

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores

11209

222



SEUDOQUISTE DEL PANCREAS
ESTUDIO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO EN 10 AÑOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

T E S I S
QUE PRESENTA EL DOCTOR
MARIO ALBERTO SALGADO PEREZ
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A S E S O R

DR. GUILLERMO MIJARES CRUZ
MEDICO ASCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA
DEL HOSPITAL GENERAL
LIC. "ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I . S . S . S . T . E .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES

SRA. JUDITH PEREZ DE SALGADO

SR. MODESTO SALGADO PEREZ

A MIS HERMANOS

MARIA REGINA

CARLOS ANTONIO

RAFAEL FRANCISCO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS MAESTROS, COMPAÑEROS
Y AMIGOS

I N D I C E

INTRODUCCION

ETIOLOGIA DEL SEUDOQUISTE

CLASIFICACION DEL SEUDOQUISTE

FRECUENCIA DEL SEUDOQUISTE

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO QUIRURGICO

MATERIAL Y METODOS DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL

LIC. "ADOLFO LOPEZ MATEOS"

RESULTADOS

COMENTARIO Y DISCUSION

METODOLOGIA PROPUESTA PARA EL ESTUDIO DEL SEUDOQUISTE

BIBLIOGRAFIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEUDOQUISTE DEL PANCREAS

INTRODUCCION. -

Es la complicación más frecuente de la pancreatitis aguda y en donde usualmente toma la forma de una colección inflamatoria en el saco menor y que raramente se comunica con el conducto pancreático principal. En contraste con los pseudoquistes crónicos de "retención" de las pancreatitis recidivantes, donde encontramos comunicación con el conducto pancreático principal como hallazgo principal. El Pseudoquiste en su forma aguda se presenta como una masa del abdomen superior que se inicia a partir de la segunda semana de la enfermedad, siendo rara su aparición antes de este tiempo. El pseudoquiste del páncreas ocupa más de las tres cuartas parte de todas las lesiones quísticas del páncreas. El nombre de Pseudoquiste deriva de que en realidad no tiene pared propia sino que es un engrosamiento de el peritoneo del saco menor donde se ha coleccionado los restos del residuo ocasionado por la acción de los jugos pancreáticos lo que ocasiona una reacción peritoneal intensa lo que engrosa el peritoneo y que formará la "cápsula" posteriormente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mayoría de los pseudoquistes son uniloculares y localizados al sa co menor, sin embargo ocasionalmente ocurre dentro del páncreas (quistes de retención), mesocolon transverso, epiplón mayor, o - más raramente puede ser encontrado por detrás del páncreas o den tro del mediastino.

Una vez que se ha localizado la masa y se ha completado su portocolo de estudio, aproximadamente en el 35% de los casos se resolverá espontáneamente, cuando esto no ocurra, se deberán de considerar las siguientes circunstancias:

1. - Si el Seudoquiste continúa creciendo en forma clínica o por estudio sonográfico, que indiquen inminencia de ruptura.
2. - Si el paciente experimenta súbitamente dolor abdominal con datos de irritación peritoneal indicando con ello que ha ocurrido una ruptura intraperitoneal.
3. - Si la colección se encuentra causando obstrucción siendo la más frecuente la obstrucción duodenal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. - Si el Seudoquiste persiste por más de 6 semanas, indicando con ello que existe una comunicación con el conducto pancreático principal y que lo conducirá a la cronicidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETIOLOGIA DEL SEUDOQUISTE

El Seudoquiste es incuestionablemente el tipo más común de lesión quística que el Cirujano encuentra asociado con el páncreas. El falso quiste es causado por encapsulación de sangre extrabascular y líquidos y/o secreciones pancreáticas en los tejidos celulares peripancreáticos o en el saco menor.

Alrededor del 30% de los casos son debidos a traumatismos, ya sea por contusión severa sobre el epigastrio que cause fractura, contusión o laceración del páncreas y de la capa peritoneal posterior del saco menor o retrocavidad. Las secreciones pancreáticas y la sangre escapan hacia la retrocavidad, ya sea hacia arriba o hacia abajo del páncreas, consecutivamente el Hiato de Winlow se sella por el exudado inflamatorio y el peritoneo se engrosa donde se encuentra el contenido derramado y con el tiempo se formará la falsa cápsula. Otros casos de Seudoquiste se encuentran debido a ataques repetitivos de pancreatitis, observándose también en ciertas Cirugías como aquellas donde se incluye drenaje del epiplón en casos de necrosis pancreática, drenajes de abscesos pancreáticos localizados, pancrea-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tolitotomía, pancreatectomía distal con esplenectomía, pancreatoduodenectomía (por cáncer de la región periampular o cabeza del páncreas y también en las pancreatitis crónicas recidivantes) y resección gastroduodenal por lesiones destructivas que erosionan o penetran o se encuentran firmemente adheridas a la glándula (lesión ulcerosa gástrica o duodenal así como lesiones malignas del estómago). El papel de la Pancreatitis aguda y crónica ha sido enfatizada por Warren (Surg Clin North Am 44:743, 1964) donde reporta el estudio de 148 pacientes que se les realizó Cirugía por Quistes pancreáticos y en donde el 50% de los pacientes presentaban Seudoquiste.

