

11209
45
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CENTRO MEDICO NACIONAL

GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL
SEUDOQUISTE DEL PANCREAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. OSCAR GARCIA ARCEGA

FALLA DE ORIGEN



IMSS

Puebla, Pue. 1995





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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
CENTRO MEDICO NACIONAL (MANUEL AVILA CAMACHO)
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL

**TITULO: TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL
SEUDOQUISTE DEL PANCREAS**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

Dr. Oscar garcia Arcega Matrícula 10129391 residente de 3º año de la especialidad de cirugía general.

ASESOR:

Dr. Pedro Reyes Páramo Médico no familiar adscrito al departamento de gastrocirugía.

LOCALIDAD DE LA INVESTIGACION:

Departamento de Gastrocirugía Hospital de especialidades Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho calle 2 norte 2005, centro, Puebla, Pue. Tel. 42-45-20.

DOMICILIO DEL INVESTIGADOR:

Boulevard de la 22 sur 5125, Tel. 45-92-92.

A MIS PADRES:
QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO
SU AMOR Y CONFIANZA.

A MIS HERMANOS:
ALICIA Y GUILLERMO

A MI PRIMO:
EDGAR POR SU VALIOSA
COLABORACION TECNICA.

A MI NOVIA:
POR SU APOYO MORAL Y
COMPRESION EN MOMENTOS DIFICILES.

A LA UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO
DE PUEBLA POR SER LA INSTITUCION QUE ME DIO LA
OPORTUNIDAD DE FORMARME COMO MEDICO.

A MIS MAESTROS QUE ME GUIARON POR EL CAMINO
DEL CONOCIMIENTO.

INDICE

	NO.
INTRODUCCION.....	1
ANATOMIA DEL PANCREAS.....	2
FISIOLOGIA.....	3
FISIOPATOLOGIA.....	4
SEUDOQUISTE PANCREATICO.....	6
DIAGNOSTICO.....	7
TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	8
COMPLICACIONES.....	10
JUSTIFICACION.....	11
OBJETIVOS.....	12
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	14
TABLAS Y GRAFICAS.....	15
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSION.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	27

INTRODUCCION

Hace 20 años se creía que los pseudoquistes rara vez remitían espontáneamente, de hecho, todavía es cierto que los pseudoquistes maduros casi siempre persisten. Sin embargo, desde el advenimiento de la Ultrasonografía y la TAC se ha hecho claro que no es inusual que los pseudoquistes inmaduros desaparezcan espontáneamente. Parece más probable que los pseudoquistes más pequeños (menos de 5 cms. de diámetro) remitán espontáneamente.

Debe pensarse en un pseudoquiste de páncreas en todo paciente con persistencia de los síntomas después de un episodio de pancreatitis aguda o luego de un traumatismo abdominal. El dolor es la molestia más común seguido de náuseas, vómito y pérdida de peso.

La TAC y la Ultrasonografía han reemplazado totalmente a la seriada GI alta en el diagnóstico y seguimiento del pseudoquiste pancreático. La CPRE es una técnica invasiva que en muchos casos se ha subemplado en la evaluación de pseudoquistes pancreáticos. Sugawa y Walt informan una exactitud diagnóstica del 89%¹⁰.

En la antigüedad el tratamiento quirúrgico tenía poco campo de acción en el manejo de los pseudoquistes, y debido a la alta tasa de complicaciones asociadas con pseudoquistes maduros actualmente la presencia de un pseudoquiste persistente es una indicación quirúrgica con una morbi mortalidad aceptable.

La cirugía moderna en caso de pseudoquistes pancreáticos ofrece tres opciones: 1 Drenaje externo, 2 Drenaje interno que incluye quistogastrostomía, quistoduodenostomía o quistoyeyunostomía en Y de Roux y 3 Resección de la porción de páncreas que contiene el pseudoquiste. Cada uno de los procedimientos tiene ventajas y desventajas por ende la evaluación prequirúrgica y criterio quirúrgico son esenciales. La elección de la operación depende de diversos factores, como la madurez del pseudoquiste, su tamaño, su ubicación anatómica y si ha ocurrido o no una complicación⁸.

