

11209

57



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

MANEJO DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO
EXPERIENCIA EN 5 AÑOS EN TRATAMIENTO
CONSERVADOR Y QUIRURGICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DRA. BERTHA CECILIA GONZALEZ MOTE

L 290371

ASESOR:
DR. MAURICIO DE LA FUENTE LIRA



MEXICO, D.F.

FEBRERO 2001



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).

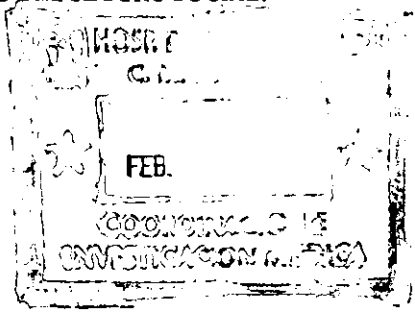
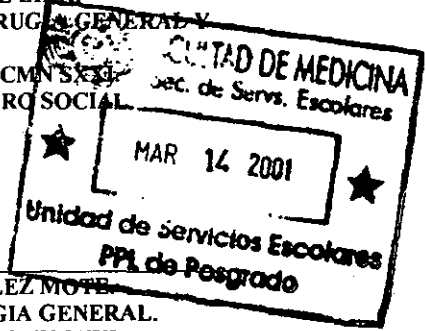
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

DR. NIELS R. WACHER RODARTE.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.
PROFESOR TITULAR EN EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA
GENERAL.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL Y GASTROINTESTINAL.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DR. MAURICIO DE LA FUENTE LIRA.
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y
GASTROINTESTINAL.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DRA. BERTHA CECILIA GONZALEZ MOTE.
RESIDENTE CUARTO AÑO DE CIRUGIA GENERAL.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



AGRADECIMIENTOS.

A MI ESOSO:

Por que gracias a su apoyo, comprensión, paciencia y sobre todo a su amor; he podido lograr mis objetivos con entera satisfacción.

A MI MADRE:

Por que gracias a su apoyo incondicional y a las bases que me brindó, las cuales sustentan mi futuro he llegado a cumplir las metas que me propuesto y soy feliz.

A MI FUTURO HIJO.

Por significar la esperanza de una nueva vida, y mantener en mi el espíritu del triunfo y la dicha.

A MI ASESOR.

Por brindar el apoyo en todo momento, orientarme y servir de guía para la realización de este proyecto.

A MI MAESTRO (DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES):

Por enseñarme el don de la constancia, tolerancia, el esfuerzo y la gran persona de buenos sentimientos que es, por brindarme en todo momento y en las situaciones difíciles su apoyo incondicional y por hacer de cada uno de sus residentes un especialista capacitado y una persona con calidad humana. Gracias.

INDICE

RESUMEN	4
ANTECEDENTES	5
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	10
RESULTADOS	11
DISCUSION	12
CONCLUSIONES	13
GRAFICAS Y TABLAS	14
BIBLIOGRAFÍA	15

RESUMEN.

Se realizó un estudio retrospectivo con 25 pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste de Páncreas secundario a pancreatitis aguda. El estudio incluyó a pacientes que ingresaron al servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI de Enero de 1995 a Diciembre del 2000. Encontrando que 17 pacientes (68%) fue tratado con cirugía y 8 pacientes (32%) fue tratado con manejo conservador. De los pacientes tratados con manejo quirúrgico se obtuvo éxito en 15 (88%) y en 2 (12%) presentó recurrencia del pseudoquiste ameritando un segundo procedimiento quirúrgico. De los pacientes con manejo conservador se obtuvo éxito con remisión del pseudoquiste en el 100% de los casos (8 pacientes)

El método diagnóstico utilizado como standard de oro fue la TAC para determinar, situación, tamaño y morfología del pseudoquiste, complementado con CPRE y USG.

De los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico (n=17): 3 fueron sometidos a drenaje externo (12%), 1 drenaje percutáneo guiado por USG (4%), 6 a cistogastroanastomosis (24%) y 7 a cistoyeyunonastomosis (28%) El tamaño del pseudoquiste fue determinante para el tipo de tratamiento utilizado con un promedio del mismo de 11 a 15 cms. La localización del pseudoquiste fue en cuerpo de páncreas 19 pacientes (76%) y en cola 6 pacientes (24%).

