

71209

2 ej 78



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

PSEUDOQUISTE DE PANCREAS
MANEJO QUIRURGICO, Y PRESENTACION
DE LA CASUISTICA DEL HOSPITAL
GENERAL 1o. DE OCTUBRE ISSSTE.

TESIS DE POSTGRADO

Presentada por el
Dr. Norberto A. Ruiz Molina

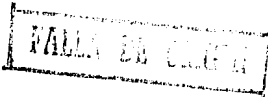
para obtener la especialidad en
CIRUGIA GENERAL



HOSPITAL GENERAL 1o.



México, D. F. Enero de 1985





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

	PAGINA
Introduccion	1
Antecedentes	13
Técnicas Quirúrgicas	30
Material y Método	49
Discusión	50
Conclusiones	58
Bibliografía	60

INTRODUCCION

Es indudable que el pseudoquistes de páncreas es el tipo más común de quiste de este órgano, con el que el cirujano se enfrenta (2). Sin embargo es importante recalcar el hecho de que a pesar de ser en más del 80% de los casos el causante de tumores quísticos, su frecuencia en general es muy baja (19), y por lo tanto el criterio para su manejo presenta una gran variedad de controversias, dando el punto de vista de observación médica hasta su resolución mediante diversos procedimientos quirúrgicos. (5)

El objetivo de esta tesis es el de analizar los diversos métodos de tratamiento quirúrgico, sus indicaciones y complicaciones, revisando la literatura, y los casos encontrados en nuestro hospital, teniendo en cuenta que es un padecimiento poco frecuente, con alta morbilidad y mortalidad y que en un futuro cercano aumentará en incidencia ya que sus factores etiológicos, la pancreatitis y la enfermedad biliar han aumentado como parte de la esperanza de vida, y el otro factor etiológico los traumatismos aumentan con la industrialización. Siendo necesario tener un criterio unificado del manejo de esta patología y las opciones adecuadas para tratar que ésta padecimiento disminuya en morbilidad y mortalidad por desconocimiento del mismo.

HISTORIA DEL PSEUDOQUISTE DE PANCREAS

Margagni fué el primero en describir un quiste de páncreas observado en una necropsia, en el año de 1761, Cleason en el año de 1842, recopiló en forma muy completa todas las publicaciones sobre la patología de los tumores pancreáticos, y esto sirvió en parte para que desde ésta fecha se iniciara una serie de clasificaciones.

La primera cirugía para tratar un quiste de páncreas fue realizada por Le Dentu en el año de 1865, el cual realizó un drenaje externo de un gran pseudoquiste, sin embargo el paciente falleció por cuadro peritoneal. Posteriormente en colaboración con Klebs drenaron un quiste con resultados fatales. (2)

La primera operación exitosa para quiste pancreático fue realizada por Bozeman en el año de 1892, el cual realizó la extirpación del quiste. (24) Gussenbauer en 1893 sugirió marsupialización, sin embargo tuvo falta de apoyo para llevar a cabo su idea. Umberdan en 1901 fué el primero en reportar un procedimiento de drenaje interno, al anastomosó un quiste de la cabeza del páncreas al duodeno, sin embargo el paciente falleció a los pocos días.

Jedlicka en el año de 1923 se convirtió en el primer cirujano en realizar una cistogastroanastomosis, para el primero en describir la técnica de la cistogastroanastomosis transgástrica fué Jurasz en el año de 1931. Esta técnica

con el peso de los años es demostrada ser segura y eficaz y es la favorita de un gran número de cirujanos.

Wahr fue el primero en utilizar una ana de yeyuno para -- anastomosisarla al pseudoquistes y él mismo se encargó de popularizar su método, el cual está también vigente en nuestros días.

ANATOMIA QUIRURGICA

El páncreas es una glándula digestiva mixta, voluminosa, lobulada, blanda, color de rosa o gris amarillento, que pesa aproximadamente 90 gramos en el adulto y que mide de 10 a 15 cms. de longitud, cruza el abdomen en sentido transversal desde la concavidad del duodeno hasta el base. Localizado en el epigástrico y en el hipocóndrico izquierdo, situado por delante de la pared abdominal posterior y detrás del peritoneo, a la altura de las vértebras L1 y L2.

(9)

Además de retroperitoneal es también retrogástrico, está oculto de la vista por el estómago, colon transverso, y ligamentos gastrocólico y gastrohepático, esto explica por qué lesiones en la glándula pueden pasar inadvertidas. Su falta de resonancia explica la poca reseccabilidad y curabilidad en caso de cáncer pancreático; por eso su resección se logra mediante procedimientos de extirpación de ganglios

y por resección en bloque, con bordes quirúrgicos expiados; ya que los ganglios linfáticos, como los colédocos, suprapancreáticos, subpilóricos, subhepáticos, mesentéricos superiores, aórticos y esplénicos drenan en el páncreas. (10)

Riego Sanguíneo Común para Duodeno y Cabeza del Páncreas.

Una de las limitaciones en cirugía pancreática es la imposibilidad para resecar la glándula sin efectuar duodenectomía, ya que las arterias pancreatoduodenales superior de recha e inferior izquierda corren en el interior de la glándula pancreática y se sacrifican por fuerza, con la consecuente necrosis isquémica del duodeno. Además, el colédoco atraviesa la cabeza del páncreas antes de entrar al duodeno, por lo que constituye otro problema para la pancreatoclectomía simple.

Hace 15 años aproximadamente se ideó la llamada pancreatoclectomía distal radical 95% para resecar todo el páncreas -- excepto un fragmento necesario para preservar las arterias pancreatoduodenales, técnica que ha resultado buena para enfermedad benigna y que no constituye tanto problema como lo es la cirugía ideada por Whipple, donde se reseca páncreas, duodeno, extremo terminal de colédoco y antro gástrico.

Cabría recalcar que en resecciones cuando se realiza pancreatoclectomía distal, se reseca el bazo ya que también se localiza

na la vascularidad del mismo. (1)

Relación Intima con Estructuras Vasculares.

El páncreas durante su trayectoria transversa, pasa por delante de la vena cava inferior, aorta y arteria y vena mesentéricas superiores, y se encuentra por delante y ligeramente por debajo de la arteria y vena esplénica. En ocasiones éstos vasos pueden sangrar y es necesario realizar resecciones pancreáticas para controlar el mismo. La hemorragia masiva sigue siendo la causa principal de muerte en lesiones que afectan al páncreas. Un problema que se observa durante la pancreatitis necrosante y los pseudquistes del páncreas es la hemorragia, que suele estar ocasionada por los vasos esplénicos o los mesentéricos superiores. (3)

Relación del Conducto Pancreático y Colédoco.

Hay numerosas variaciones en las relaciones anatómicas entre colédoco y conducto pancreático, en algunos casos cada conducto termina en el duodeno a través de papilas separadas, sin embargo en la mayoría de los casos estos conductos se comunican entre si y comparten un mismo conducto de 1 cm. o más de longitud, antes de entrar a la ampolla de Vater.

La secreción pancreática es controlada por el nervio vago, y la sensibilidad está dada por los nervios espléncicos.

Anatomía Microscópica.

Microscópicamente, el páncreas está compuesto por dos grupos de células agrupadas bien en acinos o en islotes. La función exocrina ó digestiva es llevada a cabo por células glandulares dispuestas en acinos que convergen hacia una luz central, éstas células son epiteliales en forma cilíndrica o piramidal, contienen gran cantidad de zimógeno en su citoplasma, las funciones de éstas células son las de reproducción de enzimas pancreáticas, bicarbonato, y algunos conductos intercalados entre ellas producen líquido rico en electrolitos.

La función endocrina es llevada a cabo por las células dispuestas en islotes denominados de Langerhans, éstas células son denominadas alfa cuando se encargan de la producción de glucagón, y beta cuando su producción es de insulina, existen otras llamadas delta, las cuales aún no tienen un papel bien determinado, están diseminadas en todo el páncreas calculándose su número en más de un millón de islotes.

Anatomía y relaciones del páncreas. Figuras 1 y 2.

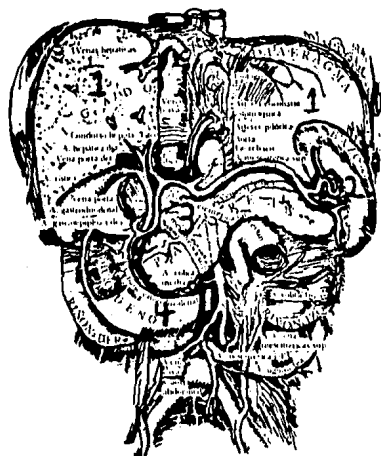
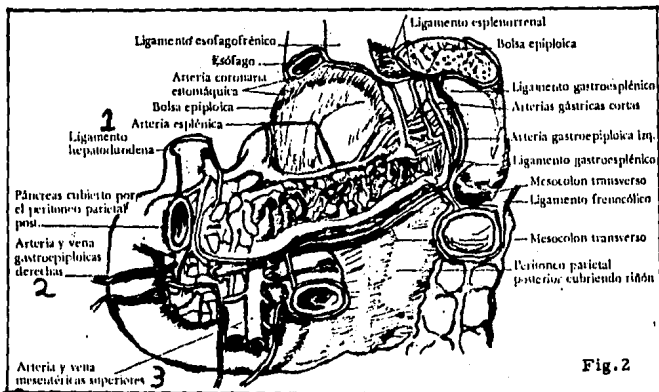


Fig 1

RELACIONES DEL PANCREAS CON OTROS ORGANOS.

