

11209

94

20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CENTRO MEDICO "20 DE NOVIEMBRE"

I. S. S. S. T. E.

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

"MANEJO QUIRURGICO DEL PSEUDOQUISTE
PANCREATICO"

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N :
C I R U J A N O G E N E R A L
P R E S E N T A :
DR. HERNAN REVILLA CASAOS



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

A LOS PACIENTES

DEL CENTRO MEDICO "20 DE NOVIEMBRE"

ISSSTE

A MI PADRE:

JUAN REVILLA MALDONADO (Q.E.P.D.)

A MI MADRE:

GUADALUPE CASAOS LOPEZ

A MIS HERMANOS


CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE.

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.



DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR.

ASESOR DE LA TESIS DE INVESTIGACION.



DR. MANUEL PEREZ CABRERA.

JEFE DE LA DIVISION DE CIRUGIA.



DR. EDUARDO ECHEVERRIA ALVAREZ.

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.



DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ.

JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION Y DIVULGACION



DR. ERASMO MARTINEZ CORDERO.



I N D I C E .-

PAGINA:

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	17
CONCLUSIONES.....	19
FIGURAS.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	30

RESUMEN

Se estudiaron 13 pacientes en forma retrospectiva intervenidos quirúrgicamente de pseudoquistes pancreáticos predominando en el sexo masculino (54%) en relación al sexo femenino (46%), con una edad media de 39.4 años. La etiología más frecuente la alcohólica (46%), biliar (31%). Los síntomas y signos, el dolor en el abdomen superior (92%), náuseas (77%), vómito (77%), fiebre (54%) masa abdominal palpable (77%). Laboratorio; hemoglobina con una media de 10.7, Leucocitos con una media de 12.900 principalmente en el desarrollo de absceso en el pseudoquiste pancreático, glicemia con una media 176.8, la bilirrubina total con una media de 1.7, amilasa con una media de 532 U Somogyi. Los estudios de gabinete más utilizados en el 100% de los casos fueron de valor diagnóstica como la ultrasonografía y la tomografía computarizada (TAC). En el procedimiento quirúrgico: en 7 pacientes con drenaje interno con el tiempo de evolución con una media de 6 semanas, tamaño con una media de 8 cm. En 3 pacientes la cistoyeyunostomía en "Y" de Roux (43%) y 4 pacientes se utilizó la cistogastrostomía (57%). El drenaje externo con tiempo de evolución con una media de 3 semanas, tamaño con una media de 5 cm. La morbilidad: las complicaciones postoperatorias más frecuentes; en el drenaje interno, 5 pacientes (72%) sin complicaciones y 2 pacientes (28%) con complicaciones como la dehiscencia de anastomosis y sepsis abdominal, 1 paciente (14%) con desequilibrio hidroelectrolítico. El drenaje externo; 1 de los 6 pacientes con fístula pancreática (16%), desequilibrio hidroelectrolítico en 4 de los 6 pacientes (67%), sepsis abdominal en 5 de 6 pacientes (84%). La mortalidad-

postoperatoria en 3 pacientes (50%) y tres pacientes con evolución favorable (50%). Entre los dos procedimientos quirúrgicos - hay significancia estadística de ($p=0.016$) en relación a las complicaciones postoperatorias y como mejor procedimiento quirúrgico es el drenaje interno. Sepsis abdominal con significancia estadística ($p=0.025$), teniendo sepsis abdominal en los pacientes - en los que se realizó el drenaje externo.

Origina menos morbilidad y mortalidad el drenaje interno en los pseudoquistes crónicos no complicados, lo mejor es recurrir al drenaje interno hacia el segmento más cercano, más conveniente del estómago o intestino.

INTRODUCCION

El pseudoquistes pancreático es por mucho la lesión con contenido líquido más común asociado al páncreas. Hace algunos años, cuando el diagnóstico del pseudoquistes solo podría hacerse sobre bases clínicas y estudios contrastados del tubo digestivo alto, la lesión se consideraba una entidad rara (11), sin embargo, con la mejora de las técnicas de formación de imágenes pancreáticas en la última década, ahora los pseudoquistes se reconocen con regularidad en muchas salas clínicas y cirugía.

Los pseudoquistes pancreáticos se vinculan con episodio de pancreatitis aguda (pseudoquistes agudo) y pancreatitis crónica. Los pseudoquistes se diferencian de los quistes verdaderos del páncreas por su falta de revestimiento epitelial y también puede ser definido como una persistencia de colección localizada, entre sus factores etiológicos del pseudoquistes asociado con la pancreatitis alcohólica, biliar traumática, hiperlipoproteinemia y, de etiología desconocida. El pseudoquistes consiste en un reborde de tejido fibroso, inflamatorio o de granulación que rodea una acumulación de jugo pancreático rico en enzimas pancreáticas, suero y sangre extravasados en los tejidos peripancreáticos y/o transcavidad de los epiplones, esto ocurre del 1 hasta el 2% de los pacientes con pancreatitis aguda (13), en la pancreatitis crónica (4), los pseudoquistes aparecen con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de la vida, predomina en varones (2).