ANATOMIA DEL PANCREAS

El páncreas puede dividirse en 3 partes: 1 cabeza abrazada por la curva duodenal, 2 cuerpo que cruza la columna vertebral, 3 cola situada a nivel de hilio del bazo.

Gracias a su desarrollo embriológico, el conducto del páncreas se divide en 2, uno principal llamado de Wirsung que nace en la cola del páncreas y el Conducto pancreático accesorio de Santorini que drena la porción anterosuperior de la cabeza del páncreas.

La ampolla de Vater es una dilatación del conducto pancreatobiliar común adyacente a la papila que está debajo de la unión de los dos conductos. El páncreas recibe sangre del tronco celíaco y de la mesentérica superior. La cabeza del páncreas y la superficie cóncava del duodeno son irrigadas por dos arcadas arteriales pancreatoduodenales constantes. En general las venas del páncreas son paralelas a las arterias y corren en un plano más superficial que ellas. Ambas están detrás de los conductos. El drenaje se cumple hacia las venas porta, esplénica y mesentéricas superior e inferior.

Como se anticiparía por la posición del páncreas, el drenaje linfático es centrífugo y va hacia los grupos de ganglios centrales. No hay denominación convencional para estos ganglios. Dada la íntima relación entre el páncreas y otros órganos, es difícil saber hasta donde debe llevar la resección para eliminar ganglios linfáticos.

La inervación del páncreas se halla por la división simpática del sistema nervioso autónomo por medio de los nervios espláncnicos y por la división parasimpática por medio de los vagos.

La anatomía microscópica del páncreas es bien conocida. En efecto, está formado por grandes lobulillos soldados entre sí para formar un órgano; a su vez cada lobulillo está integrado por lobulillos más pequeños, y éstos a su vez por acinos diminutos; los acinos constan de grupos de células secretoras de las que depende la secreción enzimática del páncreas. Los islotes de Langerhans, diseminados por todo el páncreas están formados de 4 tipos de células denominadas alfa, beta, gamma y delta. Depende de estas células la secreción de la insulina, glucagon y otras sustancias¹⁰.

FISIOLOGIA

El páncreas puede secretar de 1000 a 4000 mililitros de líquido por día. El jugo pancreático es un líquido alcalino de pH 8 compuesto de dos constituyentes principales, uno de ellos integrado por agua, electrolitos y bicarbonato; éste último representa la contribución más importante de la fracción líquida. Por otra parte, corresponde al sodio el 95% de los cationes del jugo pancreático. La otra porción se halla formada por encimas que contribuyen a la digestión de las grasas, proteínas y carbohidratos y que se hallan representadas, aunque no en su totalidad, por las enzimas amilasa, tripsina y lipasa.

El páncreas es estimulado por factores nerviosos y hormonales, con una fase intestinal y gástrica cefálica en su secreción. Como cabría esperar de su íntima relación con el duodeno, el cual abraza su cabeza, la secreción principal del páncreas se halla bajo control duodenal e intestinal, a través de la acción de secretina y colecistocinina. Todos los alimentos estimulan la producción de jugo pancreático, pero los carbohidratos son estimulantes más débiles que los aminoácidos y grasas. En consecuencia, el tratamiento de la pancreatitis aguda, que implica inhibición de la secreción pancreática, se basa en la administración de una dieta baja en grasa y moderadamente pobre en carbohidratos, al menos durante las etapas tempranas ¹⁰.

FISIOPATOLOGIA

Insuficiencia endocrina.

La diabetes sacarina es una secuela frecuente de la pancreatitis crónica de larga evolución; el 50% de estos enfermos ocurre diabetes manifiesta. La observación de que avanza a la par de la de insuficiencia endócrina sugiere que ambas se originan por procesos similares. Las complicaciones vasculares de la diabetes son raras en sujetos con diabetes pancreática.