CLASIFICACION DEL SEUDOQUISTE

- A. - Postinflamatorio (pancreatitis aguda, pancreatitis crónica recidivante)
- B. - Post-traumática: Ya sea por lesiones indirectas así como penetrantes y no penetrantes, lesiones operatorias al páncreas durante cirugía abdominal como la esplenectomía, parcial o subtotal gastrectomía, exploración de los conductos biliares y pancreáticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C.- Secundario a Neoplasias malignas

FRECUENCIA DEL SEUDOQUISTE

Este padecimiento es más común en el hombre que en la mujer en una proporción de 3:2, oscilando una edad entre los 20 y 60 años, pero que se puede presentar a cualquier edad, siendo la infancia donde se presenta la incidencia más baja y donde su causa más frecuente es la lesión traumática o pancreatitis hemorrágica.

Dentro de la presentación del pseudoquiste, generalmente se nota a partir de la segunda semana, siendo muy raro antes de este tiempo, o presentarse semanas posterior al cuadro o incluso meses para que la tumoración pueda ser notada por el paciente. El tamaño será variable ya que puede llegar a medir desde 5 cm de diámetro hasta alcanzar proporciones tan grandes como el tamaño de una pelota de fútbol, siendo su pared delgada o gruesa dependiendo de el tiempo de evolución y generalmente el quiste es único pero en muy raras ocasiones se presenta multilocular. El líquido que contiene el pseudoquiste es alcalino con una densidad específica media o baja y si se analiza el contenido se encontrará albúmina, colesterol, mucina, sangre y pe--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

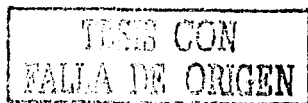
queñas cantidades de tejido necrótico. La coloración puede ser clara, café clara, o gris pálido o ser turbio con contenido purulento cuando se trate de pseudoquistes abecedados.

El pseudoquiste es encontrado más frecuentemente en la región del cuerpo o de la cola del páncreas por lo que generalmente ocupa el espacio retroperitoneal en la vecindad del páncreas. En ocasiones puede encontrarse entre el hígado y estómago, ocupar el espacio subfrénico izquierdo o en casos muy raros formar o erosionar la aorta con la subsecuente hemorragia dentro del pseudoquiste, protruir entre el estómago y colon transverso.

En ocasiones el pseudoquiste puede extenderse dentro del mediastino anterior o posterior, comprimir el hiato esofágico o dirigirse hacia abajo y comprimir la raíz del mesenterio.

DIAGNOSTICO

Para llevar a cabo el diagnóstico de este padecimiento debe de seguirse un orden cronológico donde se puede apreciar la Historia Natural del Padecimiento, y así encontramos una cuidadosa Historia Clínica,



la cual es de gran valor ya que se recopilan datos en ella muy importantes como son el antecedente de traumatismo en un 30% de los casos, así como el antecedente de cuadro de pancreatitis recidivante o cuadros dolorosos abdominales que pudieran corresponder a problemas biliares, puede haber una Historia previa de Cirugía Pancreática o Gástrica, o Laparotomía Exploradora por cuadro abdominal agudo.

En cuanto a la Sintomatología puede ser vaga sin poder encuadrarse en una Patología cuando se trate de un pseudoquistes de crecimiento lento dando sintomatología de sensación de llenado después de comer, -- flatulencia, anorexia, dispepsia, náusea y vómito por el problema obstructivo de la comprensión. El síntoma más constantemente referido es el dolor epigástrico el cual puede ser referido al hipocondrio izquierdo o a la región dorsal alta, más que hacia el hipocondrio derecho, raramente se aprecia el dolor hacia abajo de la mitad del abdomen.

En caso de que el pseudoquistes comience a crecer puede llegar a comprimir el conducto biliar ocasionando un Cuadro de Ictericia. La Diabetes Mellitus así como la Astenia y la Pérdida de pesos son muy marcadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tumor eventualmente se palpa sobre la línea media en el epigastrio y creciendo hacia el lado izquierdo del abdomen aunque muy raro se puede extender hacia la fosa iliaca izquierda, sin embargo rara vez se extiende por abajo del ombligo.