La historia natural en las primeras semanas de su desarrollo típicamente tiene solo una delgada cápsula fibrosa y los límites de la acumulación pueden no ser claros, la resolución del pseudo-

quiste es frecuente. En aproximadamente de el 50% de los casos de pseudoquistes agudos progresan a pseudoquistes pancreáticos - crónicos (1,4,10). Luego sigue un período de madurez en la cual la cápsula del pseudoquiste se hace más gruesa y sus límites se hacen claros, típicamente este proceso ocurre aproximadamente de 4 a 6 semanas después de la formación inicial del pseudoquiste, una vez que se ha formado un pseudoquiste maduro (crónico), puede permanecer relativamente estable de tamaño, puede continuar creciendo lentamente dentro de un espacio limitado, y que el pseudoquiste no se resuelve espontáneamente: a) Persistencia por más de 6 semanas, b) Evidencia de pancreatitis crónica, c) Anomalías del conducto pancreático y comunicación con el conducto pancreático, d) Ultrasonografía que sugiere la madurez del pseudoquiste (1).

Los pacientes con el cuadro clínico, en el cual tuvieron un episodio de pancreatitis y otro con masa abdominal palpable, los síntomas fueron variables, el dolor abdominal se encuentra aproximadamente en un 78% (1,10), el dolor abdominal en el abdomen superior con o sin irradiación a la espalda, y 44% presentan náuseas y vómito, pérdida de peso hasta 18 kilos en 3 meses (1,14)., y se palpa un 60 a 70% de los pacientes con masa abdominal. La fiebre de bajo grado es un hallazgo común, fiebre en pico sugiere una infección secundaria en un pseudoquiste o un absceso pancreático en lugar de un pseudoquiste no complicado, se observa ictericia en 10% de los pacientes (1,4,14); y por lo común se debe a obstrucción distal del colédoco, además 5% de los pacientes se encuentran con derrame pleural o ascitis (1,2), ade-

más de una hipertensión portal izquierda por la compresión de la vena esplénica. Los datos de laboratorio pueden mostrar una leucocitosis variable pero en general leve, y además un 23% de los pacientes con anemia no teniendo historia de hematemesis o melena. La amilasa fué mayor de 200 Smonogyi en 50% de los pacientes, de hecho una persistencia de una hiperamilasemia es sugestiva posterior de un episodio de pancreatitis, es el desarrollo de un pseudoquiste pancreático. Se encuentra hiperglucemia en un tercio de los pacientes (4,10,11,12). En casos de derrame pleural o ascitis los niveles de amilasa pueden estar aumentados en el líquido pleural o peritoneal aspirado, la hiperbilirrubinemia en pacientes que tiene obstrucción del colédoco distal.

Los estudios radiográficos muestran una masa en la región del páncreas en el 75% de los pacientes, además pueden mostrar las radiografías elevación del hemidiagrama izquierdo, calcificación pancreática y derrame pleural (1,2). Otros estudios de los que se están abandonando, es la serie gastroduodenal por las técnicas de formación de imágenes que son útiles en el diagnóstico inicial del pseudoquiste pancreático. La serie gastroduodenal con bario suele demostrar una masa extrínseca que desplaza el estómago hacia adelante y hacia arriba, en ocasiones la curvatura menor del estómago puede estar rectificadas por un pseudoquiste alto, si se localiza en la cabeza del páncreas el asa duodenal puede estar distendida.

El ultrasonido de un pseudoquiste se caracteriza por un centro "quístico" anecoico, un reborde ecoico y buena transmisión del sonido, en alrededor de un tercio de los casos, en los cua -

les se sospecha de un pseudoquiste puede realizarse un examen ultrasonico técnicamente no satisfactorio, habitualmente debido a asas del intestino llenas de gas que interfieren con la transmisión, sin embargo, en los restantes pacientes la sonografía tiene exactitud diagnóstica del 75 al 90% (4,5,7,11). La tomografía Axial Computarizada, ha sido de gran valor para valorar el espesor de la pared y tiene una tasa de exactitud global de más del 90%, con una tasa de fracasos técnicos de aproximadamente del 1%. Con esta técnica, los pseudoquistes aparecen como densidades líquidas que no aumentan con una clara marginación. Los detalles anatómicos son mucho mejores con la Tomografía Axial Computarizada (TAC), que con el ultrasonido. En particular, la TAC es superior a la sonografía para delinear la extensión de los pseudoquistes hacia áreas del retroperitoneo más allá de la región peripancreática. La ultrasonografía tiene ventaja de la utilidad de estudios seriados, del tamaño de los pseudoquistes pancreáticos, es menos costosa y no lleva el riesgo de dosis repetidas de radiación. La presencia de esplenomegalia es sugestiva de obstrucción de vena esplénica y es una indicación absoluta para una angiografía; y esto nos demostraría también que los pseudoquistes de una complicación como sería el pseudoaneurisma.

En ocasiones pacientes con pseudoquistes pancreáticos se presentan con síntomas de obstrucción intestinal (colónica), en estas circunstancias un enema baritado puede demostrar un efecto de masa extrínseca que causa estrechamiento del colon transversal o ángulo cólico izquierdo. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica invasiva que en muchos casos se

ha subempleado en la evaluación del pseudoquiste pancreático, se informa una exactitud diagnóstica del 89% (6), se menciona que es el mejor método para el diagnóstico de pseudoquistes pequeños (2cm. o menos), en especial cuando son múltiples; y la pancreatografía acordando una comunicación con el conducto pancreático hasta en un 90% de los casos (2), con pseudoquiste y en algunas ocasiones obstrucción del conducto principal pancreático y estrechese.