Aunque sólo se requiere de 10 a 20 % del páncreas normal para conservar la homeostasia de la glucosa, resecciones incluso limitadas pueden producir diabetes dependiente de insulina en algunos sujetos con enfermedad crónica de la glándula.

La diabetes es en particular difícil de tratar después de pancreatometomía total, debido a la extirpación, no sólo de los islotes secretores de insulina, sino también de las células contraregulatoras que secretan glucagón. Esos enfermos por lo general sólo requieren dosis moderadas de insulina (24 unidades en promedio al día) y tienen menos propensión a cetoacidosis. Sin embargo, presentan hipoglucemia con facilidad y tienen muchísima sensibilidad a cambios leves en la dosis de insulina, la dieta, o las demandas metabólicas⁸.

Insuficiencia exocrina.

La esteatorrea es la manifestación más frecuente de insuficiencia pancreática exocrina, y a veces es muy notoria, con diarrea oleosa, líquida y fétida que contiene elevadas concentraciones de grasa. También es posible que haya absorción deficiente de proteínas y carbohidratos. La hipoproteinemia es rara, a menos que haya también cirrosis, ascitis pancreática o una enteropatía perdadora de proteínas. Pocas veces hay deficiencia de vitaminas A y K liposolubles, pero a menudo se observa deficiencia de las E y D.

El páncreas exocrino tiene reserva considerable, de modo que la secreción de enzimas debe disminuir a menos de 10% de lo normal antes de que aparezcan esteatorrea o azorrea. La mayoría de los enfermos con insuficiencia pancreática exocrina tienen desnutrición⁹.

Patogenia de la pancreatitis.

Desde el punto de vista morfológico, la pancreatitis aguda se caracteriza por lesiones que, cuando son leves, constan de áreas dispersas de necrosis grasa y edema pancreático, pero cuando son graves, pueden comprender necrosis gras peri e intrapancreática extensa, necrosis parenquimatosa y hemorragia. La eliminación de la causa primaria y de complicaciones, pseudoquistes y estrecheces, evita ataques recurrentes de pancreatitis.

La pancreatitis crónica se caracteriza en clínica por episodios recurrentes o persistentes de dolor abdominal, aunque en ocasiones ocurre pancreatitis crónica sin dolor. En la pancreatitis crónica es posible que se encuentren grados diversos de inflamación, edema y necrosis y pueden observarse quistes y pseudoquistes, con infección o sin ella ³.

Complicaciones de la pancreatitis crónica.

La pancreatitis crónica casi siempre es un padecimiento fibroinflamatorio progresivo, que causa grados variables de destrucción de elementos endo y exocrinos, o que puede originar con el tiempo insuficiencia pancreática.

Además de la insuficiencia pancreática y el dolor, otro grupo de enfermos con pancreatitis crónica presentará una complicación mecánica, como rotura del conducto, con la formación de un pseudoquiste, ascitis pancreática o hidrotórax, o extensión del proceso fibroinflamatorio para incluir el colédoco, la vena esplénica o arterias adyacentes. A diferencia de trastornos pancreáticos funcionales, como insuficiencia que se tratan en forma conservadora con recursos médicos, esas complicaciones mecánicas requieren tratamiento del mismo tipo (quirúrgico) ⁹.

SEUDOQUISTE PANCREATICO

El pseudoquiste de páncreas es una cavidad de contenido líquido limitado por una pared no recubierta de epitelio, que se forma por lesión u obstrucción de los conductos pancreáticos.

En las primeras semanas de su desarrollo los pseudoquistes tienen solo una delgada cápsula fibrosa y los límites de la comunicación pueden no ser claros. Luego sigue un período de maduración en el cuál la cápsula del quiste se hace más gruesa y sus límites se hacen claros. Este proceso ocurre de 4 a 8 semanas después de la formación inicial del pseudoquiste. Una vez que se ha formado un pseudoquiste maduro puede permanecer relativamente estable de tamaño, puede continuar creciendo lentamente dentro de un espacio limitado o puede diseminarse a lo largo de planos histicos retroperitoneales. Se ha hecho claro que no es inusual que los pseudoquistes inmaduros desaparezcan en forma espontanea. 4.