Dentro de las complicaciones presentadas fueron mínimas solo en el 12% de los casos. 1 paciente (4%) con manejo quirúrgico presentó fistula pancreática, la cual se resolvió de manera satisfactoria con apoyo nutricional y tratamiento conservador. 2 pacientes (8%) con manejo quirúrgico presentaron recurrencia del pseudoquiste.

Concluimos que el tipo de cirugía más utilizado en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI es la cistoyeyunonastomosis ya que en este tipo de cirugía no se presentan recurrencias del pseudoquiste. Además que el manejo conservador es efectivo en el 100% de los casos cuando esta cumpliendo los criterios referidos en la literatura.

MANEJO DE PSEUDOQUISTE DE PANCREAS

ANTECEDENTES.

El páncreas es un órgano con función endocrina y exocrina, situado casi transversalmente en el retroperitoneo, detrás del estómago, entre el duodeno a la derecha y el bazo a la izquierda. Se divide en cabeza con su proceso uncinado, cuello, cuerpo y cola. La cabeza está situada a nivel de la segunda vértebra lumbar, cerca de la línea media. El proceso uncinado se extiende hacia atrás y a la izquierda de la cabeza de la glándula, detrás de la vena porta y los vasos mesentéricos superiores. El cuello une a la cabeza con el cuerpo de la glándula, está delante de los vasos mesentéricos superiores y la vena porta. El conducto pancreático principal (*Wirsung*) surge de la cola del páncreas y penetra en la pared del duodeno caudal al colédoco. Los dos conductos suelen encontrarse lado a lado varios milímetros antes de unirse en uno común, denominado pancreatobiliar, que penetra a la luz del duodeno en la ampolla de Vater. En los adultos el conducto principal tiene 3 a 4 mm de diámetro en la cabeza, 2 a 3 mm en el cuerpo y 1 a 2 mm en la cola. El conducto pancreático accesorio (*Santorini*) suele drenar la porción anterior y superior de la cabeza del páncreas.

La función exocrina del páncreas secreta de 1 a 2 litros/día de jugo alcalino acuoso, claro con pH 8 a 8.3, el cual contiene más de 20 enzimas digestivas diferentes. Este líquido rico en electrolitos es isosmótico con el plasma y los secretan principalmente las células centroacinares y las que constituyen las paredes de los conductos pancreáticos más pequeños en respuesta a la secretina. El jugo pancreático alcalino ayuda a neutralizar el ácido gástrico duodenal y proporciona el pH óptimo para la actividad de las enzimas pancreáticas digestivas. Las enzimas proteolíticas (tripsina, quimiotripsina, carboxipeptidasa, ribonucleasa, dextrirribonucleasa, elastasa), lipolíticas (lipasa, colipasa, fosfolipasa A2), y amilolíticas (amilasa). Aunque la lipasa y la amilasa se secretan en sus formas activas, las enzimas proteolíticas y la fosfolipasa A2 se vierten como "zimógenos" inactivos. La secreción de enzimas acinares se estimula por la descarga vagal colinérgica y la hormona CCC (colecistocimina). Otras hormonas con efecto estimulador son la secretina, péptido liberador de gastrina (PLG), bombesina, neurotensina, péptido intestinal vasoactivo (PIV). La inhiben (polipéptido pancreático, péptido relacionado con el gen de la calcitonina, péptido YY, neuropéptido Y, somatostatina) Su función endocrina incluye la producción de insulina, glucagón, somatostatina, polipéptido pancreático.(1)

El pseudoquiste se forma por la acumulación de jugo pancreático entre los espacios de los órganos adyacentes al páncreas formado por una pared de tejido fibroso y de granulación ya que carece de recubrimiento epitelial, por lo que se le denomina pseudoquiste, secundario a un proceso de pancreatitis aguda 16-50%, pancreatitis crónica en 20-40% de los casos.(3) Generalmente el pseudoquiste requiere de 4 semanas para su formación después del cuadro agudo de pancreatitis. (2) Casi un tercio de los pseudoquistes se localiza en la cabeza y dos tercios en el cuerpo y la cola de la glándula. En ocasiones suelen ser asintomáticos cuando son pequeños se manifiestan con dolor abdominal o síntomas que indican compresión de una viscera adyacente al pseudoquiste, también puede dar náusea, vómito y pérdida de peso y persistencia de amilasa elevada.