- 1 Hígado
- 2 Bazo
- 3 Páncreas
- 4 Duodeno



ESTRUCTURAS VASCULARES CERCANAS AL PANCREAS.

- 1.- Arteria esplénica
- 2.- Vasos gastroepiploicos derechos
- 3.- Vasos mesentericos superiores

FIGIMICOLA PANCREATICA

El páncreas es una glándula mixta, ya que produce secreciones exócrinas y endócrinas, ambas esenciales para la vida. La mayor parte del páncreas tiene función exócrina ya que son los ácinos los que predominan, estos ácinos se encargan de la producción de enzimas necesarias para la digestión. Cada unidad acinar desemboca en un conducto pancreático, cuyo epitelio se encarga de producir agua y electrolitos.

El páncreas exócrino es una de las áreas metabólicas más activas del organismo. Una gran cantidad de sustancias proteicas se incorporan a las enzimas por medio de las células acinares. El proceso se inicia en el polo basal de la célula progresando hasta el polo apical donde las enzimas son almacenadas en forma temporal como gránulos, para posteriormente vertirse al sistema ductal. Entre estas células acinares existen diminutas hendiduras que permiten el paso retrógrado del contenido de los conductos hacia el intersticio, cuando las presiones intraductales exceden la presión normal requerida para abrir el esfínter de Oddi.

(8) De esta manera las enzimas son absorbidas por el sistema vascular y linfático. Este mecanismo es una importante fuente de enzimas para la sangre periférica. Otros autores sugieren que las células acinares secretan directamente a la corriente sanguínea, en forma similar a como lo hacen a los conductos pancreáticos.

La secreción exocrina normal está compuesta por agua, iones trópicos que incluyen sodio, potasio, calcio, magnesio, zinc, cloro, carbonato, y fosfato y una variedad de enzimas. La tripsina y la quimotripsina que se secretan como precursores inactivos: tripsinógeno y quimotripsinógeno. Estas enzimas son activadas hasta que se encuentran en la luz duodenal por la enteroquinasa, y atacan a las sustancias proteicas a diversos niveles (endopeptidasas y exopeptidasas). Las proteasas pancreáticas desdoblan a las grandes moléculas proteicas hasta simples polipéptidos, que son reducidos posteriormente por las enzimas del intestino delgado para ser absorbidas por la luz intestinal.

La lipasa se secreta como enzima activa que desdoble la grasa, la cual previamente ha sido emulsionada por la bilis, hasta resultar en ácidos grasos libres.

La amilasa es también secretada como enzima activa, la cual se encargará de desdoblar almidones complejos a las formas más simples para que éstos puedan ser absorbidos por el intestino.

En el jugo pancreático se encuentran también, una gran cantidad de otras enzimas como son la carboxipeptidasas, la leucineaminopeptidasa, y fosfolipasa A (lecitinas), las cuales son muy necesarias para convertir los alimentos complejos en sustancias químicas de fácil absorción.

La secreción pancreática varía, tanto en su volumen como en su composición y esto dependerá de una gran variedad de estímulos. De esta manera tenemos que cuando el nervio vago es estimulado se produce un jugo pancreático de escaso volumen, pero de alta concentración enzimática. En cambio, la secretina, hormona liberada como respuesta a un pH bajo o a una concentración de carbohidratos elevada en el duodeno, aumenta el volumen de la secreción pancreática con una baja concentración enzimática.

La pancreozimina se elabora también en el intestino delgado, y se libera como respuesta a las altas concentraciones de proteínas o de grasas simples. La pancreozimina produce una secreción similar a la inducida por estimulación vagal.

Se ha demostrado que otras hormonas del intestino proximal, incluyendo a la gastrina y a la colecistoquinina influyen en la secreción pancreática. Cuando el jugo pancreático alcalino (pH entre 7 y 8.5) se vierte en el duodeno, el ácido clorhídrico se neutraliza rápidamente, de esta forma el estímulo para la liberación de secretina es eliminado, y el volumen de la secreción pancreática disminuye. De esta manera se establece en condiciones normales un mecanismo de retroalimentación, mediado por un factor humoral que determina el volumen y composición del jugo pancreático en cualquier momento.

Debemos recordar por otra parte algunas cifras; el ritmo de producción o secreción de agua y electrolitos puede ser de hasta de 4 a 5 mililitros por minuto, la presión osmótica del jugo pancreático es isotónica, su pH varía desde 7 a 8.7, su densidad va desde 1.007 hasta 1.042. El anión más importante de la secreción pancreática es el bicarbonato, el cual oscila entre 25 a 170 mililitros equivalentes por litro. La suma de concentraciones de sodio y de potasio es igual a la que se encuentra en el plasma.

El componente endocrino formado por los islotes de Langerhans se distribuye por toda la glándula, la insulina es muy importante en la regulación de el metabolismo hidrocarbonado, de hecho la falta de la misma induce una serie de alteraciones en la homeostasis que llevan fácilmente a la muerte. Por otra parte el glucagon es una hormona que produce hiperglicemia e hipocalcemia.

Observaciones recientes sugieren que el páncreas en condiciones anormales puede ser la fuente productora de otras sustancias humoralis como la gastrina, y otra hormona que produce intensa diarrea.

ANTECEDENTES

Definición.- El pseudoquistes de páncreas es definido como un quiste falso, ya que un quiste es aquella estructura con cápsula propia que contiene en su interior un material líquido o semilíquido, y en el caso del pseudoquistes de páncreas, éste no tiene una cápsula de epitelio propia sino que sus paredes inicialmente están formadas por los órganos adyacentes a la glándula pancreática, permitiendo que en el saco menor se colecciona líquido bien hemorrágico o bien de material pancreático extravasado por ruptura de conductos pancreáticos o por fuga del intersticio glandular, o inclusive material necrótico. Los órganos que permiten ésto, son los que están delimitando al saco menor y son en un momento dado deformados en su anatomía por el proceso compressivo o rechazado, siendo más notorio ésto en el estómago y en el duodeno, los otros órganos que delimitan al pseudoquistes son el colon transverso, el bazo, el hígado y las vías biliares, el omento del saco menor, y el mesenterio del colon, además de la pared posterior del abdomen. Mencionábamos que inicialmente éstas estructuras son las que forman inicialmente las paredes del pseudoquistes, posteriormente y al cabo de un proceso de maduración que se ha establecido como óptimo en 7 semanas (21), el pseudoquistes consta de una cápsula formada por tejido conectivo que tendrá un espesor variable pero que en general va a ser de 3 milímetros y menor de 7. (22)

El pseudoquistes como tal, forma parte de una clasificación para tratar de englobarla dentro de una patogenia, de esta forma los quistes pancreáticos se dividen en quistes verdaderos representados por los quistes congénitos únicos o múltiples, los encontrados en la enfermedad fibroquistica y los quistes dermoides.

Los quistes verdaderos adquiridos representados por los quistes de retención, los quistes parasitarios y los neoplásicos como el cistadenoma, el cistadenocarcinoma y otras neoplasias raras.

Los pseudoquistes forman dentro de esta clasificación el grupo de los quistes falsos, sin embargo es importante -- porque es el más encontrado sobrepasando el 80% de los casos según diversos autores. (13)

F R E C U E N C I A

La frecuencia del pseudoquiste de páncreas aún es baja, -- sin embargo se ha observado que está aumentando en forma -- considerable en los últimos 10 años ya que antes se detectaban quistes de páncreas en el 0.007 por ciento de los ingresos hospitalarios en grandes hospitales de concentración como la Clínica Mayo, que en 51 años detectó 298 casos de quistes pancreáticos siendo el 80% de éstos, pseudoquistes. Y actualmente se detectan de 10 a 12 casos en estas insti-

tuciones. (22)

Actualmente se considera que en traumatismo abierto o cerrado de abdomen donde se lesiona la glándula pancreática se presentara pseudoquistes de páncreas en el 2 por ciento de estos casos.

Algunos autores como Warren y Catell, han reportado hasta un 25 por ciento de pseudoquistes en pacientes con cuadros de pancreatitis que requirieron cirugía. (2) Clayton lo reportó en el 7%. (26)

Respecto del sexo se ha encontrado cierto predominio en el sexo masculino en proporción de 3 a 2 sin lograrse determinar con acierto, la causa y solo infiriéndose que el hombre está mas expuesto a traumatismos y que es en él más frecuente la pancreatitis post etílica. (33)

Es raro encontrar casos en niños y aún más remoto en lactantes, sin embargo se han reportado casos en pacientes con 2 años de edad. La frecuencia máxima se sitúa en la quinta y sexta década de la vida, también con casos de pacientes que sobrepasan los 70 y 80 años de edad.

Respecto a su localización anatómica, se ha visto con más frecuencia su aparición en el cuerpo, cabeza y cola del páncreas en ese orden.

No se ha logrado determinar frecuencia por sexo o edad grá
gráfica ya que sus causas no están relacionadas a factores
 hereditarios.

ETIOLOGIA Y FISIOPATIA

Se ha logrado determinar en forma precisa a las causas que
 llevan a la formación de un pseudquistes de páncreas. --
 Maingot (2) describe en primer lugar a la pancreatitis --
 post etilica como la primera causa de pseudquistes, colo-
 cando en segundo lugar al traumatismo sobre la glándula -
 pancreática y como tercer factor a lesiones involuntarias
 de la glándula pancreática durante cirugía en órganos veci
nos. Ravelo (21) encontró a la pancreatitis repetitiva -
 post etilica como la primera causa de pseudquistes de pán-
 creas en el 75 por ciento de sus casos, al traumatismo con
 lesión de páncreas lo encontró en el 12 por ciento, y con
 la misma incidencia a la enfermedad biliar con obstrucción
 de los conductos pancreáticos.

Otros autores también encuentran aunque en forma por demás
 incidental, casos de pseudquistes sin factor causal apa-
 rente teniendo los que clasificar como idiospáticos. Sin-
 embargo la mayor parte de los autores están de acuerdo en
 que los factores etiológicos son; la pancreatitis repetiti-
 va post-etilica con un 60 por ciento de los casos, la en-
 fermedad biliar con obstrucción de conductos pancreáticos

con un 15 por ciento, con discretas variantes, y el trauma con un 5 a 5 por ciento de ellas. Al factor ideopático y al trauma en cirugías de órganos vecinos los consideran excepcionales o de otra forma más comprensible, la excepción que forma la regla. (14)

La formación del pseudquistc se lleva a cabo una vez que la glándula ha sido dañada, bien sea por traumatismo con la consiguiente ruptura de los conductos pancreáticos, o bien, por extravasación de los fluidos pancreáticos a través del parénquima previamente dañado por cuadros de pancreatitis.

Esta salida de material, bien sanguíneo o bien enzimático es contenida en el saco menor por la vecindad de los órganos adyacentes permitiendo la formación de una falsa cápsula de tejido conectivo que engloba a esta secreción, pudiéndose fugar este contenido al resto de la cavidad abdominal, o bien, formarse una verdadera cápsula de un grosor adecuado, (6 mm. aproximadamente), que puede evolucionar a la ruptura por aumento de su contenido o bien involucrar hasta su desaparición. (30)

El contenido del pseudquistc es líquido alcalino, con bajo peso específico, en el se encuentran células sanguíneas, albúminas, mucina, colesterol y tejido necrótico, su coloración es clara, café o gris opalescente dependiendo de la

cantidad de cada uno de sus componentes. En ocasiones se llegan a encontrar picositos considerándose al pseudociste como infectado. (19)

CUADROS CLINICOS

El pseudociste de páncreas tiene una sintomatología muy variable e inespecífica, similar a la que se puede encontrar en otras patologías abdominales, de manera que, es muy importante el realizar una historia clínica completa tratando de encontrar antecedentes de enfermedad pancreática en forma interconada. Según las diversas series de estudios, se ha encontrado el antecedente de trauma abdominal hasta en el 30% de los casos, y en el 70% de los restantes destacan los cuadros repetidos de dolor abdominal epigástrico severo que sugiere pancreatitis crónica o bien enfermedad biliar obstructiva, la cual se ha encontrado asociada a pseudociste hasta en un 60%. (17)

Es importante también saber si al paciente se le realizó cirugía abdominal previa y en forma más directa sobre la glándula pancreática.

Se ha encontrado la diabetes mellitus en forma asociada al pseudociste de páncreas hasta en un 10% de los casos, y calcificaciones intrapancreáticas en forma irregular las cuales revelan únicamente cuadros de pancreatitis crónica.

Un dato importante es el tiempo transcurrido entre el episodio último de dolor abdominal por cuadro pancreático crónico, enfermedad biliar o trauma; se ha determinado que la formación de un pseudquistc lleva alrededor de 6 a 7 semanas, (36) aunque puede dar sintomatología antes de que estén bien delimitadas sus paredes, sin embargo esta sintomatología será muy variada y estará en relación con la situación del mismo y sobre la cercanía con órganos adyacentes. En el cuadro 1 se aprecian los signos y síntomas más comúnmente encontrados y su porcentaje según diversos autores.

CUADRO 1.- Signos y síntomas más frecuentemente encontrados en los casos de pseudquistc de páncreas, - según los autores.

	Clayton (22)	Ravelo (21)	Frey (18)
Dolor	98%	80%	91%
Vómito	31%	54%	50%
Pérdida de peso	25%	25%	22%
Masa palpable	66%	60%	63%
Ascitis		25%	7%
Sangrado Tubo Digestivo.		20%	7%
Anorexia	24%		
Iluminidad	18%		
Fiebre			10%

Como podemos ver el dolor, es el síntoma más frecuente e importante, se ha descrito como de tipo transictivo intenso localizado al epigastrio y en ocasiones irradiado a el hombro izquierdo o a la espalda. Cede en forma parcial a los analgésicos comunes.

El vómito y náuseas se deben a un vaciamiento gástrico lento asociado a obstrucción duodenal y desplazamiento del estómago. La pérdida de peso es atribuible a la poca ingesta de alimentos llevando a un rechazo del mismo que ocasiona anorexia patológica.

La masa palpable es el segundo dato en importancia y será más fácil de encontrar mientras más grande sea el pseudoquistes, se han detectado pseudoquistes del tamaño de un balón de football. Estas masas son dolorosas a la palpación, semisólidas, discretamente resistentes y de crecimiento inoperado.

La fiebre generalmente se encuentra cuando el pseudoquistes se ha infectado.

Otros síntomas encontrados en forma esporádica son: Constipación, diarrea, hematemesis o melena, anemia y lipotimias relacionadas con la misma. Es por eso que el diagnóstico se realizará solo apoyado en una buena historia clínica y con el auxilio de exámenes de laboratorio y gabinete.

D I A G N O S T I C O

Es indudable que para decidir el tratamiento del pseudoquistos de páncreas, primero debemos de tener un diagnóstico preciso del mismo. Generalmente esto lo lograremos apoyando al cuadro clínico con una serie de estudios de la laboratorio y gabinete que mencionaremos a continuación.

Dentro de los estudios de laboratorio prestaremos atención a la determinación de amilasa sérica y urinaria, (amilasemia y amilosuria) los cuales se encontrarán por arriba de los valores normales en más del 60% de los casos. Aunado a esto podremos encontrar hiperglicemia hasta en un 45% de estos, además de anemia. Por otro lado deberemos de descartar enfermedad en otros órganos por lo que se hace necesario realizar estudios de función hepática y renal.

Debemos de señalar que aunque se encuentren amilasemia y amilosuria esto no indica que se tenga un caso de pseudoquisto, solo apoya al diagnóstico pues estas alteraciones se encuentran también en pancreatitis crónicas o en abscesos pancreáticos.

Dentro de los métodos de gabinete, los más usados y fieles son los siguientes; la serie esofagogastroduodenal, nos mostrará una anseada duodenal abierta, o un estómago rechazado o desplazado al frente y a la izquierda o hacia arriba, o bien una separación gastroesférica acentuada.

Las placas simples de tórax y abdomen podrán mostrar una elevación del hemidiafragma izquierdo y posiblemente calcificaciones intrapancreáticas o de la pared del pseudoquiste, aunque éste último ocurre en forma más frecuente en casos de cistadenoma de páncreas.

Por otra parte se pueden realizar estudios de colon por enema para determinar si existe o no desplazamiento del colon transverso, y una urografía excretora para descartar patología a nivel renal (quistes de riñón). Es de suma importancia la realización de colangiografía para detectar patología a nivel de vías biliares como quistes de colédoco, ya que se ha encontrado litiasis vesicular en un buen número de casos, asociada al pseudoquiste.

La ultrasonografía y la tomografía axial computada son métodos diagnósticos no invasivos altamente fidedignos con más de un 90% de certeza diagnóstica además de determinar tamaño y situación exacta de la masa estudiada.

En ocasiones es necesario realizar estudios de medicina nuclear como gammagramas hepáticos o pancreáticos y otros más invasivos como la arteriografía selectiva y la duodenoscopia. Sin embargo para fines prácticos, con la serie esofagogastroduodenal, el ultrasonido y algún otro método diagnóstico se logra un 90% de certeza.

El diagnóstico diferencial se realiza con las patologías enumeradas a continuación: Abscesos hepáticos amebianos, -- quistes parasitarios o no parasitarios del hígado, piócoelgistas, hidrocoelocistos, colecistitis crónica litiasica, quistes de colédoco, quistes renales, quistes mesentéricos, quistes del bazo, algunos quistes del ovario, tumores retroperitoneales y cistadenocarcinomas ó cistadenomas de páncreas, siendo esta última patología con la que más frecuentemente se confunde.