DIAGNOSTICO

Por imagen.

Las características de los pseudoquistes en cuanto a tamaño, localización y contenido pueden precisarse bien en los estudios de TAC y Ultrasonido observándose como masas líquidas ocupantes de espacio bien delimitadas, que desplazan estructuras adyacentes. Con frecuencia su líquido no es homogéneo debido a la existencia de un sangrado previo intraquistico o a la presencia de restos necróticos; esto queda reflejado en el Ultrasonido y la Tomografía por la presencia de cambios en la ecoestructura o densidad del pseudoquiste.

Manifestaciones clínicas.

Debe pensarse en un pseudoquiste de páncreas en todo paciente con persistencia de los síntomas después de un episodio de pancreatitis aguda o luego de un traumatismo abdominal. El dolor abdominal es la molestia más común seguido de las náuseas, vómitos, pérdida de peso, fiebre, ictericia y en ocasiones se palpa una masa abdominal ⁴.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Debido a la alta tasa de complicaciones asociadas con pseudoquistes maduros (crónicos). La presencia de un pseudoquiste persistente es una indicación de cirugía. Además, es necesario tratamiento quirúrgico en todos los pseudoquistes cuando se produce una complicación.

La cirugía moderna en caso de pseudoquistes pancreáticos ofrece tres opciones: 1 Drenaje externo, 2 Drenaje interno, 3 resección de la porción del páncreas que contiene el pseudoquiste.

La elección de la operación depende de diversos factores, como la madurez del pseudoquiste, tamaño, ubicación anatómica y si ha ocurrido o no una complicación.

En general, los pseudoquistes de menos de 6 semanas tienen una cápsula delgada que impide el drenaje interno. Cuando una intervención quirúrgica se hace necesaria dentro de las primeras 6 semanas habitualmente se debe a infección o rotura. En estas circunstancias hay acuerdo unánime en que el drenaje externo es la operación de elección ⁶.

Drenaje externo.

La técnica está estandarizada. Luego de la aspiración de líquido para confirmar la ubicación del pseudoquiste y para cultivo se hace un orificio en la pared del pseudoquiste. La cavidad se irriga y se rompen las loculaciones. Se debrida suavemente el interior de la cavidad con el dedo índice si se considera necesario. Se introduce un drenaje colector blando en la cavidad y si es posible se fija al pseudoquiste. La sonda se exterioriza por contraabertura y se coloca aspiración continua de baja presión.

En pseudoquistes infectados que tienen paredes gruesas y están adheridos a la pared gástrica posterior puede emplearse la técnica de Smith o drenaje externo transgástrico. Las principales desventajas del drenaje externo son la recurrencia del pseudoquiste que ocurre al rededor del 20%.

Drenaje interno.

En general el drenaje interno es la operación de elección en caso de pseudoquistes pancreáticos maduros no complicados. La elección específica del procedimiento está dada por la ubicación del pseudoquiste.

La quistogastrostomía transgástrica es la operación más empleada ya que muchos pseudoquistes están adheridos a la pared posterior del estómago.

A través de una larga incisión epigástrica vertical se hace una gastrostomía anterior y un orificio en la pared posterior del estómago sobre el pseudoquiste. Se

reseca una elipse de estómago y pseudoquistes de 3 a 4 cms. se introduce el dedo y se debrida, luego la gastrotomía anterior se cierra en dos planos.

La quistoduodenostomía transduodenal para pseudoquistes ubicados en la cabeza del páncreas en estrecho contacto con el duodeno. sigue los mismos principios que la quistogastrotomía.

La quisto yeyunostomía en Y de Roux se reserva para aquellos casos en los cuáles la ubicación anatómica del pseudoquiste hace que el drenaje transgástrico o transduodenal sea técnicamente imposible. Estos quistes habitualmente se agrandan hacia abajo a través del mesocolon transversal. Se corta el Yeyuno 20 cms. por debajo del ligamento de Treitz y el asa yeyunal distal se anastomosa con la pared quística a nivel del mesocolon transversal en 2 planos, con una técnica laterolateral o término lateral con el Intestino delgado a 40 cms. por debajo de la quistoyeyunostomía.