El diagnóstico se realiza mediante USG y TAC, se demuestra una lesión quística en el páncreas con pared conformada con tejido de granulación conteniendo líquido rico en enzimas pancreáticas el cual debe ser estéril. La CPRE también ayuda al diagnóstico. Las complicaciones se presentan en 40%, estas son: hemorragia la cual ocurre en 6% secundaria a erosión de vasos sanguíneos, ruptura a tubo digestivo o cavidad peritoneal en 7 % dando datos de irritación peritoneal ocasionado dicha ruptura una mortalidad del 15%, infección 14% manifestada por fiebre, ataque al estado general y leucocitosis, obstrucción del tubo digestivo 3% y del colédoco en el 6 %.(3) El tratamiento se menciona que el 40% de los pseudoquistes desaparecerá con el cuadro de pancreatitis y no ameritara ningún tratamiento quirúrgico. Cabe mencionar que los pseudoquistes menores de 5 cms que no dan sintomatología únicamente se vigilan ya que no requieren tratamiento quirúrgico. (1)

Las indicaciones de cirugía son pseudoquiste mayor de 6 cms que da sintomatología, que muestran alguna complicación de las ya mencionadas; dando resultados satisfactorios en 88% de los casos con una mortalidad 0%. (3) También se ha optado por el drenaje percutáneo guiado por USG o TAC con resultados satisfactorios en un 80% de los casos, aunque se relaciona con 16% de complicaciones como: recidiva y fistulas pancreáticas. (6, 10) Dentro de los diferentes tipos de tratamiento quirúrgico está el drenaje interno y el drenaje externo. El drenaje interno consiste en una cistogastrostomía, cistoyunostomía o cistoduodenostomía de acuerdo a la localización del pseudoquiste, es importante recalcar que al momento de intervenir a un paciente con pseudoquiste pancreático se debe realizar biopsia de la pared del mismo para descartar malignidad, la complicación más frecuente del drenaje interno es la hemorragia gastrointestinal; con una mortalidad del 7 %. (8, 9) Se prefiere drenaje externo cuando la pared del pseudoquistes no es lo suficiente gruesa para permitir una anastomosis, y cuando existe infección del pseudoquiste (7) El tratamiento de elección si las condiciones lo permiten es el drenaje interno ya que el externo cursa con 20% de fistulas pancreáticas como complicación. Otra modalidad de tratamiento es el drenaje endoscópico percutáneo guiado por TAC del pseudoquiste pancreático, realizando cistogastrostomías, cistoenterostomías y drenaje transpapilar; obteniéndose buen resultado en el 83% de los pacientes, con baja morbilidad y buenos resultados. (4, 5) Es importante mencionar que en los casos en los que se presentó recidiva del pseudoquiste el segundo tratamiento siempre debe ser cirugía abierta en cualquiera de las variedades mencionadas.

Por lo que en este protocolo queremos demostrar la experiencia que se tiene en El Hospital de Especialidades de Centro Médico Siglo XXI en el manejo de pseudoquiste pancreático y compararlo con lo descrito en la literatura.

OBJETIVOS

GENERAL.

Conocer la experiencia que se tiene en el manejo de pseudoquiste de páncreas en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de especialidades CMN Siglo XXI, en los últimos 5 años.

ESPECIFICOS.

1. Conocer el tipo de tratamiento quirúrgico empleado en los pacientes con pseudoquiste pancreático, en los últimos 5 años de pacientes del servicio de gastrocirugía del Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI.
2. Determinar si la variedad en los tipos de cirugía influye en los resultados de los pacientes.
3. Corroborar que tipo de cirugía (cistogastroanastomosis, cistoyeyunostomía, drenaje externo, pancreatomectomía parcial, lateral o distal) tiene mejores resultados y menor morbimortalidad.
4. Evaluar si los pacientes con manejo conservador presentaron remisión del pseudoquiste.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes del servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI con diagnóstico de pseudoquistes pancreáticos que fueron hospitalizados del 1 de Enero de 1995 a 31 de Diciembre del 2000.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

Pseudoquiste pancreático. Es la acumulación de jugo pancreático entre los espacios de los órganos adyacentes al páncreas formado por una pared de tejido fibroso y de granulación que carece de recubrimiento epitelial.

Cistogastrostomía. Cirugía realizada para drenaje interno de pseudoquiste pancreático donde se lleva a cabo una anastomosis del pseudoquiste con la cara posterior del estómago.

Cistoyeyunoanastomosis. Cirugía realizada para drenaje interno de pseudoquiste pancreático donde se lleva a cabo una anastomosis de la pared del pseudoquiste al yeyuno en Y Roux.