TRATAMIENTO.-

La cirugía moderna en casos de pseudoquiste pancreático ofrece las siguientes opciones:

- a) Drenaje externo.
- b) Drenaje interno que incluye: Cistogastrostomía, cistoduodenostomía, Cistoyeyunostomía en "Y" de Roux.
- c) Resección de la porción del páncreas que contiene el pseudoquiste.
- d) Drenaje por vía percutánea por aspiración bajo control ultrasonográfico y TAC.

El drenaje externo está indicado en el tratamiento de pseudoquiste con cápsula inmadura y en presencia de una infección -- obvia, hay trabajos realizados anteriormente en los cuales hay alta mortalidad de 45.5% y esto fué atribuido a que los pacientes fueron tratados mediante drenaje externo (7), más a menudo a las complicaciones que a la operación en sí. Jhon H.C. Ranson reporta en su experiencia que es asociado con una alta mortalidad y morbilidad y puede ser seleccionado de la pared del pseudoquist

te pancreático inmaduro, o friable y el drenaje externo puede ser usado en pacientes que son sépticos. En el absceso del pseudoquiste y en el cual se presenta dificultad anatómica en la disección (10), y los pseudoquistes diagnosticados tempranamente no deben operarse de la posibilidad de resolución espontánea y referir una observación de tres semanas (1,2,9,14). Las principales desventajas del drenaje externo son las recurrencias del pseudoquiste, que ocurre alrededor del 20% y la formación de fistula pancreática que habitualmente remiten en forma espontánea con nutrición parenteral total (9,11).

Hay pocas dudas respecto a que el drenaje interno del pseudoquiste crónico no complicado originan menos morbilidad y mortalidad que el drenaje externo o la resección (8). El momento de la operación para el pseudoquiste pancreático es cuando tenga una pared fibrosa mayor de 5mm. y el tamaño del pseudoquiste mayor de 5 cm. de diámetro; y debe llevarse a cabo de las 4 a 6 semanas de observación (1,7,9,14). En la cistogastrostomía en la cual se encuentra el pseudoquiste firmemente adherido a la pared posterior gástrica. La cistoduodenostomía transduodenal para pseudoquistes ubicados en la cabeza del páncreas en estrecho contacto con el duodeno, y la cistoyeyunostomía en "Y de Roux se reserva para aquellos casos en los cuales la ubicación anatómica del quiste hacen que el drenaje transgástrico y transduodenal sea técnicamente imposible (1,6,7,8,10,14).

Es necesario obtener biopsias de la pared de todos los pseudoquistes para evitar que pasen inadvertidos neoplasias pancreáticas que semejan a pseudoquistes, los cuales pueden ser mal diag

nosticados y llevar mal el tratamiento (8,15).

La resección del pseudoquistes pancreático.- Ocasionalmente se encuentra un pseudoquistes que puede resecarse por enucleación y está indicado en pseudoquistes múltiples o localizados en el proceso uncido, en la cabeza o cola del páncreas. El tratamiento-óptimo de los pseudoquistes asociados con una hemorragia arterial importante (7,11).

Se ha descrito que la aspiración percutánea guiada por ultrasonografía o TAC es asociada a una alta recurrencia.

La morbilidad y mortalidad son incrementadas por la presencia de complicaciones del pseudoquistes pancreático como son la ruptura de éste dentro de la cavidad peritoneal o dentro del tracto gastrointestinal; el jugo pancreático puede resultar ascitis pancreática. La hemorragia es una complicación significativa, el mecanismo incluye sangrado de várices secundario a obstrucción de la porta o vena esplénica por el pseudoquistes, hemobilia, hemorragia intracística, con conversión del pseudoquistes o pseudoaneurisma; secundariamente a infección con formación de abscesos, ictericia secundaria a la obstrucción del colédoco, una masa del pseudoquistes puede ocasionar una obstrucción del intestino delgado --- (10).

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron en forma retrospectiva 13 pacientes que se operaron con diagnóstico de pseudoquiste pancreático en el servicio de Cirugía General y se recabaron expedientes en los archivos del Centro Médico "20 de Noviembre", ISSSTE, del 1o. de enero de 1985 al 31 de julio de 1992. El diagnóstico se basó en el antecedente de haber padecido un cuadro de pancreatitis de etiología alcohólica, biliar, hiperlipoproteinemia e idiopática, y los datos clínicos con dolor abdominal, en el abdomen superior con o sin irradiación hacia la espalda, náuseas, vómito y fiebre. La presencia de fiebre en picos nos sugiere infección secundaria a un pseudoquiste, pérdida de peso mayor de 3 kilogramos en 2 meses, la presencia de masa abdominal palpable, los datos de laboratorio como la biometría hemática completa en la que se evaluaron la hemoglobina, hematocrito, leucocitos; en la química sanguínea la determinación de glicemia sanguínea, bilirrubina total, la determinación de amilasa sérica, colesterol y triglicéridos séricos en los pacientes con pancreatitis secundaria a hiperlipoproteinemia.

Entre los estudios de gabinete se incluyó la serie esofago-gastroduodenal con papilla de bario, los estudios de formación de imágenes para el diagnóstico de pseudoquiste pancreático como son la ultrasonografía y la tomografía computada. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se tomó como método de diagnóstico.

Lo fundamental en esta revisión sobre el manejo quirúrgico del pseudoquiste pancreático entre la comparación del drenaje externo y drenaje interno como procedimiento quirúrgico para el --

pseudoquiste pancreático, determinando el tiempo óptimo de la cirugía en la derivación interna que es de 4 a 6 semanas desde el diagnóstico de pseudoquiste pancreático con bases clínicas, laboratoriales, la serie esófagogastroduodenal con bario, ultrasono - gráfica, TAC y CPRE, en la que la pared se encuentre formada.