En el 95% de los casos se encuentra localizado al epigastrio, llegando a palpar en un 75% la masa en el abdomen, pudiendo en ocasiones precisar el contenido por la presencia de fluctuación en la tumoración pero en casos donde hay mucha tensión puede simular una masa sólida. En la mayoría de los casos no se desplaza con la respiración pero si con los cambios de posición o la palpación.

El método diagnóstico debe de llevarse a cabo iniciando con los parámetros de laboratorio donde se observará el estado general que guarda el paciente así como sus funciones renal, hepática y pancreática. Donde se incluye las PFH, Proteínas totales, Colesterol Lipasa sérica así como amilasa sérica y urinaria.

Como métodos de Gabinete se inicia con Placas simples de abdomen y Telerradiografía de torax. Los hallazgos que se pueden encontrar en la Tele de Tórax son la elevación del hemidiafragma izquierdo, -

acompañándose en ocasiones de irritación pleural con derrame o atelectasias, en las Placas Simples de Abdomen se encuentra una opacidad central, desplazamiento de las asas intestinales hacia los lados del abdomen, comprensión extrínseca del estómago con desplazamiento, apertura del espacio gastrocólico, presencia de calcificaciones sobre la parte media del abdomen y presencia de imagen de vidrio despulido por contenido líquido dentro de la cavidad abdominal.

Se continua con una Serie Esófagogastroduodenal en donde se apreciará apertura del arco duodenal, los desplazamientos o comprensiones extrínsecas del estómago y duodeno. El colon por enema de bario donde se aprecia el desplazamiento del colon transversal así como la comprensión extrínseca del mismo. La Urografía excretora nos orientará como se encuentra el espacio retroperitoneal, así como la morfología de los riñones y las vías urinarias, observando si hay o no desplazamientos o comprensiones extrínsecas y descartando a la vez el origen de dicha tumoración.

Otros estudios más sofisticados y de gran valor diagnóstico incluyen la Ultrasonografía donde se apreciará si se trata de una tumoración de contenido sólido o de contenido líquido pudiendo precisar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tumoraciones hasta de 2 centímetros de diámetro.

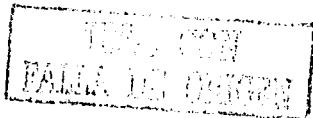
La Tomografía Axial Computarizada, el estudio no invasivo de mayor precisión diagnóstica, con las ventajas de ultrasonografía y con mayor precisión diagnóstica donde puede detectar tumoraciones menores de los 2 centímetros.

Los estudios invasivos se presentan como métodos auxiliares para - precisión diagnóstica como son la Gammagrafía hepática y pancreática donde se apreciarán los defectos de llenado sobre los órganos afectados.

Debe de realizarse una Endoscopía del estómago y duodeno y descartarse de procesos de estos órganos y que involucren al páncreas.

La Duodenografía Hipotónica otro de los métodos auxiliares que completan el protocolo del estudio.

Por último los estudios más invasivos como son la Pancreatografía - Endoscópica Retrógrada donde se apreciará el árbol pancreático y si existe comunicación con el pseudoquiste o no, apreciándose también los



desplazamientos del mismo. El otro estudio es la Arteriografía donde se aprecia si existe vascularidad o no de la tumoración y ayuda a descartar si se trata de un proceso maligno en buena parte de los casos.

El pseudoquiste pancreático puede ser confundido con quistes simples como son los quistes parasitarios y no parasitarios, mucocele o piocele, colecistitis crónica calculosa, hidronefrosis, quistes mesentéricos, quistes epiploicos, quistes del bazo, cistoadenomas, cistoadenosarcomas del páncreas, quistes y sarcomas retroperitoneales y quistes del ovario.

El pronóstico dependerá del diagnóstico temprano y su tratamiento, ya que el curso clínico es constante y puede ser curado por medidas quirúrgicas pero puede en ocasiones presentarse ruptura del quiste hacia peritoneo o producirse hemorragia lo que agravará el pronóstico. Otro factor importante es la edad del paciente así como el estado general en que se encuentre.

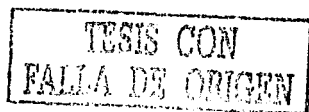
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se ha establecido dentro del tratamiento del pseudoquistes del páncreas un período de observación así como medidas médicas paliativas donde se puede apreciar que el pseudoquiste evoluciona a su resolución espontánea, cuando esto no ocurre ha transcurrido cierto tiempo el cual es de seis semanas aproximadamente donde el pseudoquiste ha formado una pared relativamente gruesa y que permita realizar el tratamiento quirúrgico requerido.