Drenaje externo. Es el que se lleva a cabo mediante punción guiada del pseudoquiste ya sea guiada por USG, TAC o mediante cirugía drenando el pseudoquiste y extrayendo su contenido fuera de la cavidad abdominal.

Manejo conservador Se trata de mantener únicamente mediante vigilancia médica y tomográfica el pseudoquiste.

Drenaje percutáneo guiado por USG. Es el que se lleva a cabo mediante la detección del pseudoquiste y localización del mismo a través de ultrasonido introduciendo una aguja percutánea guiada por el ultrasonido para llegar al sitio del pseudoquiste, drenando mediante aguja o colocación de catéter.

VARIABLES DEPENDIENTES

Edad. Tiempo real que ha pasado desde el nacimiento de un individuo hasta el último día de vida.

Sexo. Estado o condición de un individuo que se manifiesta por la producción de óvulos en el caso de la mujer así como la presencia de un par de cromosomas XX. En el caso del hombre por la producción de espermatozoides y la presencia de cromosomas XY.

Hemorragia. La presencia o evidencia de sangrado posterior a la cirugía manifestado como sangrado de tubo digestivo alto y alteraciones en el estado hemodinámico.

Dehiscencia de anastomosis. Se le denomina a la evidencia de fuga de material pancreático o intestinal a cavidad abdominal.

Fístula pancreática. Salida de material pancreático a través de pared abdominal con trayecto que comunique de páncreas a piel cubierto de endotelio.

Mortalidad. Número de casos de muerte presentada posterior al procedimiento quirúrgico o manejo conservador.

Estancia Hospitalaria. Días que el paciente permanece hospitalizado desde su ingreso hasta su egreso ya sea por mejoría o por defunción.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

Todos los pacientes con diagnóstico de pseudoquistes pancreáticos del Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI que fueron hospitalizados del 1 de Enero de 1995 a 31 de Diciembre del 2000.

NO INCLUSIÓN

Ninguno.

EXCLUSIÓN

Pacientes que se operaron de pseudoquistes pancreáticos resultando como diagnóstico tumor quístico del páncreas.

PROCEDIMIENTO.

Se capturaron el nombre y cédula de los pacientes con diagnóstico de pseudoquistes pancreáticos que ingresaron del 1 de Enero de 1995 a 31 de Diciembre del 2000 del archivo de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI, posteriormente se acudirá al Archivo clínico del mismo hospital a recabar los expedientes de los pacientes para capturar los siguientes datos: edad, sexo, enfermedades asociadas, métodos diagnósticos, tipo de tratamiento quirúrgico realizado, complicaciones transoperatorias, morbilidad, mortalidad, seguimiento de consulta externa de Gastrocirugía, dichos datos serán captados en la hoja de recolección de datos. Ya obtenidos los datos mencionados, se analizó en dos grupos los pacientes sometidos a tratamiento conservador, y los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, tamaño de pseudoquiste, la presencia o no de complicaciones y posteriormente se realizó el análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Por tratarse de un estudio descriptivo se utilizó el programa SSPS para realización de frecuencias, porcentajes, promedios.

CONSIDERACIONES ETICAS

El siguiente protocolo se ajusta a los lineamientos internacionales de investigación clínica aprobados en la declaración de Helsinki. Y no se requiere autorización legal ya que es un estudio retrospectivo.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS.

Los médicos responsables del estudio.

RECURSOS MATERIALES.

Los propios del servicio implicado, expedientes clínicos.

RESURSOS FINANCIEROS

No requiere.

RESULTADOS.

Se estudiaron 25 pacientes de los cuales 8 fueron mujeres (32%) y 17 hombres (68%) con un rango de edad de 16 a 68 años, un promedio de 34.1 años; presentándose con mayor frecuencia en la tercera década de la vida. La relación hombre-mujer es de 2.1:1. La etiología del pseudoquiste del páncreas fue antecedente de pancreatitis aguda en todos los casos. A todos los pacientes se les tomó laboratorio a su ingreso, como biometría hemática completa, química sanguínea, enzimas pancreáticas, tiempos de coagulación y pruebas de funcionamiento hepático, se les realizó toma de radiografía simple de abdomen, ultrasonido abdominal, Tomografía Abdominal y CPRE.