E V O L U C I O N

Es indudable que al tener un diagnóstico sugrativo de -- pseudoquiste de páncreas, el criterio más aceptable es el de esperar un máximo de 6 a 7 semanas para determinar si el caso es tributario de cirugía, siempre y cuando las condiciones del enfermo lo permitan, ya que de no ser posible se tendrá que intervenir antes para evitar complicaciones mayores y aún la muerte teniendo en cuenta, que -- los padecimientos con los que se tiene que hacer el diagnóstico diferencial son también candidatos a cirugía en forma mediata o inmediata. (35)

Si tenemos la certeza de que estamos con un caso de pseudoquiste de páncreas el cual involucra complicaciones, -- es indudable que tendremos que intervenir aún cuando su --

concluir se pueda ser llevada a cabo en la forma en que deseáramos, y es que se ha enfatizado en que un pseudoquistes de páncreas tiene partes susceptibles de ser manejadas y amastrosadas después de 6 semanas de evolución, y no antes, en cuyos casos lo más que se puede hacer es tratar de realizar un adecuado drenaje externo. (18)

Se ha observado también en diversas casuísticas, que cuando un pseudoquistes evoluciona después de 7 semanas sin ser drenado, las complicaciones y la morbilidad y mortalidad aumentan en forma alarmante respecto a las morbimortalidad que tendríamos con la cirugía del mismo. Y si bien es cierto que de la primera a la sexta semana de evolución de un pseudoquistes, éste puede involucrar en una buena proporción de casos que oscila entre un 10 a 15%, cuando se observa de 7 a 12 semanas solo uno de 13 pseudoquistes evolucionará a la desaparición del mismo y con un alto riesgo de complicaciones para el paciente, ya que la morbilidad sin cirugía es de más de un 45% y la mortalidad de hasta 40%; mientras que con cirugía, la mortalidad más alta es de 3.6%.

Las complicaciones del pseudoquistes cuando éste no ha sido tratado aún en forma quirúrgica son múltiples, y afectan a una gran cantidad de órganos y más aún a la homeostasis del organismo llevándole a la muerte.

Las complicaciones inherentes al mismo pseudoquistes son: Ruptura con peritonitis, la formación de abscesos purulentos crónicos e intraabdominales, fístulas pancreáticas e intestinales y hemorragias masivas por las erosiones de vasos esplénicos principalmente o de algún otro vaso de gran calibre. Además por su cercanía con otros órganos puede ocasionar oclusión intestinal, obstrucción biliar e inclusive perforación de colon.

CRITERIOS QUIRURGICOS

Es indudable que el criterio para operar un pseudoquiste será de la existencia del mismo, sin evidencia de remisión después de un periodo de observación de 6 a 7 semanas, y teniendo en cuenta la morbimortalidad existente en caso de no proceder a la intervención; sin embargo no solo la evolución del pseudoquiste y su presencia son indicaciones de cirugía, existen otros factores que nos harán efectuar la operación aún en forma temprana, y éstos factores son según Frey y colaboradores (18) la presencia de pseudocaneurismas por la cercanía de la pared de pseudoquiste con vasos sanguíneos, la compresión del duodeno que ocasione cuadros de oclusión intestinal alta o bien de obstrucción biliar con colangitis, la presencia de múltiples quistes en la glándula pancreática, además de compresión del conducto pancreático común que nos lleva a cuadros de pancrea-

titis, agregada la misma pancreatitis crónica, e inclusive datos de hipertensión portal, bloques de las venas mesentéricas, esplénicas, o la misma vena porta. (20)

Por estas causas no debemos estar esperando únicamente -- que se cumplan seis semanas de observación de un pseudoquistes, sino estar atentos a sus complicaciones y a otras que nos obliguen a intervenir aún en forma temprana. Por otro lado es importante el tener en cuenta que ya se han logrado drenar pseudoquistes mediante punción abdominal dirigida por ultrasonido y esta técnica se realizará en pacientes con altos riesgos quirúrgicos con pseudoquistes cercanos a la pared abdominal, con paredes delgadas y ante la inminencia de ruptura. (15) Sin embargo este último método aún no alcanza la debida difusión y solo es factible de realizarse en grandes centros hospitalarios que cuentan no solo con personal experto en ultrasonido, sino con todo el equipo adecuado.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Posterior a la cirugía de un pseudoquiste de páncreas se esperan una gran variedad de complicaciones inherentes al acto quirúrgico en sí y al estado general del paciente, - esta serie de complicaciones van desde la infección de la herida, hasta la muerte y esto está en relación directa - con un adecuado criterio durante el transoperatorio, y a

una vigilancia estrecha después del acto quirúrgico. El Dr. Clayton (26), cuenta con una de las mayores experiencias en manejo del pseudoquistes de páncreas y nos muestra en el cuadro 2, las complicaciones ocurridas en 112 pacientes que está muy de acuerdo con otras estadísticas y si tiene variaciones en ellas, es en el número de casos - mas no en les mismas, por eso la usamos para ejemplificar las.

CUADRO 2.- Complicaciones Post operatorias en cirugía de pseudoquistes de páncreas.

Neumonía
Absceso intra abdominal
Sangrado de TD alto
Septisemia
Infección de la herida
Pancreatitis
Diabetes
Fístula Pancreática
Derrame pleural
Insuficiencia Respiratoria
Obstrucción intestinal
Insuficiencia Pancreática
Dehiscencia de heridas
Tambor pulmonar
Dehiscencia de la anastomosis
Fístula gastrointestinal
Colangitis
Perforación gástrica
Hernia incisional.

Por otro lado, el Dr. Frey (10) en un análisis de 131 casos de pseudoquistes de páncreas, nos muestra en el cua-

de 3, complicaciones del pseudoquistes que requirieron cirugía inmediata, y como factor complicaciones llevaron a una segunda cirugía a estos mismos pacientes. Siendo un 15% de los casos de pseudoquistes los que requirieron cirugía de urgencia, pero de los pacientes ya operados se presentaron complicaciones que requirieron reintervención en un 37% de ellos, un índice muy alto que sin embargo -- nos pone alertas sobre lo difícil que es el manejo de esta entidad.

CUADRO 3.- Complicaciones que requirieron intervención.

	Operación inicial 120 pacientes 120 operaciones No. de pacientes	reoperación 40 pacientes 45 operaciones No. de pacientes
Hemorragia	6	1
Peritonitis + hemorragia	2	0
Abscesos	6	12
Obstrucción del conducto pancreático.	2	0
Obstrucción Intestinal	1	0
Necrosis de colon	1	0
Hemorragia del conducto pancreático.	0	1
Fistula colónica	<u>0</u>	<u>1</u>
	18(15%)	15(37%)

El mismo autor (18) nos revela una mortalidad del 8.3% - (10 casos) durante la cirugía, 3 de estos casos no atribuyen al acto quirúrgico.

De los casos anteriores se registraron 16 muertes de 6 a 14 meses después de la cirugía, todas siendo atribuidas, a complicaciones de la misma, o por pancreatitis recidivante.

Es importante recalcar que además, las complicaciones aparecerán dependiendo del tipo de cirugía que se realizó, y también existirá la recurrencia del pseudociste, en términos generales las complicaciones serán más frecuentes en casos en los cuales se hacen anastomosis intestinales, como en la cystoduodenopancreaticostomía, en la cystojejunoanastomosis o la cystogastricanastomosis, pero las recurrencias se presentan en un alto porcentaje en los casos sujetos a drenaje externo. (25)

TECNICAS QUIRURGICAS

Una vez que el pseudoquistes de páncreas ha sido observado - por un período de 6 a 7 semanas sin que se logre su resolución espontánea y sin que se encuentre el paciente en peligro de realizar complicaciones serias, se procederá a planear el tipo de cirugía que más convenga al caso.

El tipo de cirugía dependerá del tamaño, situación y estado general del paciente, siete tipos de tratamiento quirúrgico son posibles y uno no quirúrgico (la punción). Cuadro 4.

CUADRO 4.

1. Drenaje externo.
2. Marsupialización.
3. Drenaje interno: (Cistogastroanastomosis, cistoyeyunoanastomosis y citoduodenostomia).
4. Escisión.
5. Resección de la cola y cuerpo del páncreas con esplenectomia.
6. Resección pancreático duodenal. (Cp. Whipple)
7. Esfinterotomía transduodenal combinada con el paso de catéter de silastic por el conducto pancreático hasta el pseudoquistes.
8. Punción percutánea del pseudoquistes guiada por ultrasonido.

1.- Drenaje externo.- Esta técnica está indicada en aquellos casos en los cuales las paredes del pseudoquiste no están maduras como para soportar la tensión de las suturas de una anastomosis, en casos de pseudoquistes infectados, o en pacientes en quienes sus condiciones generales son muy malas; es un método rápido, simple y afectivo, la pared del pseudoquiste es incidida, se aspira su contenido y se coloca una sonda tipo Nelaton de buen calibre (No. 30 ó más). Sin embargo, está asociada a un alto número de recidivas y cuadro de dolor recurrente, por realizarse en pacientes infectados o en malas condiciones generales, tiene una alta mortalidad operatoria asociándose a su morbilidad la presencia frecuente de hemorragia.