La elección de la operación variará o dependerá de acuerdo con el tamaño, naturaleza, situación y tipo de quiste así como de la situación que guarde el paciente en su estado general. Dependiendo de ello se conocen los siguientes procedimientos quirúrgicos para el manejo del pseudoquiste del páncreas:

1. - Drenaje Externo
2. - Marsupialización
3. - Drenaje Interno que incluye:
 - a) Cistogastrostomía
 - b) Cistoduodenostomía
 - c) Cistoyeyunostomía



- 4.- Existión
- 5.- Resección que abarca el cuerpo y la cola del páncreas con esplenectomía donde se incluye el quiste en la resección, completándose la operación con cierre metuculoso del conducto pancreático o realizar pancreatoyeyunostomía o preferiblemente pancreatogastrostomía.
- 6.- Resección Pancreatoduodenal.
- 7.- Esfinterotomía transduodenal combina con el paso de un catéter de polietileno hacia el conducto pancreático principal hacia la cavidad del seudoquiste, siendo aspirado el contenido el cual puede drenar hacia la tercera porción del duodeno o exteriorizar el catéter y posteriormente colocarlo a succión.

Dentro del seudoquiste del páncreas se ha visto que se debe de esperar un tiempo óptimo para realizar el tratamiento quirúrgico y el cual es de seis semanas, ya que es el tiempo necesario para encontrar una cápsula lo suficientemente gruesa para permitir la anastomosis correspondiente.

Sin embargo, hay situaciones en donde esto no es posible como en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

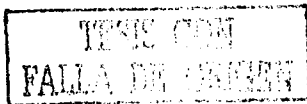
caso de que el pseudoquiste se encuentre infectado, apreciándose gran ataque al estado general, lo que no permitirá esperar las seis semanas requeridas.

La sintomatología en estos casos es la siguiente:

Fiebre, la cual es mayor de 38 grados, Leucocitosis mayor de 15.000, dolor epigástrico muy intenso, náusea y vómito, ocasionando la presencia de un cuadro séptico muy importante que repercutirá sobre el estado general del paciente y por lo que se debe de actuar de inmediato sobre un tipo de tratamiento quirúrgico antes del tiempo óptimo donde lo más indicado es llevar a cabo el drenaje externo donde se encuentra indicado, ya que si se realiza otro procedimiento como el drenaje interno, se corre el riesgo de una recidiva del pseudoquiste lo cual repercute en el paciente para una nueva Cirugía.

HISTORIA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL SEUDOQUISTE

Los quistes y pseudoquistes del páncreas fueron descritos en el año de 1761 por Morgagni en casos estudiados de autopsia. La primera ope-



ración para quiste o pseudoquiste de páncreas fué llevada a cabo por Le Dentu en 1865, realizando un drenaje externo de un gran pseudoquiste, falleciendo el paciente por una peritonitis.

Lucke y Klebs drenaron posteriormente en 1867 un quiste con resultados fatales. La primera operación con éxito realizada fué en 1882 por Bozeman, quien realizó Exisión del quiste. En 1883 se llevó a cabo el método por Marsupialización por Gussenbauer. Umberden en 1911 fué el primero en reportar el procedimiento del Drenaje Interno y en su caso anastomosó el quiste de la cabeza del Páncreas al duodeno, falleciendo la paciente varios días después. En 1923, Jedlicka fué el primer Cirujano en realizar la Cistogastrostomía, y Hahn llevó a cabo y popularizó la Cistoyeyunostomía. En 1931, Jurasz fué el primero en describir la técnica transgástrica de la cistogastrostomía, siendo esta operación apoyada durante los últimos años como una cirugía sencilla, segura y fácil de realizar en la mayoría de los quistes o pseudoquiste del páncreas.

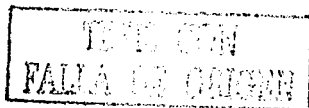
1.- DRENAJE EXTERNO SIMPLE

Es un método efectivo de tratamiento, especialmente para los pseudoquistes originados en traumatismos no penetrantes del páncreas o en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

traumatismos quirúrgicos, así como a los que siguen después de pancreatitis aguda recidivante. Este método es aplicable cuando el quiste es reciente y con pobre desarrollo de la pared del mismo y con presencia de absceso de contenido lo que repercute sobre el estado general del paciente lo que obliga a una decisión quirúrgica de este tipo y donde se han reportado el menor número de recidivas del pseudoquiste aunque con complicaciones de fístulas pancreáticas, las cuales cierran en su mayoría hasta los seis meses, y en caso contrario debe realizarse resección quirúrgica de la fístula.