Resección.

Es raro que se encuentre un pseudoquiste que puede researse por enucleación, con sacrificio de una cantidad mínima de tejido pancreático adyacente. Sin embargo es una situación muy rara ¹¹.

COMPLICACIONES

El 42% de los pacientes con pseudoquistes pancreáticos experimentan una complicación mayor. Estas complicaciones incluyen obstrucción, infección, hemorragia y rotura. La infección es la complicación más común de los pseudoquistes. EL comienzo de la infección es anunciado por la aparición de fiebre, taquicardia, taquipnea y dolor abdominal en aumento ³.

JUSTIFICACION

El pseudoquistes del páncreas es una entidad que se presenta con poca frecuencia, pero debido a que puede presentar complicaciones mayores se consideró necesario revisar las técnicas quirúrgicas.

En este estudio se analizaron los casos detectados y tratados de manera quirúrgica en el hospital Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho".

OBJETIVOS

General.

Investigar estudio que analice los casos detectados y tratados quirúrgicamente de pseudoquistes de páncreas en el hospital Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho" en los últimos 3 años.

Específicos:

- 1.- Conocer los métodos diagnósticos utilizados preoperatoriamente.**
- 2.- Conocer las causas que originaron el pseudoquiste de páncreas.**
- 3.- Reportar el Método operatorio utilizado en cada caso.**
- 4.- Revisar los resultados posoperatorios.**
- 5.- Comparar los resultados obtenidos con lo descrito en la literatura.**

MATERIAL Y METODOS

Se presenta la experiencia de tres años en el tratamiento quirúrgico del pseudoquistes de páncreas del hospital Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho delegación Puebla entre 1990 y 1993. Mediante el análisis retrospectivo de un registro longitudinal.

Sólo se incluyen los casos diagnosticados por imagen y operados. Los pacientes se intervinieron por diferentes cirujanos. Se diagnosticaron 13 pacientes de los cuáles 8 se excluyeron por expediente incompleto.

RESULTADOS

Los cinco pacientes restantes se sometieron a análisis. Se encontraron 3 del sexo femenino y 2 del sexo masculino (pág.16) con un rango de edad entre 17 y 68 años con una media de 37.8 años (pág.17).

Los síntomas preponderantes fueron: dolor, náuseas, vómito, adelgazamiento y diarrea (pág.18). El sitio más frecuente fué: 3 en el cuerpo y 2 en la cabeza del páncreas (pág.19). En 4 existió el antecedente de cirugía previa y uno con pancreatitis alcohólica, 3 operados por pancreatitis biliar y 1 por pancreatitis necrótica hemorrágica y reintervenido por absceso pancreático (pág.20).

El tiempo del cuadro agudo fué de 2 a 12 meses con una media de 6.4 (pág.21). En los 5 pacientes el diagnóstico se realizó por TAC y Ultrasonografía, se encontró que el tamaño del pseudoquiste variaba entre 4 x 3 cms. a 11 x 9 cms (pág.22).

Se realizaron 5 intervenciones quirúrgicas que consistieron en 3 cistogastrostomías, 1 cistoyuniónanastomosis en Y de Roux y 1 operación de Smith (pág.22). No se presentaron complicaciones quirúrgicas.