En la serie de Frey (18) se reporta una mortalidad del 28% y una morbilidad del 50% con recurrencias de hasta el 36%.

Otras series muestran datos similares si bien no marcan su número de recurrencias.

2.- Marsupialización.- Esta técnica ha dejado de usarse, - en principio consiste en abrir la cavidad del pseudoquiste, aspirar su contenido introducir una sonda de Fezzer, Malecot o Foley gruesa, y cerrar la pared del pseudoquiste alrededor de la sonda con seda con una serie de puntos separados. Sus complicaciones y recurrencia son similares a las que se encuentran con la técnica de drenaje simple, sin embargo si -

encontramos paredes susceptibles de colocar puntos de sutura lo ideal es realizar una derivación interna.

3.- Drenaje Interno.- Durante los últimos 50 años, el drenaje interno del pseudoquiste al tracto gastrointestinal se ha incrementado y es actualmente la cirugía más efectuada para el tratamiento de ésta entidad, ya que permite un control definitivo del padecimiento, se puede utilizar para la derivación el segmento intestinal más cercano al pseudoquiste siendo usado el segmento que más prefiera el cirujano, sin embargo la anastomosis a duodeno tiende a ser abandonada incrementándose el uso de asa de yeyuno desfuncionalizada o bien la pared del estómago, analizaremos cada una de las técnicas por separado.

Drenaje interno por cistogastroanastomosis transgástrica.- Este es el método más favorecido por varios autores como Maingot, Judd, Hillis, Warren, Imrie y otros más. Está especialmente indicado para grandes pseudoquistes, que se encuentran en situaciones altas, o están adheridos fuertemente a la pared posterior del estómago, otras indicaciones son datos de hipertensión portal, o la falta de asociación del pseudoquiste con cuadros de pancreatitis. Debemos recalcar que este método se podrá realizar en pseudoquistes con paredes maduras. (34)

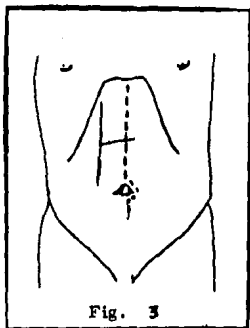
La complicación más frecuente de esta técnica quirúrgica es la hemorragia gastrointestinal, seguida por cuadros de suboclusión, y esto se debe a que puedan quedar vasos en la pared del pseudoquiste susceptibles de sangrar por irritación del contenido gástrico. En general se considera que esta técnica tiene una mortalidad de 8.6%, por estas causas a una o separadas de otras en menor frecuencia, con una morbilidad del 29% y recurrencia del 8.5%. (18) Otros autores - tiene mejores resultados con una mortalidad de solo 1.3% - con un alto porcentaje de curación (26), sin embargo confiamos más a los primeros datos por ser de una serie de casos más grande.

La técnica quirúrgica es relativamente sencilla y rápida, - una vez que se ha abordado el abdomen bien sea por incisión de la pared abdominal en la línea media en forma vertical, o por medio de incisión subcostal bilateral, se procederá a la revisión de los órganos intraabdominales para delimitar situación, tamaño del pseudoquiste y encontrar si es que -- existen, otras patologías asociadas o no al pseudoquiste.

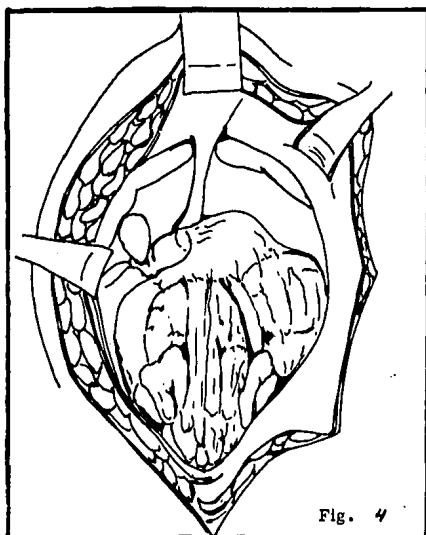
Posteriormente se procederá a incidir el estómago en su cara anterior, se localizará el sitio donde esté adosada la pared del pseudoquiste al estómago en su pared posterior, - se introducirá un trocar y se aspirará el contenido del pseudoquiste, se procederá posteriormente a retirar el trocar,

se incidirá la pared posterior del estómago junto con la pared del pseudoquiste, en aproximadamente 3 a 5 cms. de longitud y se enviará un pequeño fragmento de tejido a estudio transoperatorio ya que se debe descartar un cystadenoma o un cystadenocarcinoma, una vez realizado ésto, se procederá a anastomosar las paredes del pseudoquiste y la pared posterior del estómago en un plano con seda 00 puntos de surgen te continuo, se revisará el interior del pseudoquiste, se pondrán puntos de hemostasia en vasos sangrantes, posteriormente se procederá a cerrar la pared gástrica anterior con catgut crómico 00 en el plano mucoso con sutura tipo Connell, y un segundo plano seromuscular con seda 000 puntos tipo -- Lambert. Algunos cirujanos dejan en forma rutinaria una -- gastrostomía que será del tipo Stamm. La pared abdominal se cerrará en la forma habitual. Figuras 3 a la 8. Generalmente el período de recuperación post operatoria es de cerca de 10 días, en caso de no presentarse complicaciones. (11)

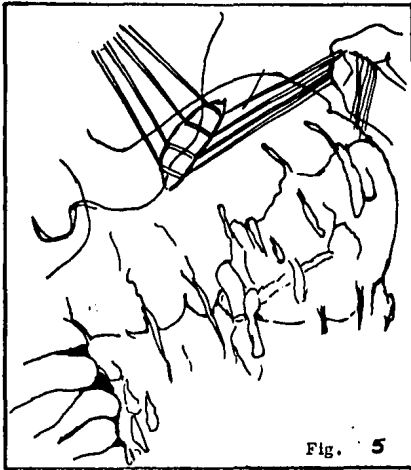
Drenaje Interno por cistoyeyunoanastomosis.- Este método de derivación interna se utilizará cuando el pseudoquiste de páncreas no es susceptible de extirpación, o cuando las paredes gástricas están lejanas, otra indicación será la -- persistencia de cuadros de pancreatitis, y por supuesto el tener pared susceptible de poder anastomosarse; es mas laboriosa ya que implica dos anastomosis intestinales.



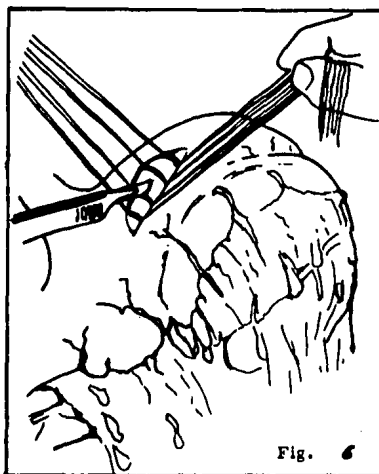
INCISIONES EN LA PARED ABDOMINAL.
SUBCOSTAL BILATERAL.
MEDIA SUPRA E INFRA UMBILICAL.
PARARECTAL DERECHA .



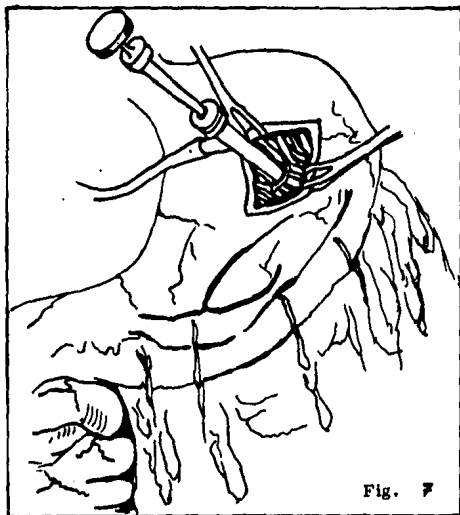
PSEUDOQUISTE DE PANCREAS Y SU RELACION
CON LOS ORGANOS INTRA ABDOMINALES.



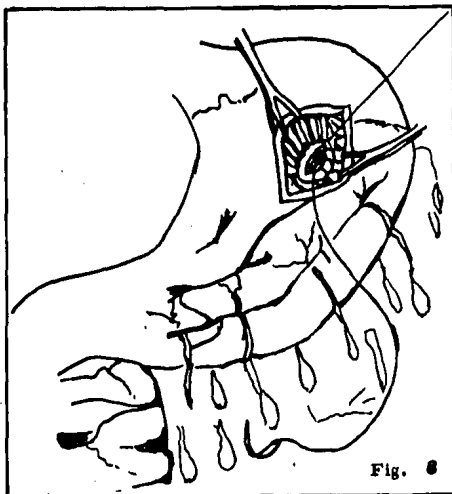
CISTOGASTROANASTOMOSIS, INCISION EN LA
PARED GASTRICA ANTERIOR.
SEROMUSCULAR.



CISTOGASTROANASTOMOSIS, INCISION
EN LA MUCOSA DE LA PARED GÁSTRICA.



CISTOGASTROANASTOMOSIS, PUNCIÓN DE LA
PARED GÁSTRICA POSTERIOR.



CISTOGASTROANASTOMOSIS.

SUTURA DE LA PARED GÁSTRICA POSTERIOR A

LA PARED DEL PSEUDOQUISTE DE PANCREAS.

Clayton (26) encontró una mortalidad para este tipo de cirugía de un 7.7%, con una morbilidad de 46% y un 11% de recurrencia, sin embargo Frey (28) encontró mucha mayor mortalidad principalmente por dehiscencia de las anastomosis intestinales.

La técnica quirúrgica puede ser realizada en forma antecólica o retrocólica empleando la técnica de Y de Roux, anastomosando el pseudoquiste al asa de yeyuno distal y posteriormente realizando una enteroanastomosis.

Una vez que se ha revisado la cavidad abdominal y se ha optado por ésta técnica, se procede a seccionar el yeyuno a unos 20 a 30 cms. de el ángulo de Treitz, el asa distal es subida para anastomosarse a la pared del pseudoquiste en el sitio más declive del mismo bien sea en forma antecólica o retrocólica, la anastomosis se deberá de realizar de preferencia en dos planos para disminuir la tensión en las líneas de sutura empleando seda COO, con puntos Lambert para el plano posterior, posteriormente un plano de pared del pseudoquiste ya abierto a la mucosa intestinal, con catgut crómico COO, y un segundo plano ya anterior de seda COO de la pared del pseudoquiste a seromuscular del asa intestinal.

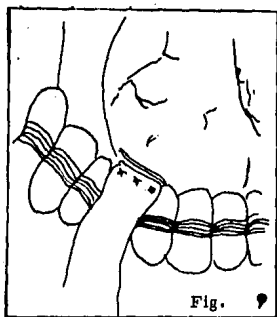
Posteriormente se deberá realizar una anastomosis yeyuno - yeyuno, entre el asa proximal con la porción descendente del asa distal también en dos planos. El mesenterio deberá ce-

rrarse con puntos de catgut para evitar riesgo de hernias - internas.

Es preferible no dejar canalizaciones, el cierre de la pared abdominal se realizará en forma habitual. El tiempo de recuperación post operatoria es similar al de la cistogastroanastomosis. Figuras 9 a la 10.

Drenaje Interno por cistoduodencanastomosis.- Este procedimiento está indicado en casos de pseudoquistes muy grandes de la cabeza del páncreas o de el proceso uncinado, sin -- embargo se está abandonando debido a su alta morbimortalidad que es de más del 40%, principalmente por dehiscencia de -- anastomosis que llevan a cuadros de peritonitis severas o a fistulas duodenales de alto gasto, siendo reemplazada por -- la cistoyeyunoanastomosis. Además, si se hace en forma -- transduodenal se corre el riesgo de lesionar tejido pancreá tico, circulación de la cabeza del páncreas y duodeno, o le siones de colédoco, con riesgo de hemorragia en más del 40% de los casos. (2)

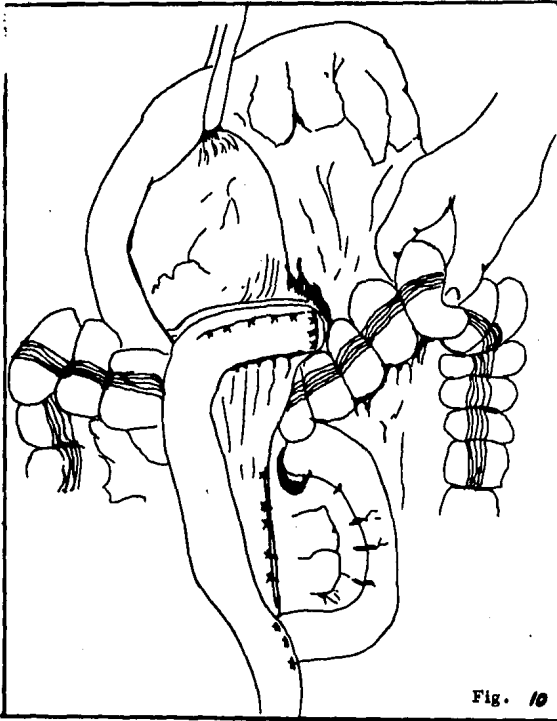
La técnica consiste en localizar el pseudoquiste, incidir - la pared duodenal en forma vertical en unos 4 cms. de longi tud, realizar una punción a través de la pared posterior del duodeno, extraer el contenido del pseudoquiste y posterior- mente incidir la pared duodenal posterior unos 2 cms. en - sentido longitudinal, se realiza una sutura de seda 00 de -



CISTOYEYUNOANASTOMOSIS.

YEYUNO ANASTOMOSADO EN FORMA TERMINAL

A LA PARED DEL PSEUDOCISTO.



CISTOPYUNCANASTOMOSIS.
YESYUNG ANASTOMOSADO EN FORMA LATERAL
A LA PARED DEL PSEUDOGUISOYU.

duodeno posterior con la pared del pseudoquiste, el cierre del duodeno se hace en dos planos técnica ya descrita, lo mismo que el cierre de la pared abdominal.

4.- Resección del pseudoquiste del páncreas.- La escisión - estará indicada cuando se trata de pseudoquistes pequeños, no se encuentren datos de inflamación local o generalizada y éstos se localicen en la cola del páncreas con posibilidad de poder ligar el conducto pancreático.

La resección del pseudoquiste es realizada mediante resección de la cola del páncreas e incidiendo únicamente el pseudoquiste. Tiene una mortalidad baja, con una morbilidad del 25% aproximadamente, sin embargo se ha dilucidado que en pseudoquistes tan pequeños, lo ideal sería no intervenirlos ya que probablemente su resolución será espontánea.

5.- Resección de la cola y cuerpo del páncreas con esplenectomía.- Esta técnica se indica cuando la pared del pseudoquiste involucra al bazo o a los vasos esplénicos, es segura con baja mortalidad y exenta de recurrencias. Se deberá primeramente aspirar el contenido del pseudoquiste y posteriormente realizar resección en bloque con cuidadosa ligadura de los vasos esplénicos y del conducto pancreático. En el postoperatorio se pueden presentar fistulas pancreáticas persistentes si no se realizó una ligadura correcta del conducto pancreático principal.

6.- Resección pancreático duodenal ó operación de Whipple.- Esta técnica ya no se usa, se tenía en mente en casos de pseudoquistes de páncreas que involucraban a la cabeza y proceso uncinado, sin embargo se ha abandonado por su alta mortalidad y sus complicaciones post operatorias, dejándose únicamente como indicación en casos de cistadenocarcinomas. (4)

7.- Esfinterotomía transduodenal.- La esfinterotomía transduodenal no se realiza, hace tiempo Warren y colaboradores la efectuaron para pseudoquistes de tamaño pequeño que se comunicaban al conducto pancreático principal, de ésta manera a través de la esfinterotomía se introducía un catéter de silástico o polietileno llegando al sitio del pseudoquiste el cual se drenaba, sin embargo se debía de dejar en el conducto pancreático llegando hasta la tercera porción del duodeno. Se abandonó esta técnica debido a que se dejaba un cuerpo extraño, a la posibilidad de obstruir la vía biliar, y porque éste catéter es de muy difícil obtención.

8.- Función percutánea del pseudoquiste guiada por ultrasonido.- Este método es relativamente nuevo, el ultrasonido se ha usado para fines diagnósticos y terapéuticos en casos de abscesos hepáticos o en quistes de tiroides ó de mama, recientemente Hencke y colaboradores (15) iniciaron el tratamiento de pseudoquistes de páncreas mediante la punción de

los mismos guiada por ultrasonido obteniéndose excelentes resultados ya que de 15 casos solo tuvieron una complicación, la formación de un hematoma en la cavidad abdominal que requirió cirugía de urgencia, y los 14 casos restantes no tuvieron morbilidad, si bien se ha de recalcar el hecho de que la mayor parte de los pacientes tuvieron recurrencia a los pocos meses, solo dos de ellos involucionaron, los casos que recurrieron sin embargo tuvieron paredes gruesas -- que permitieron facilidad de anastomosis en el momento de la cirugía.

MATERIAL Y METODO

En el Hospital General 1o. de Octubre ISSSTE, se han presentado anualmente un promedio de 365 cuadros de pancreatitis post-etiica, además de 1 a 2 cuadros de pancreatitis post traumática, y alrededor de 500 casos de patología de vías biliares; todos éstos padecimientos han tenido un incremento en los dos últimos años, probablemente por la mayor cobertura del hospital en lo que a número de pacientes se refiere. El diagnóstico de pseudoquiste de páncreas se ha sospechado en muchos de éstos casos, en ocasiones sin llegar a fundamentarse y en otros, los pacientes evolucionaban al absceso pancreático.

El diagnóstico es difícil de establecer, ya que ningún método de estudio, laboratorio y gabinete aseguran en forma definitiva el diagnóstico, el cual siempre será sugerido como fuerte posibilidad. De ésta forma, se han intervenido a 12 pacientes en el hospital en los últimos ocho años, (1977-1984) con diagnóstico presuntivo de pseudoquiste de páncreas, encontrándose el mismo, solo en cuatro ocasiones, observándose en los otros pacientes patología de otros órganos --- susceptibles de confusión, como lo fueron dos casos de --- abscesos hepáticos del lóbulo izquierdo, dos pacientes con cistoadenocarcinoma de páncreas, dos pacientes con quistes renales, un caso de tumor retroperitoneal y otro con cáncer de colon transversal. Por lo tanto concluimos que en nues--

tro hospital la certeza diagnóstica ha sido de solo el 33.3 de los casos, muy por debajo de la encontrada por otros autores los cuales únicamente se apoyaron en series esofagografías, ultrasonografías y en ocasiones con arteriografías.

Por otro lado, tuvimos a un paciente con diagnóstico de -- pseudoquiste de páncreas comprobado por medio de serie esofagogastroduodenal, ultrasonografía, tomografía axial computada de abdomen, colesistografía, y arteriografía selectiva, el cual evolucionó a la resolución espontánea en menos de 12 semanas de evolución controlada.

El último paciente de nuestra serie de seis, fue un hallazgo transoperatorio, ya que el caso se trataba de una colecistitis aguda litiasica con litiasis de cólecoco que fue tratado en forma inicial médicamente y al cual ya no se le investigó otra problemática intraabdominal, pasando inadvertido el pseudoquiste hasta el momento de la cirugía.

Es de llamar la atención el hecho de que los seis casos de pseudoquiste encontrados en nuestro hospital se han presentado del año de 1980 hasta éste año (1984) siendo sospechados en los cuatro años anteriores sin que se tuviera certeza diagnóstica. De estos seis casos, cinco han requerido resolución quirúrgica. Siendo éste número nuestro universo de investigación.

DISCUSION

El cuadro No. 5 nos presenta la edad, el sexo, la etiología, la localización del pseudoquistes, y los casos que requirieron de cirugía en nuestro hospital.

CUADRO NUMERO 5

EDAD	SEXO	ETIOLOGIA	LOCALIZACION	CIRUGIA
61	Fem	?	Cola del Páncreas	Si
47	Masc.	Pancreatitis	Cuerpo Páncreas	No
55	Masc.	Pancreatitis	Cuerpo Páncreas	Si
30	Masc.	Pancreatitis	Cuerpo Páncreas	Si
46	Masc.	Enf. Biliar	Cabeza Páncreas	Si
22	Masc.	Pancreatitis	Cola del Páncreas	Si

En nuestra serie, la relación de sexo encontrada fue de 5 a 1, siendo más afectado el sexo masculino, mucho más alta que la encontrada en la literatura, que nos reporta una relación de 3 a 2.

Respecto a la edad, el caso más joven fue de 22 años, y el más viejo de 61 años, con una media de edad de 43 años situando la frecuencia en la quinta década de la vida.

La localización anatómica del pseudoquistes fue variada, en tres casos se localizó al cuerpo de la glándula, en dos en la cola, y otro en la cabeza de este órgano.

Su etiología fue de causa biliar en un caso 16.6%, de causa no determinada en otro caso 16.6% y de etiología secundaria a pancreatitis post etílica en cuatro pacientes para un 66% de porcentaje.

La sintomatología presentada fue variada e inespecífica y el cuadro número 6 nos muestra los signos y síntomas clínicos encontrados y su porcentaje.

CUADRO NUMERO 6.

SINTOMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Dolor	6	100%
Vómito	2	33%
Pérdida de peso	6	100%
Fiebre	3	50%
Masa palpable	3	50%
Lumbalgia	1	16.6%
Ileoperaltico	1	16.6%

En ninguno de ellos se llegó a reportar sangrado de tubo digestivo.

Por otra parte, encontramos enfermedades de resolución quirúrgica asociadas al pseudoquistes de páncreas en el 33% de los casos que se resolvieron en el mismo tiempo quirúrgico, y enfermedades que requirieron control médico periódico en el 33%, como lo muestra el cuadro número 7.

CUADRO NUMERO 7.

ENFERMEDADES ASOCIADAS	PORCENTAJE
Colesistitis litíasea	(2) 33%
Diabetes mellitus	(1) 16.6%
Hipertensión arterial	(1) 16.6%

El tiempo de evolución del pseudoquistes de páncreas fué de 4 semanas para el de menor vigilancia y hasta de 12 semanas para el que se intervino más tardíamente. Con una media para el tiempo de evolución de 8 semanas. Una semana por arriba del tiempo de cirugía ideal según la experiencia de otros autores.

Recalcando que en todos los casos las paredes del pseudoquistes tenían un grosor mayor de 4 mm. siendo todos susceptibles para realizar una buena anastomosis.

El diagnóstico se sospechó en 5 de los 6 casos siendo en uno de ellos hallazgo transoperatorio durante la realización de una colesistectomía con exploración de vías biliares. El cuadro número 9 nos muestra la relación de los estudios de gabinete realizados en estos casos.

CUADRO NÚMERO 9.

	Número de casos
Rx de abdomen	6
Serie EGD	5
Ultrasonografía	4
TAC de abdomen	3
Colesistografía	2
Gonagrafía de páncreas	1
Arteriografía selectiva (Tronco celíaco)	1
Urografía excretora	1

Podemos apreciar que la serie esofagogastroduodenal se realizó en los 5 casos de pseudoquistes diagnosticados, la ultrasonografía a 4 de los mismos y a tres de los realizó tomografía axial computada de abdomen, de ahí la certeza diagnóstica en estos casos. La colesistografía se efectuó

en el caso no diagnosticado y esta pudo influir en la falta de diagnóstico, ya que el resto de estudios se omitieron.

Por otra parte el laboratorio, no ayudó para orientar el diagnóstico, ya que solo encontramos amilazemia y amilazuria en un caso.

La evolución de los pacientes fue satisfactoria en el 100%; el paciente no sometido a cirugía no tuvo recurrencia del pseudquist, los 4 pacientes con diagnóstico previo a la cirugía se operaron entre la 4a. y la 12a. semana de evolución, y el paciente sometido a cirugía por enfermedad biliar y el cual se le encontró el pseudquist como hallazgo como también evolucionó en forma satisfactoria, ninguna de estos pacientes tuvo recurrencia del pseudquist.

La mortalidad operatoria y postoperatoria fue de cero, la morbilidad operatoria también fue de cero, pero un paciente requirió reintervención a los 7 días del postoperatorio por presentar sangrado del tubo digestivo alto que procedía de alguna vascula de la pared del pseudquist, para evolucionar posteriormente en forma satisfactoria y otro paciente presentó fiebre como febril que se atribuyó a sepsis, evolucionando también a la cirugía para darnos un porcentaje de morbilidad postoperatoria del 33%.

El pseudoquiste más pequeño fue de 10 cm. de diámetro y el más grande de 30 cm., todos con paredes susceptibles de anastomosarse, y el caso en el que se realizó la resección del pseudoquiste, su pared se encontraba calcificada.

El tiempo de vigilancia posterior a la cirugía ha sido de 2 meses, hasta los 3 y medio años, la estancia hospitalaria de nuestros pacientes va desde solamente 6 días de postoperatorio hasta los 47 días en el caso que presentó fiebre por sepsis.

Cuatro de los pacientes iniciaron la vía oral al cuarto día del postoperatorio, otro al quinto día y solo uno requirió apoyo nutricional con alimentación parenteral durante diez días.

La técnica operatoria elegida varió según el caso; un paciente requirió escisión por estar calcificado y encontrarse en la cola del páncreas. Dos pseudoquistes del cuerpo del páncreas fueron anastomosados a la pared gástrica posterior, y dos más, uno de la cabeza y otro de la cola del páncreas fueron sometidos a cisteyunocanastomosis; en tres pacientes se realizó cirugía agregada, una gastrostomía en una cistogastrocanastomosis, en otro caso colesistectomía - gastrostomía y cistogastrocanastomosis y en otro, colesistectomía, exploración de la vía biliar y cisteyunocanastomosis. El tiempo quirúrgico más breve fue de 1:50 horas,

y el más prolongada por cirugía accesoría fue de 4:30 horas, motivo que no hizo variar la morbilidad.

Las otras técnicas quirúrgicas no son usadas en nuestro hospital para casos de pseudoquistes, el drenaje externo se usa solo en caso de abscesos pancreáticos, la punción guiada por ultrasonografía no es factible de realizarse en nuestro hospital, y las otras técnicas han sido abandonadas por su alta morbimortalidad. Ver cuadro número 4.

RESULTADOS

En el Hospital General 1o. de Octubre ISSSTE de la Ciudad de México, se han presentado 5 casos de pseudoquiste de páncreas. En los dos últimos años se han presentado 4 a diferencia de los años setentas, cuando no se reportó ninguno. Por lo que apreciamos un incremento paulatino de la entidad en nuestra población.