Este método es particularmente aplicable a los pseudoquistes situados sobre la cabeza del páncreas o conectados sobre el proceso uncinado. Sin embargo, los pseudoquistes en esta localización pueden ser tratados por una Cistoduodenostomía transduodenal. Normalmente el Drenaje Externo puede llevarse a cabo con rapidez y éxito mediante la aspiración del líquido por medio de un trócar o cánula de Mayo-Ochsner, luego de lo cual se explora la cavidad y se logra para descartar la presencia eventual de Neoplasias. De no hallarse elementos de este tipo, se introduce una sonda de pezzet a través de la incisión del quiste y se fija al mismo, y posteriormente será sacado por con-



trabertura y fijado a la pared y colocado a succión continua.

2. - PROCEDIMIENTO DE MARSUPIALIZACION

Este método prácticamente se encuentra abandonado ya que ello implica realizar una fístula pancreática con las consecuencias de la misma, siendo similar al Drenaje externo y con el agravante de que lesionará en forma importante la pared abdominal, debido a ello solo se menciona como un método que se realizó el siglo pasado.

3. - DRENAJES INTERNOS

Estos tipos de drenaje son los más popularizados en los últimos 30 años, siendo de 3 tipos.

- a) CISTOGASTROSTOMIA TRANSGASTRICA
- b) CISTODUODENOSTOMIA
- c) CISTOYEYUNOSTOMIA EN Y DE ROUX U OMEGA DE BROWN

La Cistogastrostomía transgástrica es el método más usado en la actualidad, debido a la rapidez, seguridad y sencillez del procedimiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

to así como a un menor número de recidivas del pseudoquistes y menor morbimortalidad consecuentemente. Este método es muy usado ya que con frecuencia la pared posterior del estómago se adhiere firmemente al pseudoquiste.

La técnica es una incisión media supraumbilical donde se localiza el cuerpo del estómago y se incide su pared anterior sobre la porción más prominente del quiste; posteriormente se procede a evacuar el contenido del pseudoquiste con un trócar y se amplía el orificio dejado por el trócar y se procede a marsupializar la pared posterior del estómago con la pared del pseudoquiste y se cierra la pared anterior del estómago en dos planos. Los resultados inmediatos y tardíos son excelentes en el 85% de los pacientes, con una tasa de mortalidad del 1 al 3% y con una corta estancia hospitalaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La Cistoduodenostomía se ha utilizado para los quistes que se localizan en la cabeza del páncreas o el proceso uncinado, pudiéndose llevar a cabo por vía transduodenal evitando cuidadosamente lesionar los conductos pancreáticos y el colédoco o el ampulla de Vater, debido a su situación anatómica y la cercanía de estructuras importantes se han reportado tasas de mortalidad que llegan hasta el 5%.

La Cistoyeyunostomía es otro de los procedimientos del drenaje interna, ocupando el segundo lugar entre los 3 en realizarse, y que puede llevarse a cabo por vía antecólica o retrocólica, utilizando una Y de Roux para su reconstrucción, la cual da los mejores resultados. El procedimiento en Y de Roux consiste en seccionar el yeyuno de 15 a 20 cm por abajo del ligamento de Treitz, anastomosándose el externo proximal del asa distal con la porción más inferior del quiste utilizando la forma término-terminal o término-lateral; el externo distal del cabo proximal (la porción más cercana al ligamento de Treitz) se anastomosa en forma término-lateral al asa ascendente del yeyuno.

4. - Exisión del Seudoquiste

Aunque esta operación constituye la forma ideal, la morta

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

lidad en las series publicadas y las dificultades técnicas - que implica, limitan su aplicación práctica ya que es factible realizarla cuando se localiza hacia la parte distal del páncreas y que no involucre estructuras vitales, realizando resección segmentaria con la esplenectomía.

5. - Resección Pancreatoduodenal

Este tipo de procedimiento quirúrgico implica Cirugía Mayor y no se debe de utilizar como procedimiento inicial, - solo en los casos en donde se demuestre además del seudoquiste, la presencia de una tumoración maligna o en los - casos complicados de seudoquiste recidivante que se asocie con pancreatitis recidivante o lesiones traumáticas extensas de duodeno y páncreas.

6. - La Esfinterotomía.

La esfinterotomía transduodenal está indicada en ciertos - casos que pueden llevarse a cabo por la colocación de un - catéter de polietileno sobre el conducto pancreático principal y llevar su extremo distal sobre la tercera porción del duodeno para drenar libremente hasta aciar el seudoquiste.

Se indica sobre lesiones localizadas en la cabeza del páncreas, aunque este método se usa muy rara vez.

Material y Metodos

Se revisan 14 expedientes en los cuales se menciona como diagnóstico Seudoquistes del páncreas.