El tratamiento quirúrgico fue empleado en 17 pacientes (68%) y tratamiento conservador en 8 pacientes (32%) De los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico a 3 se les realizó drenaje externo (17.6%), 1 drenaje percutáneo (5.8%), 6 cistogastroanastomosis (35.2%) y 7 cistoyeyunoanastomosis (41.17%) El tamaño del pseudoquiste fue determinante para la elección del tipo de tratamiento ya que se sometieron a tratamiento quirúrgico solo aquellos con diámetro mayor a 6 centímetros, con un rango de 2 a 20 cms. con un promedio de 10 centímetros. La localización del pseudoquiste mostró que el 76% (n = 19) fue de cuerpo de páncreas y 24% de cola de páncreas (n = 6). Los días de estancia intrahospitalaria con un rango de 3 a 27 días con un promedio de 10.9 días.

Como morbilidad se presentó 1 caso de fistula pancreática en 1 paciente sometido a cistogastroyeyunoanastomosis (4%); la cual remitió con manejo conservador y apoyo nutricional con dieta enteral polimérica. Se presentaron 2 casos de recurrencia del pseudoquiste, 1 en 1 paciente sometido drenaje externo y otro sometido a cistogastroanastomosis, los dos ameritaron reintervención quirúrgico realizando cistoyeyunoanastomosis, dicha complicación corresponde a un 8% de los casos.

DISCUSIÓN.

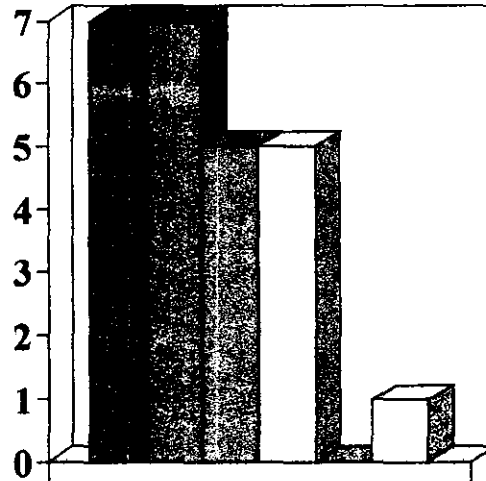
El manejo de pseudoquistes pancreáticos está bien establecido cuando debe ser conservador y cuando debe ser quirúrgico. La etiología más frecuente es secundaria a un evento de pancreatitis aguda, como lo fue en todos los casos de este estudio. La localización más frecuente del pseudoquiste es en el cuerpo en 2/3 partes, seguida de la cola y cabeza de páncreas 1/3 parte de los casos. En nuestro estudio así como en lo reportado en la literatura la localización más frecuente fue en cuerpo de páncreas 76% de los casos. Las complicaciones presentadas en los pacientes con pseudoquistes de páncreas ocurren en aproximadamente 40% de los casos y son: hemorragia, ruptura, infección, obstrucción. Sin embargo, ninguna de estas se presentó en nuestra población estudiada, solo se presentaron 1 fistula pancreática secundaria a drenaje interno con cistoyunoanastomosis, y 2 recurrencias de pseudoquiste que representaron el 12 % de nuestra población en estudio. En cuanto al tratamiento conservador se describe que hasta el 40% de los pseudoquistes de páncreas desaparecerá de manera espontánea sin ningún tipo de procedimiento, en nuestro estudio el 32% remitió con tratamiento conservador de manera satisfactoria con un éxito de 100%.

La indicación de cirugía en pseudoquistes de páncreas se debe realizar en aquellos pseudoquistes mayores de 6 centímetros, con sintomatología persistente, con complicaciones ya mencionadas o crecimiento rápido, posterior a un período de 6 a 8 semanas que se espera la maduración de la pared del pseudoquiste para llevar a cabo una buena anastomosis, se ha reportado en diferentes series un resultado satisfactorio en 88% de los casos, en nuestra investigación se obtuvo éxito en 82.3% de los casos. En cuanto al drenaje percutáneo se ha descrito que su efectividad es del 80% aproximadamente en nuestra serie fue de 100%. El drenaje interno se decide de acuerdo a la localización del pseudoquiste, sin embargo en nuestra serie se prefiere la cistoyunoanastomosis, ya que en ésta no se ha presentado ningún caso de recidiva del pseudoquiste, y en la cistogastroanastomosis se presentó 1 recurrencia que ameritó posteriormente cistoyunoanastomosis. En diferentes series se determina una mortalidad de 7%, afortunadamente en nuestra serie no se presentó ninguna muerte por lo que la mortalidad fue de 0, morbilidad de 12% (1 paciente con fistula pancreática y 2 recidivas del pseudoquiste).