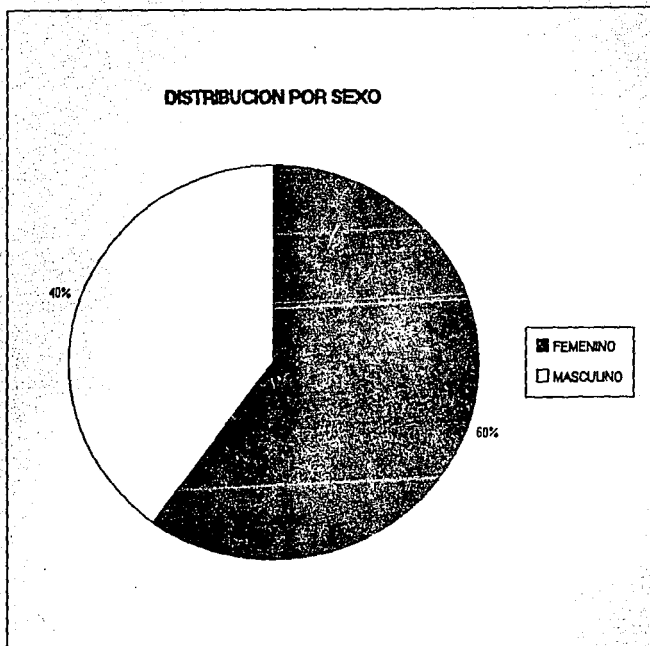
El paciente fué dado de alta entre el 6° y 11° día con una media de estancia de 8 días (pág.23). 1 paciente presentó fiebre a los quince días de la cirugía. Se descartó absceso residual por Ultrasonido respondiendo a manejo conservador.

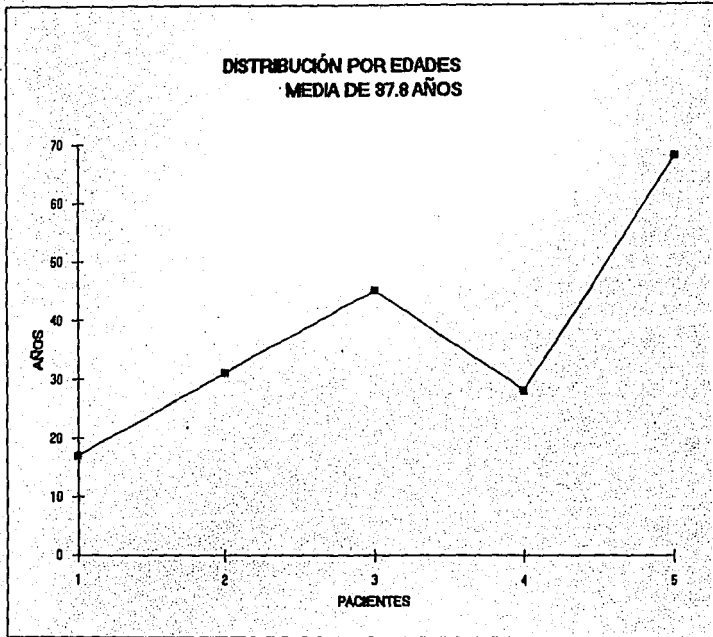
Actualmente todos se encuentran asintomáticos con un seguimiento entre 4 y 18 meses con una media de 5.4 (pág.24) el reporte histopatológico corroboró el pseudoquiste pancreático en los 5 casos. La mortalidad fué de 0 con una morbilidad de 20 %.

TABLAS

Y

GRAFICAS





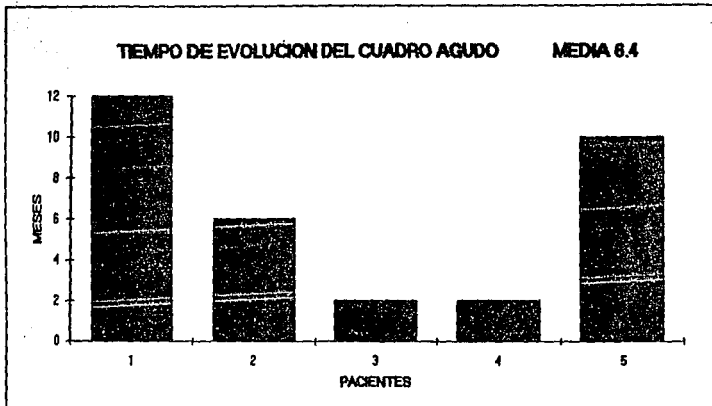
<i>SINTOMAS</i>	<i>NUMERO DE PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
DOLOR	5	100
NAUSEAS	5	100
VOMITO	5	100
ADELGAZAMIENTO	3	60
DIARREA	1	20
FIEBRE	1	20

SITIO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
CABEZA	3	60
CUERPO	2	40
COLA	0	0
TOTAL	5	100

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANTECEDENTES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
PANCREATITIS BILIAR	3	60
PANCREATITIS NECROTICA HEMORRAGICA*	1	20
PANCREATITIS ALCOHOLICA	1	20
TOTAL	5	100

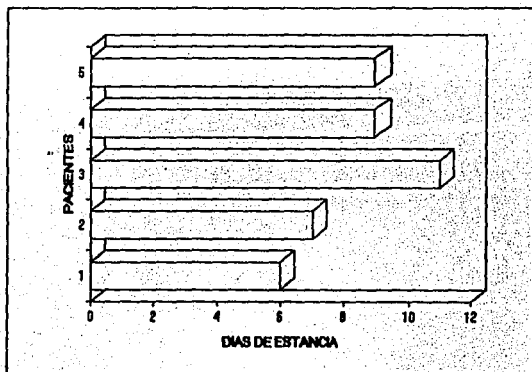
*UNA REINTERVENION POR ABSCESO PANCREATICO

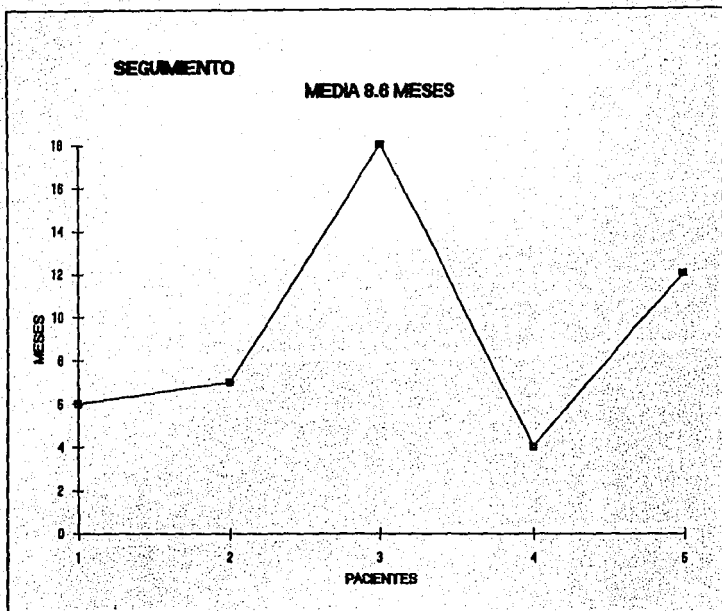


<i>PACIENTES</i>	<i>TAMAÑO (CMS)</i>	<i>TPO DE CIRUGIA</i>
1	11X9	CISTOYEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX
2	7X4	CISTOGASTRO
3	7X8	CISTOGASTRO
4	6X3	OPERACION DE SMITH*
5	4X3	CISTOGASTRO
* CISTOGASTROSTOMIA • DRENAJE EXTERNO		
EN EL SEUDOQUISTE INFECTADO.		

<i>PACIENTES</i>	<i>TIPO DE CIRUGIA</i>	<i>ESTANCIA HOSPITALARIA</i>
1	CISTOGASTROSTOMIA	6
2	CISTOGASTROSTOMIA	7
3	CISTOGASTROSTOMIA	11
4	CISTOYEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROLIX	9
5	OPERACION DE SMITH	9

ESTANCIA MEDIA 8 DIAS.





DISCUSION

Los resultados del estudio nos indican que el pseudoquistes se presenta en ambos sexos (60% femenino y 40% masculino) y en cualquier década de la vida. En nuestro estudio fué en un rango entre 17 y 68 años. Nosotros no contamos con población pediátrica, lo que justifica la ausencia de casos de pseudoquistes en niños en nuestra unidad. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente seguido de náuseas, vómito, adelgazamiento, diarrea, fiebre, tumoración abdominal. El dolor, náuseas y vómito se presentaron en el 100% de los casos; adelgazamiento y fiebre en 20%.

Puede producirse lesión del páncreas durante procedimientos quirúrgicos y formación de pseudoquistes después de una variedad de operaciones incluyendo: resección pancreática, gastrectomía, operación del área periampular, esplenectomía, etc. La cirugía por pancreatitis biliar en nuestro caso fué la causa más frecuente relacionada con formación de pseudoquistes pancreáticos (60%).

En general, el drenaje interno es la operación de elección en caso de pseudoquistes pancreáticos maduros no complicados. La cistogastrostomía es la operación más frecuente, saca ventaja del hecho de que muchos pseudoquistes maduros están densamente adheridos a la pared posterior del estómago sobre el quiste; esta cirugía se empleó en el 60% de nuestros casos.

La resección del pseudoquistes con sacrificio de una cantidad mínima de tejido pancreático adyacente es una situación muy rara. No encontramos ningún caso.

Existen tres complicaciones mayores luego de cirugía por pseudoquistes pancreáticos a saber: Fístula pancreática, recurrencia del pseudoquistes, hemorragia posoperatoria. No se presentaron ninguna de estas complicaciones mayores pero sí un paciente presentó fiebre a los quince días de posoperado descartándose absceso residual por Ultrasonido. Evolucionó en forma satisfactoria con manejo médico.

CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos en el estudio podemos concluir lo siguiente:

El pseudoquistes pancreático se presenta en ambos sexos y en cualquier década de la vida.

Los síntomas preponderantes son dolor abdominal, náuseas, vómito y con menor frecuencia fiebre y adelgazamiento. El sitio más frecuente es en el cuerpo y cabeza del páncreas.

El diagnóstico se sospecha con el cuadro clínico, antecedentes y tiempo de evolución.

El procedimiento más frecuente es el drenaje interno, siendo la cistogastrostomía la cirugía más empleada.

La estancia hospitalaria es breve con un promedio de 8 días.

La evolución posoperatoria es satisfactoria a los 8 meses en promedio.

Los resultados del estudio nos indican que el tratamiento quirúrgico del pseudoquistes de páncreas es seguro y eficaz en cirujanos experimentados con una baja morbilidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Torres WE, Evert MB, Baumgarther BR, Bernardino ME Percutaneous aspiration and drainage of pancreatic pseudocysts AJR 1986 147: 1007-1009.
- 2.- Sonnenberg van E Muller PR, Percutaneous drainage of 2501 abdominal abscesses and fluid collections Radiol 1984 151 337-341.
- 3.- Buchmann P Rothlin M. Abscesses and pseudocysts as a sequela of acute pancreatitis Helv Chir- Acta 1992 May 59(1) 67-73.
- 4.- Fall B, Thognon P, Ndiaye M, Pancreatic pseudocyst: diagnosis treatment Apropos of 7 casos Dakar Med 1990 35(2) 177-181.
- 5.- Adams DB, Anderson, MC Am Surg Changing concepts in the surgical management of pancreatic pseudocysts 1992 Mar; 58(3) 173-180.
- 6.- Williams KJ Fabian TC, Pancreatic pseudocyst: recommendations for operative and nonoperative management. Am surg 1992 mar 58(3) 199-205.
- 7.- Vitas GJ SarrMG Selected management of pancreatic pseudocysts Operative versus expectant management. Surgery 1992 Feb III(2) 123-130.
- 8.- Michael I. Staer, MD. Clasificación y patogenia de la pancreatitis. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. 1989 Volúmen 3 Página 529-539.
- 9.- Edward L. Bradley III, Complicaciones de la pancreatitis de la pancreatitis crónica. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. 1989 Volúmen 3, Página 543-560.
- 10.- Howard M. Spiro, Gastroenterología clínica, Interamericana.- 1980, Página 906-908.
- 11.- Nyhus / Baker, El dominio de la cirugía, Panamericana, 1986, páginas 999-1032, tomo II