Los parámetros se toman de acuerdo con las series publicadas por otros autores en este tema:

1. - Evolución e instalación del cuadro clínico
2. - Principales síntomas y signos
3. - Distribución por edad y sexo
4. - Etiología del padecimiento
5. - Exámenes de Laboratorio que incluye
 - a) Biometría Hemática
 - b) Leucocitosis
 - c) Glucosa en sangre
 - d) Amilasa sérica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- e) Proteínas totales
 - f) Calcio
 - g) Tiempo de Protrombina
6. - Exámenes de Gabinete que incluyen:
- a) Serie esófagogastroduodenal
 - b) Ultrasonografía (últimos 2 años)
7. - Tratamiento quirúrgico efectuado
8. - Morbilidad
9. - Mortalidad
10. - Resultados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVOLUCION E INSTALACION DEL CUADRO CLINICO

De los 14 pacientes que se revisaron sus expedientes es difícil valorar este parámetro ya que la mayoría de los pacientes se presentaron a nuestro Hospital con su cuadro clínico avanzado y que por sus antecedentes es difícil precisar con exactitud el inicio del cuadro. De todas maneras, se encuentran los siguientes datos:

El tiempo varió desde 3 días como mínimo para realizar el diagnóstico hasta 6 semanas que fué el tiempo máximo hasta antes de realizarse un procedimiento quirúrgico, con un promedio de 2.7 - semanas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEUDOQUISTE DEL PANCREAS

Principales Síntomas y Signos

Síntomas y/o Signos	No. Casos	%
Dolor Abdominal	14	100
Masa Epigástrica	14	100
Pérdida de Peso	11	78.5
Fiebre	7	50
Náusea y Vómito	12	85.7
Antecedentes de Pancreatitis	10	71.42

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	MASCULINO	FEMENINO	No. CASOS	%
30-40		1	1	2	14.28
41-50		4		4	28.57
51-60		2		2	14.28
61-70		2		2	14.28
71-80		4		4	28.57
		(92.77%)	(7.23%)		

Se aprecia la presencia de dos picos de mayor incidencia sobre la - quinta década de la vida así como la octava, concordando solamente el primer pico con estadísticas de otros autores como Shatney y -- cols. , lo que nos puede indicar que el segundo grupo se trate de -- pacientes con problemas pancreáticos crónicos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ETIOLOGIA DEL PADECIMIENTO

CAUSA	No. CASOS	%
Pancreatitis	4	28.57
Alcoholismo	5	35.71
Desconocida	3	21.42
Traumática	1	7.14
Enf. Biliar	1	7.14

De estos 14 casos estudiados se puede ver que son dos las etiologías más frecuentes y las cuales son concomitantes ya que la mayor frecuencia de pancreatitis es por alcoholismo en nuestro medio lo cual lo engloba a estas dos causas como a una sola dando un porcentaje de 64.28%.

EXAMENES DE LABORATORIO

DETERMINACION	CRITERIO DE ANORMALIDAD	%
B H	Menor de 12 gr.	64.28
Leucocitosis	Mayor de 10,000	100
Glucosa en sangre	Mayor de 120 mg.	100
Amilasa serica	Mayor de 160 U	85.71
Protefnas totales	Menor de 4.5 gr.	78.57
Calcio	Menor de 8.5 mg.	14.28
T. de Protrombina	Mayor de 16'	42.85

Aquí se han excluído otras pruebas de funcionamiento hepático como la Fosfatasa alcalina y colesterol ya que en la revisión de expedientes no se encontraron en todos los casos, así mismo, se excluye la lipasa enzima que no es solicitada por rutina en nuestro Hospital pero que debería de tomarse por rutina en este tipo de pacientes, por otro lado vemos que este cuadro se encuentra con mucha

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

similitud con las series de otros autores, encontrando más marca
do algunas pruebas que en las reportadas por ellos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EXAMENES DE GABINETE

Serie Esofagogastroduodenal.

Datos Obtenidos:

- a) Desplazamiento del estomago
- b) Ensanchamiento del arco duodenal
- c) Apertura del espacio gastrocolico
- d) Presencia de masa que desplaza el contenido abdominal
- e) Presencia de calcificaciones
- f) Imagen de vidrio despulido

Ultrasonografía

Datos Obtenidos:

- a) Demostración de masa pancreatica de contenido no sólido.
- b) Demostración de la madurez del pseudoquiste por el engrosamiento de la pared

Se omiten los estudios de medicina nuclear ya que no se contaba -- con este tipo de estudios en nuestro Hopsital, pero actualmente se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuenta con lo que podemos completar nuestros estudios para este -
tipo de pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO

TIPO DE CIRUGIA	No. CASOS	%
Cistogastrostomia	13	92.85
Drenaje externo	1	7.15

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORBILIDAD

COMPLICACION	No. CASOS	%
Septicemia	4	28.57
Neumonía	3	21.42
Cetoacidosis	2	14.28
Diabétes	4	28.57

De los 14 pacientes las complicaciones se presentaron en 9 pacientes lo que nos da una morbilidad global del 64.28%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORTALIDAD

De los 14 pacientes estudiados se encontró que 3 fallecieron en el postoperatorio y donde se apreció que la causa de muerte fue la septicemia que el paciente presento aunado a las enfermedades asociadas como fueron EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), Hipertensión Arterial Sistémica, Cardiopatía Isquémica, Diabétes Mellitus, Insuficiencia renal así como un estado nutricional muy deficiente.

MORTALIDAD**3 Pacientes****21.42%**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESULTADOS

De los 14 pacientes estudiados se observa que 3 pacientes fallecieron por sepsis, de los cuales a 1 se le realizó drenaje externo, al resto de los pacientes se les realizó Cistogastrotomía, pero el -- problema de nuestro Hospital es que no hay seguimiento de los pacientes para control de su enfermedad y que solamente tenemos como parámetros el Alta del paciente ya sea por defunción o por mejoría por lo que suponemos que los 11 restantes evolucionaron en forma satisfactoria con el procedimiento quirúrgico que se les realizó.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIOS Y DISCUSION

De los pacientes revisados encontramos que la evolución de su cuadro no es muy precisa ya que durante la revisión de los expedientes se encontró que no estaban completos y que además no hay seguimiento adecuado de los pacientes, aún así, se pudo precisar un cuadro evolutivo de 4 semanas de promedio al tiempo del inicio de la enfermedad, aunque en los datos estadísticos aparece un tiempo promedio de duración de 2.7 semanas, y esto se debe a que nuestros pacientes pertenecen a una clase social baja donde impera la alimentación deficiente así como la desnutrición lo cual favorece la presentación de este tipo de padecimiento y que siendo un padecimiento altamente debilitante nos explica la situación que prevalece en nuestro medio. En cuanto a la sintomatología pudimos apreciar por lo anteriormente mencionado, la presencia en un 100% del dolor abdominal así como la palpación de una masa epigástrica con un 78.5% de pérdida de peso la cual no se cuantificó pero que todos los pacientes notaron, siendo probable que la mayoría lo haya presentado en menor o mayor cantidad pero que no todos lo refirieron, otra sintomatología fué la presencia de náusea o vómito y fiebre, hasta en un 85% los primeros y un 50% el segundo, en ocasiones pueden presentar -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

otros signos acompañantes como diarrea, contipación, ectericia, hematemesis o melena. Estos hallazgos se pueden comparar con las series publicadas por Clayton H. Shatney y Cols. (Ann Surg - 189-4, April 1979), donde los hallazgos son muy similares, así como la serie de Bradley y Cols., (Ann Surg December 76).

La edad fué variable, encontrándo la mayor incidencia entre los 41 á 50 años, así como de los 71 a los 80 años, y esto se debe en -- gran parte al alcoholismo que hay en nuestro país sobre la clase social media y baja donde se aprecia mucho este fenómeno.

El sexo tuvo marcada tendencia hacia el sexo masculino, ya que de los 14 casos revisados, 13 de ellos fueron hombres y 1 mujer, -- siendo muy frecuente en nuestro medio este tipo de padecimiento -- por el alcoholismo, ya que la mujer por lo general no llega al grado de embriaguez del hombre pero se aprecia en otro tipo de series de otros autores que la frecuencia y relación del sexo tiende a au--mentar en las mujeres, ya que la etiología del padecimiento tiende a varias, ya sea producido por Traumatismos, por medicamentos, por Enfermedad biliar o desconocida.

En cuanto a los exámenes de laboratorio nuestros pacientes debido

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a que no se puede precisar con exactitud su inicio del padecimiento, se encuentra muy florido la presencia de alteraciones en los mismos, donde encontramos muy manifiesto el ataque al estado general, así como la presencia de sepsis lo que se manifiesta en forma categórica en los resultados que se obtienen en los reportes, así apreciamos la presencia de Leucocitosis en un 100%, Hiperglicemia en el 100%, así como la presencia de Hipoproteinemia y de amilasemia en un porcentaje mayor del 75%, siendo los demás resultados alterados pero no en proporción tan importante como los mencionados anteriormente. Si estos resultados se comparan con otras series de pacientes, podemos apreciar el estado general de nuestro paciente en relación con los de otras series, donde los nuestros se encuentran en condiciones más precarias, lo que repercute sobre la morbimortalidad de otros autores es mucho más baja, con resultados mucho mejores que los nuestros. Otro parámetro de utilidad es la Ultrasonografía, realizándose solo en 4 pacientes, en los últimos dos años, donde de acuerdo con ella se realizó el diagnóstico en forma rápida así como nos informó del estado de la pared, la cual es paralela a la edad del pseudoquistes.