Nuestros casos tienen gran similitud con los reportados por la literatura, los métodos diagnósticos empleados los mismos. Las técnicas quirúrgicas empleadas en nuestro hospital fueron drenaje interno tipo cistogastrocineastomosis y cistocuncinostomosis, además de resección del quiste, técnicas que han demostrado eficacia y seguridad y baja recidiva.

Nuestra experiencia es poca, sin embargo nuestros resultados son mejores que los reportados por otros autores, (22) porque nuestros pacientes han sido manejados con un mínimo de variantes medicoquirúrgicas.

C O N C L U S I O N E S

El diagnóstico del pseudoquistes de páncreas es difícil de realizar si no se sospecha de él, y cuando se piensa demasiado en él disminuye en su frecuencia.

Con los estudios de gabinete como son la serie esofagogastrodudenal y la ultrasonografía se puede realizar diagnóstico casi de certeza, siempre que nos apoyemos en una buena historia clínica, ya que el laboratorio realmente no orienta al diagnóstico sino solamente a la gravedad ó no de cada caso.

La frecuencia del pseudoquistes está aumentando en forma lenta pero constante, su cuadro clínico es muy irregular predominando el dolor, la fiebre y la masa abdominal palpable; es más frecuente en hombres, sus complicaciones son variadas graves y muchas veces mortales, el tiempo ideal para el tratamiento quirúrgico está comprendido entre la sexta a la octava semana de evolución. Las técnicas quirúrgicas empleadas en la actualidad son el drenaje interno o la resección del pseudoquistes. Su vigilancia debe ser estrecha ya que puede presentar complicaciones que requieran intervención o reintervención quirúrgica de urgencia; se asocia a otras patologías quirúrgicas en un alto porcentaje, 53% en nuestra serie y del 60% en la de Jaime Soto (17) y también se asocia a patología médica, siendo la más frecuente diabetes mellitus.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

En nuestro hospital los casos tratados han sido manejados en la forma adecuada con una morbilidad mínima y con mortalidad a corto y mediano plazo de cero. Nuestros casos son similares a los de la literatura universal.

Concluimos que no existe método de tratamiento ideal sino - métodos optativos con un mismo fin que se engloban perfectamente en lo dicho por el Doctor Warren. (2)

Cuando nos encontramos con diversos factores etiológicos, de tamaño, de localización y de relaciones anatómicas, además de diversos grados de inflamación del tejido pancreático, y a ello agregamos la capacidad individual de cada cirujano, nos daremos cuenta de que es imposible el tener un solo método de tratamiento para resolver los casos de pseudoquistes de páncreas.

BIBLIOGRAFIA

1. SABINGTON DAVID C. M.D.: Tratado de Patología Quirúrgica tomo I undécima edición 1981. Editorial Interamericana.
2. MAINGOT RODNEY M.D.: Operaciones Abdominales, volumen uno, séptima edición 1980 ACC editores.
3. NORA PAUL F. MD.: Cirugía General principios y técnicas. 1981 Editorial Salvat.
4. GUARNER VICENTE: Principios Fundamentales de la Cirugía, tomo II 1981. Editorial URAM.
5. SCHWARTZ SEYMOUR I. M.D.: Principios de Cirugía, tercera edición 1979 Mc Graw Hill book Company.
6. LANGMAN JAN: Embriología Médica, segunda edición 1969 editorial Interamericana.
7. MOORE KEITH L.: Embriología Clínica. 1975 editorial - Interamericana.
8. GANONG WILLIAM F.: Fisiología Médica, sexta edición, - 1974 editorial El Manual Moderno.
9. LOCKHART R.D.: Anatomía Humana, 1965, editorial Intarna
mericana.
10. NETTER RAYN H.: Colección Cita de Ilustraciones Médicas, tomo III/3 1985, editorial Salvat.

11. COLLINGS DONNET M. M.D.: Atlas de Cirugía. Cuarta edición 1979, editorial Interamericana.
12. COOPERMAN AVIAK M. M.D.: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, volumen 1 1981, editorial Interamericana.
13. CLAY LARRY O. M. D.: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, volumen 55 número 2, abril 1975., editorial Interamericana.
14. FORTNER EARL M.D.: Pseudoquistes de Páncreas involucrados al bazo. American Journal of Gastroenterology Vol. 72 N2 pág. 175-9, 1979.
15. FANGHÉ JACOB M.D.: Función percutánea de quistes pancreáticos guiados por ultrasonido. Surgery, Gynecology & Obstetrics, abril 1976 Vol. 142.p551-2.
16. BLANCO MARTÍNEZ OTTON: Tratamiento Quirúrgico del Pseudoquistes Pancreático, Revista de Cirugía del Hospital Juárez México. Vol. IV N 224 abril 1984, páginas 8-10.
17. BOTE A. JAIME: Diagnóstico y Tratamiento del Pseudoquistes de Páncreas. Revista médica del ISSSTE época 3 Vol. 1 número 4-6 dic. 83./ pág. 49-54.
18. FREY CHARLES F. M.D.: Pseudoquistes de Páncreas estrategia operatoria. Annals de Cirugía. Volumen 188 n 5 - noviembre 1979, pág. 652-662.

19. IRADLEY EDWARD L. M.D.: Historia natural del pseudoquistista de páncreas, concepto de manejo. The American Journal of Surgery volumen 137 enero 1979 pág. 135-41.
20. MC. DERMOTT WILLIAM V. M.D.: Pseudoquistista de páncreas, complicación de la anastomosis espleno renal. Annals de Cirugia. Volumen 103 número 2 febrero 1991. pág. - 176-179.
21. RAVIC HUMBERTO R. M.D.: Análisis de 45 pacientes con pseudoquistista de páncreas tratados quirúrgicamente. Surgery, Gynecology & Obstetrics volumen 148 mayo de 1979 pág. 735-39.
22. SWATNEY CLAYTON H. M.D.: Tratamiento quirúrgico del pseudoquistista de páncreas, Annals de Cirugia volumen 189 número 4 abril de 1979. páginas 396-394.
23. ANDERSON H.C. M.D.: Manejo del pseudoquistista de páncreas. American Journal of Surgery Vol. 21 número 123 1972 - pág. 209.
24. HADDEN L. JOHN: Atlas de Técnicas en Cirugia, 2a. edición 1967, editorial interamericana.
25. VAN HURDSEY J. A.: Pseudoquistista de páncreas, revisión de 71 casos. Archivos de Cirugia Vol. 110; pág. 500 - 1975.

26. CLAYTON H. MD.: Tratamiento Quirúrgico del Pseudoquist
to de Páncreas. Anales de Cirugía Vol. 306 1973.
27. BERT H. SCHEIN MD.: El diagnóstico del Pseudoquiste de
páncreas por medio de endoscopia, pancreatografía y ul
trasonografía. Anales de cirugía Vol. 286 1977.
28. ANDREW L.W.: Masas inflamatorias posteriores a pancrea
titis aguda, flegmon, pseudoquiste y absceso; Clínicas
Quirúrgicas de Norteamérica Vol. 54 pág. 621; 1974.
29. EDWARD L. GONZALEZ AC.: Pseudoquiste de páncreas agudo,
incidencia y complicaciones; Anales de Cirugía Vol. 734,
1976.
30. BRADLEY E. L.: Resolución espontánea del pseudoquiste
de páncreas; American Journal of Surgery. Vol. 129 N -
23 1975.
31. COOPERMAN A.M.: Son los pseudoquistes de páncreas so-
bretratados. Surgery, Gynecology & Obstetrics Vol. 150,
pág. 405, 1980.
32. PALKO J. M.: Pseudoquiste de páncreas silencioso. Ame-
rican Journal of Digestive Diseases, Vol. 20 núm. 523,
1975.
33. SANYIRAN C.: La historia natural y no natural del pscu
quiste de páncreas; American Journal of Gastroentero
logy

- logy Vol. 62 número 145, 1977.
34. DUCKER W. F.: Pseudoquistos de páncreas. Surgery, Gynecology & Obstetrics Vol. 127, Núm. 244, 1968.
 35. BRADLEY E. L.: Múltiples pseudoquistos de páncreas, el principio de la cistocistostomía interna en el manejo quirúrgico. American Journal of Surgery, Vol. 137. Número 135, 1979.
 36. BRADLEY E. L.: La historia natural del pseudoquiste de páncreas, concepto unificado de manejo. Surgery. Vol. 92 Núm. 1, pág. 111-6, 1982.
 37. GRACE R. A.: Pseudoquistos agudos y crónicos son diferentes. American Journal of Surgery Vol. 26 N° 12 pág. 660, 1981.
 38. MARTIN E. W. Jr.: Descripción quirúrgica de manejo del pseudoquiste de páncreas, drenaje interno contra externo. American Journal of Surgery, Vol. 138 página 821, - 1979.
 39. FILLAN R. W.: Pseudoquiste de páncreas, manejo en 44 pacientes. American Journal of Surgery Vol. 135; pág. 199-201, 1978.
 40. SHAINY C.H.: Tratamiento quirúrgico del pseudoquiste de páncreas. British Journal Surgery. Vol. 62, pág. 37, 1975.