Verificar los índices de morbilidad y mortalidad entre el drenaje interno y drenaje externo, aplicando la prueba exacta de Fisher para tener una significancia estadística.

Cabe mencionar que no se incluyeron otros procedimientos quirúrgicos como la resección del pseudoquiste pancreático o el drenaje por vía percutánea por aspiración con aguja bajo control -- ultrasonográfico o TAC. Excluyendo los pseudoquistes que tuvieron resolución espontánea, eliminándose la presencia de quistes o neoplasias verdaderas pancreáticas.

RESULTADOS

De los 13 pacientes con diagnóstico de pseudoquistes pancreáticos, de éstos 7 pacientes de sexo masculino (54%) y 6 pacientes de sexo femenino (46%), (Fig. 1), con edades de 12 a 59 años de edad, con una media de 39.4 años (Fig. 2), captados en un lapso comprendido de 7 años 7 meses.

Respecto a los 13 pacientes padecieron un episodio de pancreatitis, en el cual se desarrolló un pseudoquiste pancreático, la etiología fue alcohólica en 6 pacientes (46%), biliar en 4 pacientes (31%), hiperlipoproteinemia en 1 paciente (8%) e idiopática en 2 pacientes (15%), (Fig.3). Observamos que es más frecuente en nuestro medio la pancreatitis de etiología alcohólica.

Respecto a los criterios clínicos que incluyen síntomas y signos correspondió dolor en el abdomen superior; 12 de los 13 pacientes (92%), presentaron náuseas 10 de los 13 pacientes (77%) vómito en 10 de los 13 pacientes (37%), fiebre en 7 de los 13 pacientes (54%), pérdida de peso en 6 de los 13 pacientes (46%), masa abdominal palpable en 10 de los 13 pacientes (77%), son los síntomas y signos que con frecuencia presentaron estos pacientes (Fig. 4).

Conforme a los datos del laboratorio, en la biometría hemática conforme a la hemoglobina en los 13 pacientes fluctuó entre 8.0 a 14.0 grs/100 ml. con una media de 10.7 y con una desviación estándar de 1.6, en estos pacientes no había evidencia de hematemesis o melena. La leucocitosis en los 13 pacientes fluctuó en 5,000 a 25,000 con una media de 12,900 y la desviación estándar de 6.8, la leucocitosis principalmente en el desarrollo de abs-

ceso en el pseudoquiste pancreático y tenían menos de 3 semanas de evolución de dicho pseudoquiste pancreático.

De 12 de los 13 pacientes, se reportó glicemia sanguínea que fluctuó de 88 a 303 mg./100 ml. con una media de 176.8. En un solo paciente no se reportó la glicemia sanguínea.

La bilirrubina total de los 13 pacientes fluctuó entre 0.8 a 3.3 mg./100 ml., con una media de 1.7 mg./100 ml., encontrando que los pacientes que tenían la bilirrubina por arriba de sus valores normales; esto relacionado con un episodio anterior de pancreatitis de etiología biliar.

La amilasa sérica en los 13 pacientes fluctuó entre 50 U.-Somogyi a 2,200 U. Somogyi con una media 532, verificando la hiperamilasemia en los pacientes con el tiempo de evolución del pseudoquiste pancreático menor de 3 semanas (Fig.5).

Los estudios de gabinete para el diagnóstico más utilizados fueron los siguientes: el ultrasonido con 13 pacientes (100%), la tomografía axial computarizada (TAC), en los 13 pacientes (100%) la serie esofagogastroduodenal con bario (SEGD) se realizó en 4 pacientes (30%) en los cuales 2 pacientes fueron positivos (15%) de rechazo extrínseco del estómago por el pseudoquiste pancreático y otros 2 pacientes (15%) en los cuales se realizó pero el resultado fue negativo con SEGDN normales. En 9 pacientes (70%) no se realizó el estudio.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se realizó en un solo paciente (8%) con reporte de vía biliar intrahepática y extrahepática y no se observó el conducto pancreático principal; en 12 de los pacientes (92%) no se realizó

dicho estudio (Fig.6). Verificando que se utiliza con más frecuencia los estudios de formación de imágenes como la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada para el diagnóstico de pseudoquistes pancreáticos, ya que se cuenta con este tipo de estudio en nuestro hospital y además como hemos mencionado estos tienen exactitud diagnóstica.

El drenaje interno del pseudoquiste pancreático como procedimiento quirúrgico se llevó a cabo en 7 pacientes (54%) con tiempo de evolución desde el diagnóstico de 5 a 8 semanas con una media de 6 semanas.

El tamaño del pseudoquiste pancreático fluctuó de 5 a 20 cms. de diámetro con una media de 8 cms. y en relación a la estancia hospitalaria fué de 29 a 113 días con una media de 49 días (Fig.7).

En relación al drenaje externo, el tiempo de evolución del pseudoquiste pancreático fué de 2 a 4 semanas con una media de 3 semanas, el tamaño del pseudoquiste de 4 a 6 cms. de diámetro, con una media de 5 cm. y los días de estancia hospitalaria fué de 19 a 70 días con una media de 40 días. Determinando el tamaño y el tiempo óptimo de la evolución del pseudoquiste pancreático para definir el procedimiento quirúrgico es el de elección (Fig. 8).