Después de valorar estos casos estudiados se aprecian fallas impor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tantes para poder obtener mejores resultados y poder compararlos con otras series por lo que ha motivado a presentar una metodología de estudio para este tipo de pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

METODOLOGIA PROPUESTA PARA EL ESTUDIO DEL SEUDOQUISTE DEL PANCREAS

A todo paciente que ingrese con el Diagnóstico de Seudoquiste del páncreas se debe de estudiar de la siguiente manera:

1. - Historia Clínica completa
2. - Exámenes de Laboratorio que incluye una Biometría Hemática completa, Química Sanguínea, Pruebas de Funcionamiento Hepático donde se incluye TGO, TGP Fosfatasa Alkalina, Proteínas totales con relación A/G, Bilirrubinas totales, así como la Directa, Determinación de Amilasa sérica y urinaria, así como de Lipasa Sérica y Urinaria, Calcio sérico, y Pruebas Hemorragíparas.

3. - Exámenes de Gabinete

Se incluyen los siguientes:

- a) Telerradiografía de Tórax
- b) Placas simple de abdomen en dos posiciones
- c) Serie esófagogastroduodenal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- d) Urografía Excretora
- e) Ultrasonografía
- f) Tomografía Axial Computarizada
- g) Gammagrafía Hepática y Pancreática
- h) Colangiografía Endovenosa
- i) Duodenografía Hipotónica
- j) Duodenoscopia con canulación del conducto de Wirsung
- k) Angiografía selectiva

Llevando a cabo esta metodología de estudio para el paciente con pseudoquistes del páncreas, se obtiene una precisión diagnóstica del 99%, así mismo, nos permite realizar un diagnóstico diferencial más preciso, y nos indicará la situación real del paciente, indicando de esta forma el criterio que ya se mencionó al principio de esta revisión para realizar el tratamiento quirúrgico más adecuado.

Además, se debe de llevar a cabo un seguimiento adecuado del paciente, con citas periódicas cada 6 meses después que haya sido dado de alta, ya que ninguno de los pacientes estudiados se ha seguido un control de los mismos, por lo cual es difícil tener mejores datos de estadística a un plazo más largo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFIA

1. - Andersen, B. N. , Hancke, S. Nielsen, S.A.D. , etal The diagnosis of pancreatic Cyst By Endoscopic Retrograde - Pancreatography and Ultrasound Scanning, Ann. Surg. 185, 286, 1977.
2. - Bradley, et al. Implications of diagnostic Ultrasound in -- the Surgical Management of Pancreatic Seudocyst Am. J. Surg. 127, 163, 1974.
3. - Clayton Shatney, et al. Surgical treatment of Pancreatic - Seudocyst, Ann Surg April 1979.
4. - Edward Bradley, et al. Acute Pancreatic Seudocyst Ann -- Surg December 1976.
5. - Choichi Sugawa, et al. Endoscopic Retrograde Pancreato- graphy in the Surgery of Pancreatic Pseudocyst. Surgery - October 1979, Vol 86 #4.
6. - Bernard Owens, et al. Pancreatic Abscess and Pseudocyst Arch. Surg. Vol 112, Jan 1977.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. - Martin E. W., Catalano P. et al. Decisión quirúrgica en el tratamiento del pseudoquistes pancreático. Drenaje interno contra drenaje externo. A. M. J. Surg. December 1979.
8. - Elechi, E. N., et al. Tratamiento del pseudoquistes pancreático por medio del drenaje externo. Surg. Gynecol. Obstet 1979 148 (5): 707-10.
9. - Bodurtha A. J., Dajje. Análisis de 29 casos de pseudoquistes pancreáticos tratados quirúrgicamente. Can J. Surg. 1980, September 23 (5) : 432-4.
10. - Gilman, P. K., et al. Inusual Diagnostic aspects and Current management of pancreatic pseudocyst. Am. Surg 40:326, 1974.
11. - Van Heerden, J. A., et al., Pseudoquistes del Páncreas Revisión de 71 casos. Arch. Surg. 110:500, 1975.
12. - Andrew Warshaw, et al. Nuevos cambios de la isoamilasa y la aparición de la antigua amilasa en el suero del paciente con pseudoquistes pancreáticos. Gastroenterología Dic. --- 1980, 79 (6): 1246-51.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN