semanas exponía a los pacientes a un riesgo mayor que el de la cirugía electiva, por lo que se convirtió en dogma la regla que los pseudoquistes mayores de 6 cm o que persistían por más de 6 semanas tenían que ser sometidos a intervención. Los informes subsiguientes han sugerido que este algoritmo de tratamiento puede imponer a muchos pacientes una cirugía innecesaria, ya que como Vitas y Sarr [9] demostraron que, si bien el 9% de los pacientes desarrollaban complicaciones, principalmente pseudoaneurismas, perforación y abscesos, y una tercera parte fueron sometidos a cirugía debido a sintomatología progresiva, los restantes pacientes fueron observados con seguridad durante más de 4 años; esto ha sido confirmado con otros estudios en los cuales se demostró que del 40 al 50% de los pseudoquistes pancreáticos, con independencia del tamaño, pueden ser controlados de forma conservadora, con la esperanza de que se producirá la resolución completa del quiste en el 60% de los casos. En la actualidad, no existe consenso claro sobre las indicaciones absolutas para la intervención, aunque la mayoría de los expertos está de acuerdo en que los límites de tamaño y de tiempo rara vez justifican la intervención. Por otra parte, los pseudoquistes sintomáticos causantes de dolor, obstrucción de la desembocadura gástrica u obstrucción biliar, los complicados por infección y sepsis, hemorragia o pseudoaneurisma, o los que aumentan de tamaño progresivamente y aquellos en los que no se puede excluir la degeneración maligna, son razones mucho más válidas para la intervención [2,10, 11].

El tratamiento quirúrgico está considerado todavía como el tratamiento de referencia para la terapia del pseudoquiste. Usualmente, se realiza mediante drenaje interno, por medio de una anastomosis cistoentérica en forma de cistogastroanastomosis, cistoduodenoanastomosis, o cistoyeyunoanastomosis, o por escisión como pancreatectomía distal, dependiendo de la localización y del tamaño del pseudoquiste. El drenaje externo abierto ha caído en desuso debido a la morbilidad resultante, pero a veces se puede considerar en situaciones más complejas, como en el contexto de una necrosectomía pancreática. Falta mencionar que las complicaciones asociadas con la cirugía del pseudoquiste reflejan el estado subyacente de pancreatitis o la salud general del paciente y no del procedimiento quirúrgico en sí mismo [2.10.11]

Los avances técnicos conseguidos en medicina durante las dos últimas décadas, como el perfeccionamiento continuado de la técnica quirúrgica mínimamente invasiva, la introducción de la endoscopia terapéutica y el desarrollo de estudios de imagen con TC multicorte, han convertido la cirugía abierta en una terapia de segunda línea para los pseudoquistes pancreáticos, reservada para los pacientes en los que fracasan normas de intervención menos invasivas [10,12]

JUSTIFICACIÓN

Se desconoce la cantidad de pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático, así como la conducta de tratamiento que se les proporciona.

HIPÓTESIS

El drenaje de los pseudoquistes pancreáticos hacia la vida enteral, ya sea por cistoyeyunoanastomosis o cistogastroanastomosis se emplea con gran éxito en pacientes sintomáticos o con complicaciones, independientemente del tamaño y localización del pseudoquiste.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y tratamiento proporcionado a los pacientes con diagnóstico de pseudoquiste pancreático de acuerdo a la sintomatología más que al tamaño y/o localización de éstos.

MATERIAL Y METODOS

1.- Diseño del estudio:

Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal

2.- Universo de trabajo:

Pacientes tratados bajo el diagnóstico de pseudoquiste pancreático en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el período del 1º. junio de 2006 al 31 de mayo de 2011.

3.- Descripción de las variables:

VARIABLE	TIPO DE MEDICION	CATEGORIZACION
Edad	Años	Cuantitativa
Genero	Masculino, Femenino	Nominal
Pancreatitis	Aguda, Crónica	Nominal
Etiología de pancreatitis	Biliar, Alcohólica, Metabólica, Fármacos, Traumatismo, Idiopática	Nominal
Tamaño del pseudoquiste	Centímetros por ultrasonido y/o tomografía	Cuantitativa
Tiempo de diagnóstico de pseudoquiste	Semanas	Cuantitativa
Localización del pseudoquiste	Cabeza, Cuerpo o Cola de Páncreas	Nominal
Dolor abdominal	Ausente, Presente	Ordinal
Distensión abdominal	Ausente, Presente	Ordinal
Náuseas	Ausente, Presente	Ordinal
Vómito	Ausente, Presente	Ordinal
Perdida ponderal	Ausente, Presente	Ordinal
Masa palpable	Ausente, Presente	Ordinal
Forma de tratamiento	Conservador, Quirúrgico	Nominal
Tiempo de seguimiento	Semanas, Meses	Ordinal
Tipo de cirugía	Cistogastroanastomosis, Cistoyeyunoanastomosis, Pancreatectomía, Necrosectomía, Drenaje Abierto	Cualitativa
Sangrado	Mililitros	Cuantitativa
Complicación por pseudoquiste	Ruptura, Sangrado, Infección, Ictericia, Hipertensión Portal	Nominal
Evolución postoperatoria	Buena, Regular, Mala	Ordinal

4.-Selección de la muestra:

a) Tamaño de la muestra: se incluirán a todos los pacientes con diagnóstico de pseudoquistes pancreáticos en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º junio 2006 al 31 de mayo del 2011.

b) Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Todo paciente internado bajo el diagnóstico de pseudoquiste pancreático en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el período del 1º de junio de 2006 al 31 de mayo de 2011.

Criterios de no inclusión:

Todo paciente cuyo diagnóstico sea distinto a pseudoquiste pancreático, aún cuando haya ingresado con éste inicialmente.

Criterios de exclusión:

Pacientes cuyos expedientes se encuentren incompletos y que impida la recolección de datos.

5.- Procedimiento:

1. Se revisaran los registros de los procedimientos realizados por el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional SXXI bajo el diagnóstico de pseudoquiste pancreático, en el periodo del 1º junio de 2006 al 31 de mayo del 2011
2. Se solicitaran los expedientes al archivo clínico de los pacientes y se revisaran para recabar los datos.

3. Se consignaran todos los datos obtenidos de los expedientes, en la hoja de recolección anexa, tales como edad, sexo, estados de comorbilidades, estudios diagnósticos, sintomatología del paciente, tratamiento empleado (conservador o quirúrgico), días de estancia hospitalaria, complicaciones del manejo quirúrgico, evolución postoperatoria o de seguimiento conservador.

6. Análisis estadístico:

Se realizara análisis estadístico con frecuencias, razones y proporciones, obtendremos media y mediana.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser un estudio retrospectivo, no será necesario consentimiento informado.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

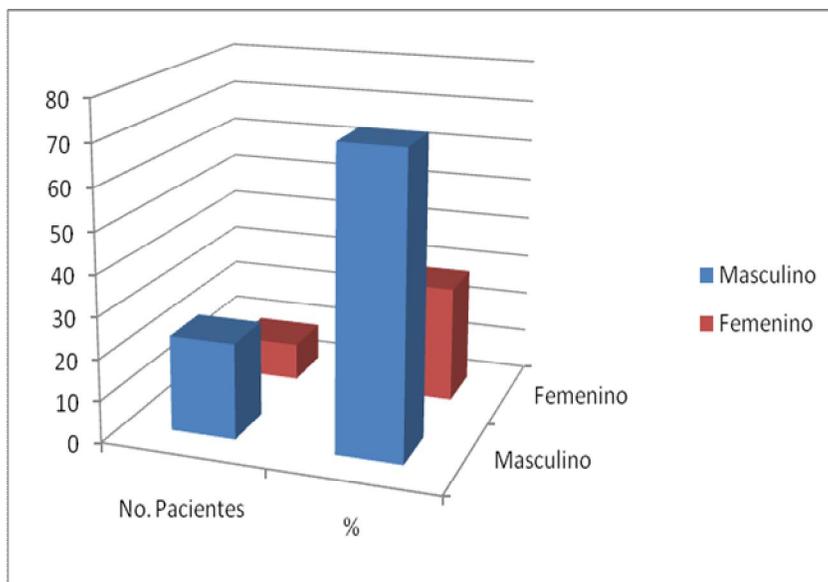
Recursos humanos: investigador y asesor

Recursos materiales: únicamente se utilizaran expedientes clínicos

Recursos financieros: no requeridos.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 54 pacientes con diagnóstico de ingreso de pseudoquiste pancreático durante el período del 1º de junio de 2006 al 31 de mayo de 2011 en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI; de estos en 13 no se encontraron sus respectivos expedientes por lo que fueron excluidos del presente estudio, así



también 9 pacientes fueron excluidos por diagnóstico final distinto al de pseudoquiste pancreático, en donde 7 fueron por absceso pancreático, uno por adenocarcinoma de páncreas, y uno en el que no se evidenció pseudoquiste pancreático en el transoperatorio a pesar de estudio tomográfico que evidenciaba éste y quien se encontraba en protocolo de trasplante; por todo esto se contó con una muestra de 32 pacientes finalmente durante el período mencionado.

Se recabaron los datos de los expedientes vaciándolos en una hoja de recolección de datos (anexo1), en la cual se incluyeron datos de edad, sexo, comorbilidades, etiología de la pancreatitis, intervalo del cuadro de pancreatitis al diagnóstico de pseudoquiste pancreático, sintomatología asociada, presencia de tumor palpable, estudios de gabinete realizados para el diagnóstico, tipo de tratamiento empleado, tipo de cirugía realizada, hallazgos transoperatorios, así como evolución postoperatoria, complicaciones, y si hubo o no recurrencia del pseudoquiste.

Del total de la muestra de pacientes se observó un claro predominio por el género masculino con un total de 23 que representa el 71.88%, contra 9 casos del género femenino representando el 28.12%; quedando con esto una relación de 2.5 a 1 entre géneros.

En cuanto a la edad encontramos un rango de edad desde los 22 a los 70 años, con una mediana de 46.5 años y media de 45.6 años, encontrándose la mayor parte de los pacientes en la 6ª década de la vida (25%).

COMORBILIDADES		
	No. Pacientes	%
Diabetes Mellitus	15	46.87
Hipertensión Arterial	11	34.37
Cardiopatía	2	6.25
Neumopatía	0	0
Hepatopatía	1	3.13
Hipotiroidismo	2	6.25
Dislipidemia	3	9.37
Dermatomiositis	1	3.13
Enfermedad Renal	1	3.13
Ninguna	13	40.62

Cabe mencionar que al ser un hospital de tercer nivel y de referencia de otras unidades médicas, se encontró que varios de ellos presentaban comorbilidades siendo las 3 principales la Diabetes Mellitus (46.87%), Hipertensión Arterial (34.37%), y la Dislipidemia (9.37%), siendo importante señalar que en 13 pacientes (40.62%) no presentaban ninguna comorbilidad, y quienes fueron enviados por no contar con recursos o la experiencia para el manejo de éste tipo de pacientes de las diversas unidades de referencia.

Con respecto a la etiología del cuadro de pancreatitis previo al desarrollo del pseudoquiste se encontró predominancia la causa biliar (56.25%), alcohólica y dislipidemia (9.37%), por fármacos (6.25%), y en un solo caso no fue especificado ya que el paciente había sido intervenido previamente por úlcera péptica perforada y en postoperatorio presentó intolerancia a la vía oral cuyo protocolo de estudio concluyó en pseudoquiste pancreático siendo la razón por la que fue enviado a nuestra unidad. Cabe mencionar en éste apartado que en un 37.5% de los pacientes se realizó el diagnóstico en un período menor de 3 meses, siendo sólo en 3 casos en el que el pseudoquiste pancreático se relaciono con cuadros de pancreatitis crónica los que se realizó posterior a un año del cuadro de pancreatitis inicial.

SIGNOS Y SINTOMAS		
	No. Pacientes	%
Dolor Abdominal	29	90.62
Fiebre	4	12.5
Náuseas	18	56.25
Vómitos	15	46.87
Plenitud Postprandial	7	21.87
Pérdida Ponderal	6	18.75
Ictericia	3	9.38
TUMOR O MASA PALPABLE		
Si	8	25
No	24	75

En cuanto al cuadro clínico observamos lo referido a la literatura el predominio de dolor abdominal, náuseas y vómitos, como se puede ver en la tabla siguiente, haciendo énfasis en la presencia de tumor o masa palpable que se observó en el 25% de los pacientes, lo cual es inferior a la literatura que menciona que llega a ser del 50%.

Para el diagnóstico de pseudoquiste pancreático se emplearon los diversos estudios de gabinete con los que contamos en la unidad, realizándose en el 100% de los pacientes la tomografía computada que fue de ayuda para determinar la localización y tamaño del pseudoquiste, seguido del ultrasonido en el 96.88% de ellos; cabiendo señalar que en 6 pacientes (18.75%) se empleo la resonancia magnética, quienes ante la duda diagnóstica o la necesidad de descartar alguna patología de origen maligno, se empleo la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y ultrasonido endoscópico en la mitad de ellos por persistir la duda y definir el diagnóstico, siendo estos en los que se presentaron con ictericia como manifestación inicial.



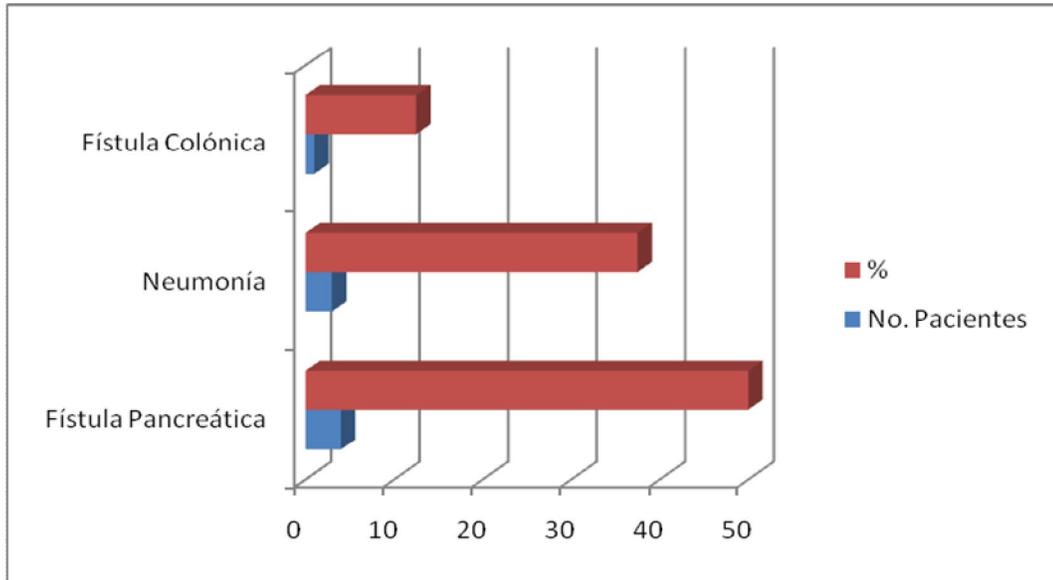
En cuanto al tratamiento que se le proporciono a los pacientes con pseudoquiste pancreático predominó el quirúrgico en 24 de ellos (75%), seguido del conservador, considerando éste a aquellos que sólo se mantuvieron en observación sin requerir de ningún procedimiento de drenaje, en 5

(15.62%), y drenaje guiado por TC y US (6.25%, con un caso de cada uno), y en uno de ellos se realizó el drenaje por vía endoscópica (3.13%), siendo en los últimos 3 pacientes esta forma de drenaje debido a las morbilidades que presentaban lo que les confería un alto riesgo quirúrgico para realizar un drenaje de tipo quirúrgico. En todos estos pacientes en los que se le realizó algún tipo de procedimiento, en 59.25% la indicación fue por intolerancia a la vía oral, seguido por dolor abdominal con un 22.22%, y en tercer lugar por ser el factor etiológico de los pacientes con ictericia que representó el 11.11%, no olvidando comentar que en un paciente fue por la presencia de fiebre persistente, y en otro más por la presencia de sangrado activo que provenía del pseudoquiste.

Cabe mencionar que en el grupo de pacientes con tratamiento quirúrgico, de los distintos procedimientos que se pueden realizar, predominó la cistoyeyunoanastomosis en Y Roux en 16 de los 24 pacientes (66.66%), y la gastroyeyunoanastomosis en Y Roux y el drenaje externo fue empleado en 4 pacientes (16.66%) cada uno, sin considerar para el tipo de procedimiento ni como indicación quirúrgica ni el tamaño ni localización del pseudoquiste, en donde más del 50% estuvo entre tamaños de 11 a 15 cm de diámetro, y predominando como lugar de origen del pseudoquiste en el cuerpo en 68.75% de los pacientes, seguido de la cabeza en 46.87%, e implicando la cola del páncreas en 15.63% de estos..

Finalmente con respecto a la evolución en el postoperatorio cabe señalar que en el 90.63% hubo mejoría significativa de la sintomatología, siendo sólo en el 9.37% mejoría parcial que se observó predominantemente en 2 de los pacientes tratados con drenaje externo y en el que se le realizó drenaje de tipo endoscópico.

Así también se consideró una adecuada evolución en el postoperatorio en el 75% de los pacientes, y el 25% restante fue de forma regular por relacionarse a la presencia de complicaciones tanto quirúrgicas como médicas. Dentro de las complicaciones quirúrgicas predominó la presencia de fístula pancreática en 2 de los que se consideró drenaje externo y los 2 de drenaje guiado por estudios de gabinete; así como fístula colónica en un paciente en el que se empleó drenaje externo. Dentro de las complicaciones médicas se presentó en 3 pacientes resultando ser neumonía relacionada a los cuidados de la salud por la estancia intrahospitalaria mayor a una semana.



Y con respecto a la recurrencia del pseudoquiste se observó en 3 pacientes de los 27 tratados por algún método, siendo: 1 paciente con drenaje guiado por ultrasonido, 1 de los que se realizó drenaje externo y uno de los que se empleó cistoyeyunoanastomosis en Y Roux, que representó el 11.11 % del total de pacientes tratados en el servicio.

DISCUSIÓN.

En el presente estudio fue realizado con el objetivo de conocer la experiencia en el tratamiento médico – quirúrgico de los pseudoquistes pancreáticos en el servicio de Gastrocirugía de nuestra unidad médica, la cual al ser un centro de referencia, se llegaron a contabilizar 54 pacientes con diagnóstico inicial, excluyéndose 22.

Como llegamos a observar se encontró un claro predominio por el género masculino en una relación de 2.5 a 1 con respecto al femenino; con un rango de edad desde los 22 a 70 años, con una mediana de 46.5 años y media de 45.6 años lo cual concuerda con la literatura médica en cuanto a grupos de edad.

Con respecto a la etiología del pseudoquiste se observó un predominio la pancreatitis biliar en 56.28% lo cual concuerda con nuestra población, y que difiere en cuanto a la literatura en la que se considera principalmente las de tipo alcohólica. Señalando a la pancreatitis crónica sólo en un mínimo de pacientes como factor relacionado para la formación de pseudoquistes lo cual no coincide con lo referido en nuestra revisión en los diversos artículos donde se menciona ser mayor.

Así también podemos observar en cuanto a la presentación clínica que predominan el dolor abdominal, náuseas y vómitos, lo cual coincide con la literatura, y siendo las principales indicaciones para considerar algún método de drenaje en los pacientes sintomáticos como se mencionan en ésta. Resaltando que aunque nuestra muestra de pacientes es pequeña, sólo en el 25% de ellos se reporto masa o tumor palpable, esto difiere con la literatura donde se menciona que se llega a presentar hasta del 50%; así como la presencia de ictericia como síntoma inicial, estando presente en 3 pacientes en los cuales posterior a un protocolo de estudio exhaustivo que consideró realizar resonancia magnética y CPRE, llegando incluso al ultrasonido endoscópico en 2 de ellos, representando el 9.38% de la muestra, cuando se menciona que es extremadamente rara que se manifieste de ésta manera.

Considerando el tipo de tratamiento empleado predominó el quirúrgico en 75% de los casos, seguido del conservador, y en una minoría el drenaje percutáneo y endoscópico, en donde no dependió del tamaño

ni de la localización del pseudoquiste, sino de la evolución clínica de los pacientes, y de las comorbilidades de éstos, ya que cuando el riesgo quirúrgico fue demasiado alto se consideraron los procedimientos de drenaje fuera de quirófano.

Es importante señalar que el procedimiento quirúrgico mayormente empleado fue la cistoyeyunoanastomosis en Y Roux en 2/3 de los pacientes, seguidos de la cistogastroanastomosis y del drenaje externo en un sexto de los pacientes.

Por último con respecto a la evolución postoperatoria fue satisfactoria, ya que se consideró buena en 75% del total de los pacientes, con resolución de la sintomatología en 90.63% de los pacientes; considerando regular la evolución cuando se presentó algún tipo de complicación donde predominó la fístula pancreática, y en uno de ellos la presencia de fístula colónica como complicaciones quirúrgicas, y presentándose la neumonía como complicación médica, ésta última relacionada principalmente por la estancia intrahospitalaria mayor a una semana. Finalmente en cuanto a la recurrencia del pseudoquiste se observó en 11.11% de los pacientes tratados por algún método, los cuales se continúan en vigilancia hasta la fecha.

CONCLUSIONES

Como se ha observado el procedimiento mayormente realizado es la cistoyeyunoanastomosis en Y Roux con una tasa de éxito mayor a 90 % en cuanto a la resolución de los síntomas y con baja tasa de complicaciones en la experiencia de nuestra unidad con respecto a éste procedimiento al ser comparada con los demás métodos de drenaje, los cuales se realizaron en menor número y con mayor número de complicaciones; señalando que aunque se trate de una muestra pequeña para ser estadísticamente significativa, podría sentar las bases para iniciar un estudio de forma prospectiva, ya que en nuestra unidad se cuenta con recursos para poder desarrollar los distintos tipos de tratamiento tanto de forma percutánea, endoscópica y quirúrgica, y así poder comparar las tasas de éxito con cada una de ellas, siendo que es un centro de referencia para este tipo de pacientes por la experiencia que se tiene en el manejo de ellos y que se puede observar en el presente estudio.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE: _____