CONCLUSIONES.

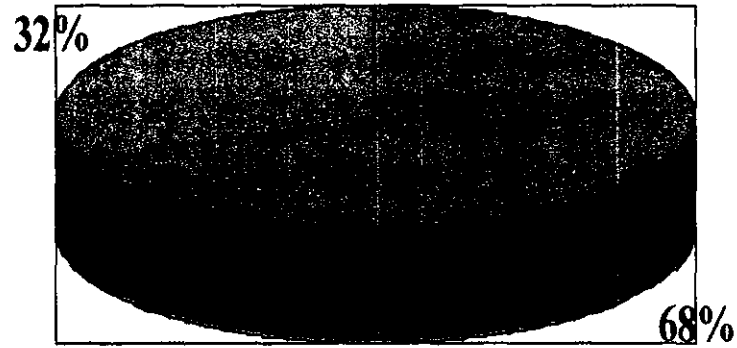
El tratamiento de elección para pseudoquistes de páncreas mayores de 6 centímetros que no disminuyen posterior a la vigilancia de 6 a 8 semanas y al contrario aumentan de tamaño y dan sintomatología es el tratamiento quirúrgico en la modalidad de drenaje interno, prefiriendo de acuerdo a este estudio la cistoyeyunoanastomosis, por su alta efectividad, por no presentar recidiva del pseudoquiste y bajo porcentaje de complicaciones que en nuestro caso fue de 0%. Demostrando además que en los pseudoquistes menores de 6 centímetros que involucionan en controles ultrasonográficos y por TAC se resuelven sin ningún tipo de tratamiento. Podemos concluir que la experiencia en el manejo de pseudoquiste de páncreas en el HECMNSXXI es adecuada y satisfactoria y acorde con lo reportado en la literatura mundial.

EDAD



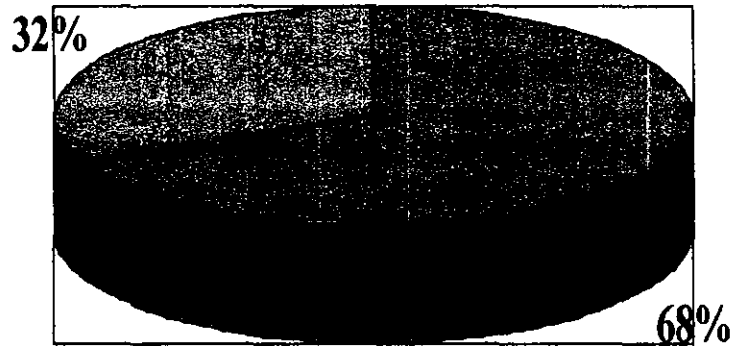
EDAD	
■ 16-25	7
■ 26-35	7
■ 36-45	5
□ 46-55	5
■ 56-65	0
□ 66-75	1