En 7 pacientes se realizó el drenaje interno del pseudoquiste pancreático, la cistoyeyunostomía en "Y" de Roux se realizó en 3 pacientes (43%), la cistogastrostomía se realizó en 4 pacientes (57%) (Fig. 9).

En lo referente a la morbilidad se aplicó la prueba exacta de Fisher y no se utilizó la X^2 ; ya que no es válida para valores de estos 13 pacientes.

Teniendo 7 pacientes con drenaje interno (54%) las complicaciones postoperatorias fueron las siguientes: 5 pacientes (72%) sin complicaciones y 2 pacientes (28%) con complicaciones. No se presentó fístula pancreática como complicación postoperatoria en los pacientes en que se realizó drenaje interno. Deshiscencia de la anastomosis en un paciente (14%) y 6 pacientes (86%) sin deshiscencia de la anastomosis. Al desequilibrio hidroelectrolítico de los 7 pacientes; en un paciente (14%) se presentó esta complicación y en 6 pacientes (86%) no hubo desequilibrio hidroelectrolítico. La sepsis abdominal en un paciente (14%) y 6 (86%) sin sepsis abdominal. La mortalidad postoperatoria de los 7 pacientes: sólo hubo un paciente fallecido (14%) y 6 pacientes (86%) con buena evolución.

En comparación con el drenaje interno como procedimiento quirúrgico se realizó en 6 pacientes (46%) y las complicaciones postoperatorias fueron las siguientes: 1 paciente de los seis con fístula pancreática (16%) y, 5 pacientes (84%) no tuvieron complicación postoperatoria. La fístula pancreática y el desequilibrio hidroelectrolítico se presentó en 4 de los pacientes (67%); y en dos de los pacientes (33%) no hubo esta complicación. En relación a la sepsis abdominal, ésta se presentó en 5 pacientes (84%), y un solo paciente (16%) sin sepsis abdominal.

La mortalidad postoperatoria se presentó en 3 pacientes (50%) y 3 pacientes con buena evolución (Fig.10).

Realizando comparaciones entre los dos procedimientos quirúrgicos que son el drenaje interno y el drenaje externo, nos encontramos con una significancia estadística de $p=0.016$ en relación a las complicaciones postoperatorias, y esto nos indica como mejor método quirúrgico a elegir el drenaje interno; con menos complicaciones postoperatorias que el drenaje externo.

La fistula pancreática como complicación postoperatoria entre el drenaje interno y el drenaje externo, no presenta significancia estadística ($p=0.53$) entre los dos procedimientos quirúrgicos, asimismo con la dehiscencia de la anastomosis en el drenaje interno, con una estadística ($p=0.53$). Pero si hay significancia estadística ($p=0.025$) entre el drenaje interno y el drenaje externo sobre la sepsis abdominal como complicación postoperatoria, determinando la sepsis abdominal en los pacientes en que se realizó el drenaje externo.

Demostrándonos que el drenaje interno del pseudoquiste pancreático origina menos morbilidad y mortalidad que el drenaje externo. En resumen, en los pseudoquistes crónicos no complicados, lo mejor es recurrir al drenaje interno, hacia el segmento cercano más conveniente del intestino.

DISCUSION

En el presente estudio de nuestros 13 pacientes con pseudoquiste pancreático, respecto a la edad de los pacientes con un promedio de 39.4 años y predominando en el sexo masculino 54%; y en realidad el desarrollo del pseudoquiste pancreático fué posterior a un cuadro o episodio de pancreatitis con etiología alcohólica fué la más frecuente (7,11,15); y el segundo lugar lo ocupa la de etiología biliar, secundaria a coledocolitiasis que obstruye el drenaje del conducto principal pancreático (7).

En relación a los síntomas y signos clínicos fué más frecuente el dolor en el abdomen superior, náuseas, vómito y masa abdominal palpable; y esto se encuentra reportado en varios artículos recientes (2,4,23). Llama la atención en los estudios de laboratorio en los pacientes con hemoglobina baja con una media de 10.7 gr./ml. no teniendo evidencia de melena o hematemesis, y se encuentra reportado por Sankaran y Cols.; y esto lo atribuyen a la desnutrición (13%) y más frecuente en nuestro medio, en el cual se lleva una alimentación deficiente. La leucocitosis relacionada a una complicación de infección secundaria del pseudoquiste pancreático. La bilirrubina total por arriba de sus valores normales, se encuentra relacionada con un cuadro de pancreatitis de etiología biliar.

Donald B. reporta la persistencia de hiperamilasemia como la evolución de un pseudoquiste pancreático posterior a un cuadro agudo de pancreatitis (4).

Las técnicas de formación de imágenes que son útiles en el diagnóstico del pseudoquiste pancreático es la tomografía axial-

computarizada con buena exactitud diagn6stica y se emple6 en el 100% (4,11,14).

El momento 6ptimo para la cirugfa en el drenaje interno -- que cumplieron con los criterios correspondientes fueron: a) Con tiempo evoluci6n de 4 a 6 semanas, b) Formada la pared fibrosa del pseudoquiste pancre1tico y c) el tama1o del pseudoquiste pancre1tico mayor de 5 cm. de di1metro, realiz1ndose el procedimiento quir6rgico electivo (1,3,7,9,14). En estos pacientes se llev6 a cabo con estos criterios quir6rgicos, emple1ndose con m1s frecuencia la cistogastrostomfa (57%) y la cistoyeyunostomfa en "Y" de Roux (43%).

El drenaje interno de pseudoquiste pancre1tico cr6nico no complicado origina menos morbilidad y mortalidad (3). La elevada mortalidad (50%) de los pacientes con pseudoquiste pancre1tico -- tratados quir6rgicamente en nuestra serie es superior a la reportada de 5 a 15% de otros trabajos publicados (7,9,14), cuya mortalidad de los tres pacientes en la que en la que se realiz6 -- drenaje externo el reporte es de 60 a 80% (2); esto debido a menudo a las complicaciones postoperatorias que a la operaci6n en sfa. En nuestra serie de los 3 de 6 pacientes con infecci6n secundaria en el pseudoquiste pancre1tico, y tenfan una pared inmadura, por lo mismo, inadecuada para el drenaje interno.

Los pseudoquistes pancre1ticos tempranamente no deben operarse, por la posibilidad de que se reabsorban espont1neamente (1,2,9,14), y cuando hay una complicaci6n debe realizarse un drenaje externo.

CONCLUSIONES

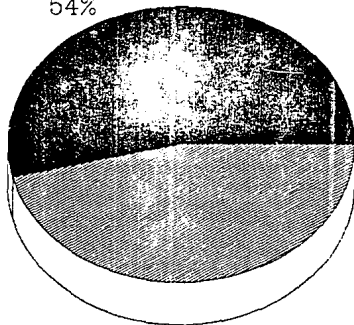
El pseudoquiste pancreático en el 100% de los pacientes estudiados fué precedido por pancreatitis, siendo ésta de etiología más frecuente la alcohólica, basándose en los datos clínicos, laboratoriales y utilización en el 100% de los casos para exactitud diagnóstica con estudios de gabinete como es la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada. En el procedimiento quirúrgico siguiendo los criterios quirúrgicos en el drenaje interno disminuye la morbilidad en 28% reportado en este estudio; y la mortalidad en un 14%, en comparación con el drenaje externo, con una morbilidad de 46% y una mortalidad de 50%; esto relacionado con las complicaciones postoperatorias con significancia estadística, en la sepsis abdominal con el drenaje interno del pseudoquiste pancreático que origina menos morbi-mortalidad.

SEUDOQUISTE PANCREATICO

SEXO

MASCULINO 7

54%



FEMENINO 6

46%

FIGURA # 1

SEUDOQUISTE PANCREATICO

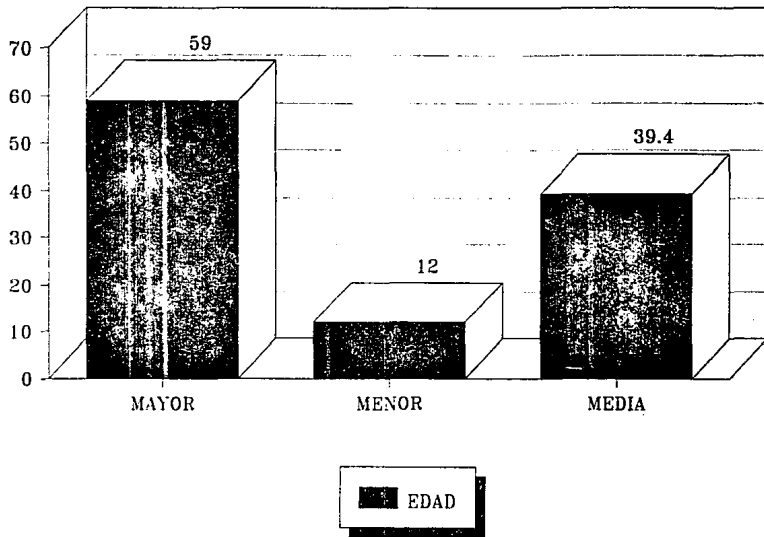


FIGURA # 2

SEUDOQUISTE PANCREATICO ETIOLOGIA

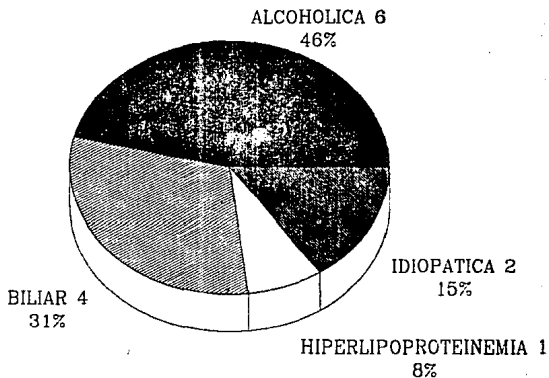


FIGURA # 3

SEUDOQUISTE PANCREATICO SINTOMAS Y SIGNOS

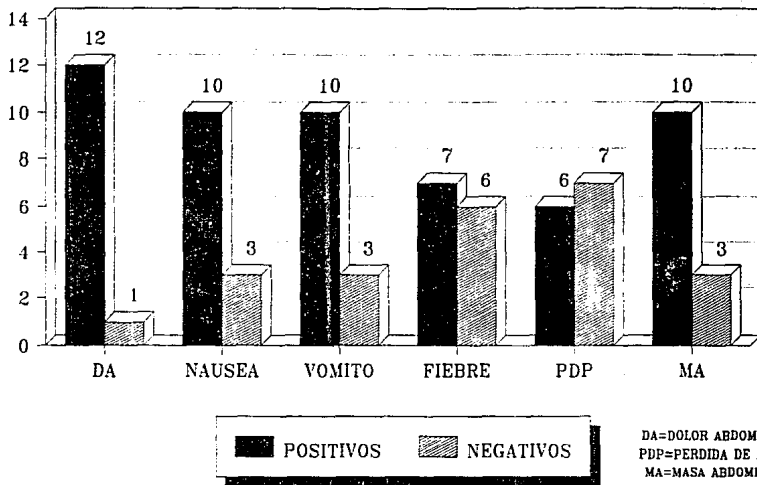
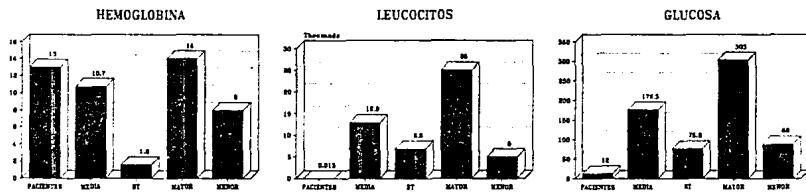


FIGURA # 4

SEUDOQUISTE PANCREATICO



LABORATORIOS

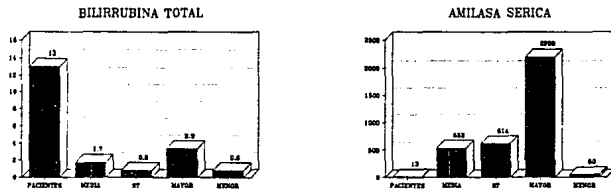


FIGURA # 5

SEUDOQUISTE PANCREATICO GABINETE

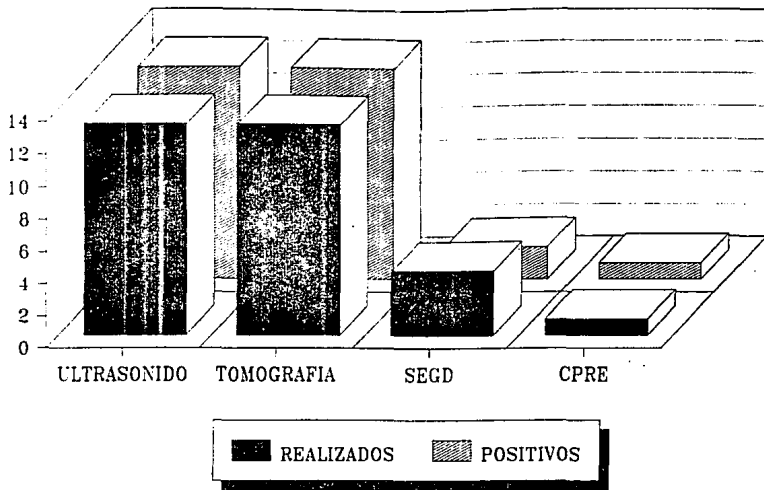
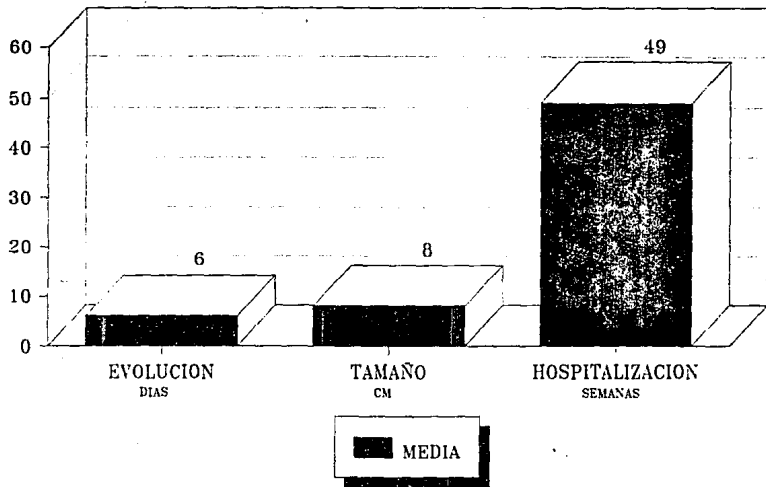


FIGURA # 6

SEUDOQUISTE PANCREATICO DRENAJE INTERNO



FIGIRA # 7

SEUDOQUISTE PANCREATICO DRENAJE EXTERNO

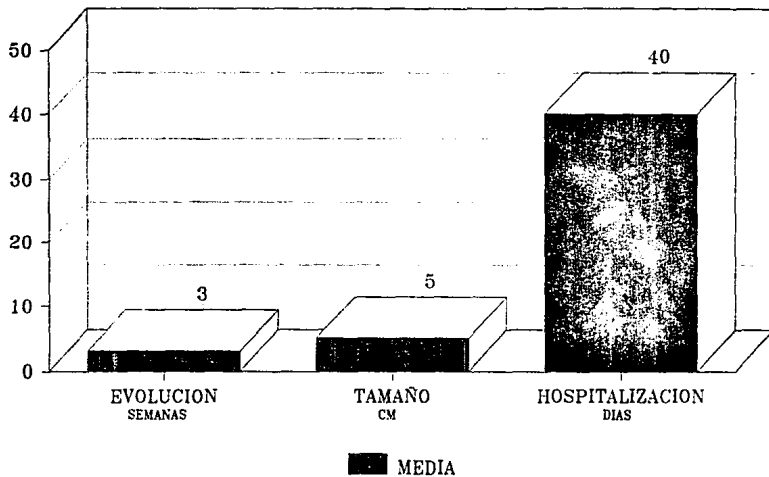


FIGURA # 8

SEUDOQUISTE PANCREATICO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

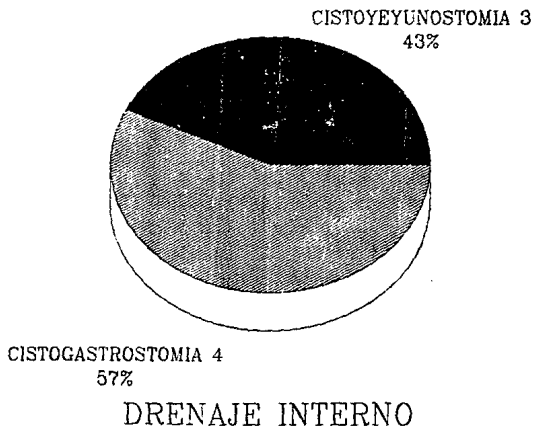


FIGURA # 9

SEUDOQUISTE PANCREATICO MORBI-MORTALIDAD POSTOPERATORIA

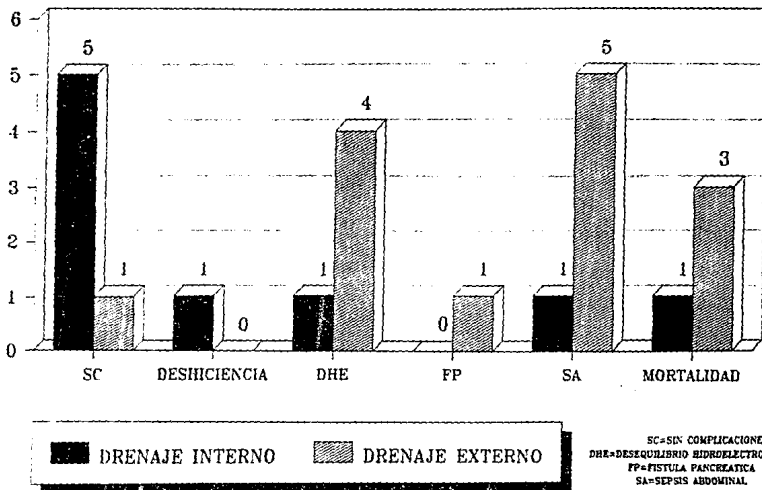


FIGURA # 10

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bradley, III, Edward L., M.D., A.C, González M.D. J.L., Clements J.R. Acute Pancreatic Pseudocysts: Ann. Surg. 184:734-737, December, 1976.
- 2.- Bradley, III, Edward L.M.D. J.L. Clements, Jr. M.D.A.C. González M.D. The Natural History of Pancreatic Pseudocysts: A Unifield concept of Management. The American Journal of Surgery: 137:135-141, January, 1979.
- 3.- Bradley, III, Edward L.M.D. Complicaciones de la pancreatitis crónica., Clínica Quirúrgica de Norteamérica: Interamericana-3:543-559, 1989.
- 4.- Connell M.C., B. Donald y Cols. Pancreatic Pseudocysts. The - Am. J. of Surg. 143:599-601, May, 1982.
- 5.- Crass A. Richard, M.D. Lawrence W. Way, M.D. Acute and chronic Pancreatic Pseudocysts area Different. The American Journal - of Surgery: 142:660-663, December 1981.
- 6.- Ephgrave Kimberly, M.D., Jhon L. Hunt, FACS., Presentation of Pancreatic Pseudocysts: Implications for timing of Surgical - Intervention: The American Journal of Surgery: 749-753, June, -- 1986.
- 7.- Hurtado Andrade Humberto, Guerra Martínez Ney: Tratamiento -- Quirúrgico de la Pancreatitis Aguda y sus complicaciones: Rev. Gastroenterol. Méx., 51:59-65.
- 8.- L. Andrew y Cols. Cystic Tumors of the Pancreas. Ann Surg. - 212:432-443, October 1990.

- 9.- Mullins J. Richard M.D., A. Mark, Malangoni, M.D., Bergamini M. Thomas, M.D, Joseph M. Controversies in the Management of Pancreatic Pseudocyst, The American Journal of Surgery;155: 165-172, January 1988.
- 10.-Ranson JHC., B.M. B. CH. The role of Surgery in the Management of Acute Pancreatitis: Ann Surg.; 211:382-391, April 1990.
- 11.-Shwartz I. Seymour. Ellis Harold, Maingot, Operaciones Abdominales. Panamericana:Quistes y Pseudoquistes Pancreáticos, pp.1999-2019,1989.
- 12.-Shwartz, Shires, A. Spencer, Storer. Principios de Cirugia. Mc. Graw Hill:1353-1354,1987.
- 13.-Sankaran S. and Walt J. Alexander. The Natural and Unnatural History of Pancreatic Pseudocysts. Br. J. Surg.;62:37-44,1975.
- 14.-Warshaw L. Andrew., M.D., Rattner W. David, M.D. Timing of Surgical Drainage for Pancreatic Pseudocysts. Ann. Surg.;202:720-724, December 1985.
- 15.-Warshaw L. Andrew, M.D. and Rutledge, M.D. Cystic Tumors Mistaken for Pancreatic Pseudocysts. Ann. Surg.;205:393-398, --- April 1987.