EDAD.- _____ SEXO: MASCULINO FEMENINO NSS:- _____

COMORBILIDADES:- DIABETES HIPERTENSIÓN CARDIOPATÍA NEUMOPATÍA
HEPATOPATIA OTRA.- _____

ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS:- BILIAR ALCOHOLICA DISLIPIDEMIA
FARMACO TRAUMA OTRO: _____

TIEMPO DEL CUADRO DE PANCREATITIS:- _____

SINTOMATOLOGIA:- DOLOR ABDOMINAL DISTENSIÓN ABDOMINAL FIEBRE
NAUSEA VOMITO PLENITUD POSTPRANDIAL
PERDIDA PONDERAL OTRA:- _____

EXPLORACIÓN FÍSICA:- TUMOR O MASA PALPABLE OTRO.- _____

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y HALLAZGOS:-

ULTRASONIDO:- _____

TOMOGRAFIA:- _____

RESONANCIA MAGNETICA:- _____

CPRE:- _____

LABORATORIOS:- VALORES DE AMILASA:- _____

MANEJO CONSERVADOR

TIEMPO DE OBSERVACIÓN:- _____

MANEJO QUIRÚRGICO

INDICACIÓN DE LA CIRUGIA:- _____

TIPO DE CIRUGIA REALIZADA:- _____

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS:-

TAMAÑO:- _____ LOCALIZACIÓN:- _____

RESOLUCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA:- _____

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN EL INTERNAMIENTO:- BUENA REGULAR MALA

COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO:- _____

SEGUIMIENTO:- _____

RECURRENCIA DEL PSEUDOQUISTE:- _____

Dr. Teodoro Romero Hernández (Asesor)

Dr. Manuel García Sánchez R4CG

BIBLIOGRAFIA

1. **A clinically based classification system for acute pancreatitis:- Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis;** Bradley et al; Arch Surgery; 1993, Volumen 128; pp 586 – 590.
2. **Pancreatic Pseudocyst:- Guidelines Clinical Practice;** Samir Habashi y Peter Draganov; World Journal Gastroenterology; January 2009; Volumen 15; Número 1; pp 38-47
3. **Pancreatic Pseudocysts: a proposed classification and its management implications;** D'Edigio A, Schein; British Journal of Surgery; 1991; Volumen 78; pp 981 – 984
4. **Mastery of Surgery;** Josef Fischer; Fifth Edition; Editorial Lippincott Williams and Wilkins; Volume Two; Chapter 112; pp 1277 – 1289
5. **A Unifying Concept: Pancreatic Ductal Anatomy Both Predicts and Determines the Major Complications Resulting from Pancreatitis;** William Nealon, Manoop Bhutani, et al; Journal of American College of Surgeons; 2009; Volumen 208; pp 790 – 801.
6. **Tratado de Cirugía: Sabiston;** Townsend, Beauchamp, et al; 18a edición; ELSEVIER Saunders; Capítulo 55.
7. **Diagnostic Evaluation of Cystic Pancreatic Lesions;** Visser, Muthusamy, et al; Journal HPB Surgery; 2008; Volumen 10, pp 63 – 69.
8. **The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management;** Bradley, Clements y Gonzalez; American Journal of Surgery; 1979; Volumen 137, No. 1, pp 135 – 141.
9. **Select management of Pancreatic pseudocysts: operative versus expectant management;** Vitas GJ, Sarr MG, et al; Surgery, 1992; Volumen 111, No. 2, pp 123 – 130.
10. **Tratamiento Quirúrgico y No Quirúrgico de los Pseudoquistes Pancreáticos;** Simon Bergman y Scott Melvin; Surgical Clinical of North American; Año 2007; Volumen 87; pp 1447 – 1460
11. **Management of Pancreatic Pseudocyst;** Akihito Hiura, Katsusuke Satake, et al; Journal Hepatobiliary Pancreatic Surgery; 1994, Año 1; pp 267 – 272.
12. **Laparoscopic Drainage of Pancreatic Pseudocysts:- a Methodological Approach;** Numan Hamza y Basil Ammori; Journal Gastrointestinal Surgery; Año 2010; Volumen 14, pp 148 – 155.