SEXO



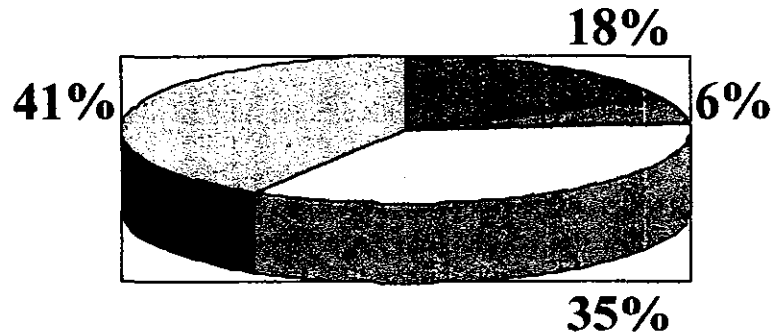
■ MASCULINO 17 ■ FEMENINO 8

TRATAMIENTO



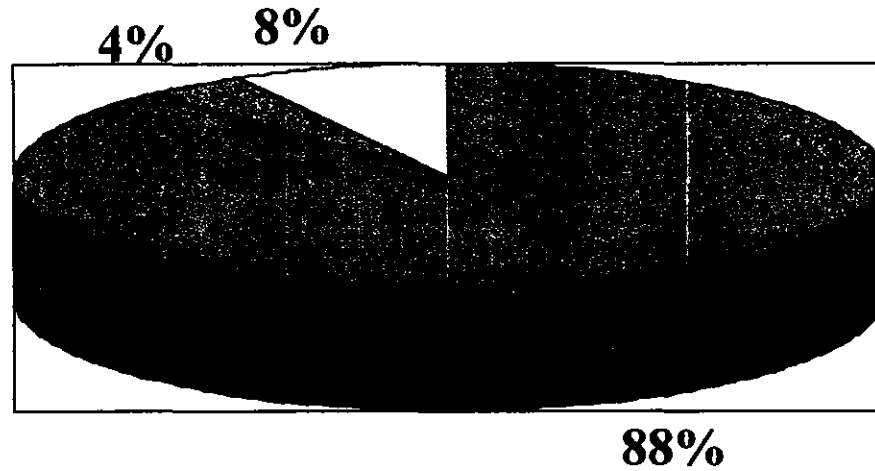
■ QUIRURGICO 17 ■ CONSERVADOR 8

CIRUGIA



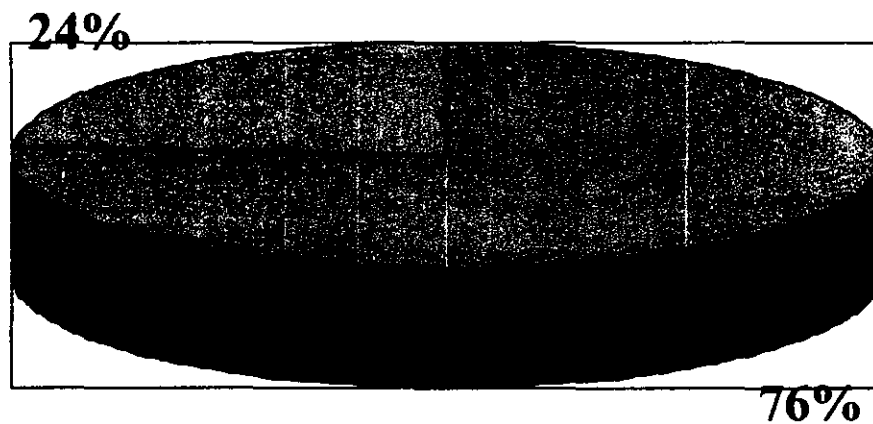
■ DRENAJE EXTERNO	3
■ DRENAJE PERCUTANEO	1
□ CISTOGASTRO	6
■ CISTOYEYUNO	7

COMPLICACIONES



■ NINGUNA 22 ■ FISTULA 1 □ RECURRENCIA 2

LOCALIZACION



■ CUERPO 19 ■ COLA 6

XII. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Lloyd M. Nyhus. El Dominio de la Cirugía.3ª. México 1986. págs. 999-1049.
- 2.- Edward L. Bradley, et al. A. Clinically Based Classification System for Acute Pancreatitis. Archives Surgery Vol. 128 Mayo 1993 págs. 586-590.
- 3.- Ryan Heider, et al. Percutaneous Drainage of Pancreatic Pseudocysts is Associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients. Annals of Surgery Vol. 229 No. 6 1999 págs. 781-789.
- 4.- Vitalae GC, et al. Endoscopic Drainage of pancreatic pseudocyst. Surgery 1999 Octubre Vol. 126(4) 616-621.
- 5.- Libera ED, et al. Pancreatic pseudocyst transpapillary and transmural drainage. HPB Surgery 2000 Vol. 11(5) 333-8.
- 6.- Adams DB, Srinivasan A. Failure of percutaneous catheter drainage of pancreatic pseudocyst. American Surgery 2000 marzo Vol. 66 (5) 256-61.
- 7.- Boerma D. , et al. Internal drainage of infected pancreatic pseudocyst safe our sorry? Digestion Surgery 1999 Vol. 16(6) 501-505.
- 8.- Yemos K. Et al. Surgical mangement of pancreatic pseudocyst. Minerva Chirurgie 1999 Junio Vol. 54 (6) 395-402.
- 9.- Boggi U. Et al. Nonoperative mangement of pancreatic pseudocyst. Problems in diferencial diagnosis. International Journal pancreatol. 1999 Abril Vol. 25 (2): 123-33.
- 10.-Heider R. Et al. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocyst is associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected paciente. Annal Surgery 1999 Junio 229 (6) : 781-7.