

REV MED POST UNAH
 VoL 4 No. 2
 May o-Agosto, 1999.

PSEUDOQUISTE Y ABSCESO PANCREÁTICO: CISTOGASTROSTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN, REPORTE DE 8 CASOS

PSEUDOCYST AND PANCREATIC ABSCESS: CYSTOGASTROSTOMY LIKE A TREATMENT OF CHOICE, A REPORT OF 8 CASES

Ana Patricia Rueda*, Francisco Ayes-Valladares**

RESUMEN. OBJETIVO: El pseudoquiste pancreático representa un problema poco común en el manejo de pacientes con enfermedad pancreática. El propósito de este estudio es demostrar que el drenaje del pseudoquiste a través de una cistogastrostomía es un método seguro que permite realizar debridamiento adecuado del material necrótico y pus, evitando infección sobreagregada y/o formación de fístula, así como toma de biopsia adecuada de la pared del pseudoquiste.

MÉTODO. Se estudiaron ocho pacientes que fueron ingresados en el Servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital escuela con pseudoquiste pancreático.

RESULTADOS. Al 75% se realizó drenaje interno a través de cistogastrostomía, a 12.5% drenaje externo y 12.5% se manejó conservadoramente. Seis pacientes resolvieron su pseudoquiste, de éstos a cinco se les realizó cistogastrostomía y uno resolvió espontáneamente. Dos de los pacientes fallecieron, uno por choque séptico y otro por reactivación de la pancreatitis (probablemente por nueva ingesta de alcohol).

CONCLUSIÓN. La cistogastrostomía es un procedimiento inocuo que resuelve el problema satisfactoriamente.

PALABRAS CLAVE: Pseudoquiste, absceso pancreático, cistogastrostomía.

ABSTRACT. OBJECTIVE: Pancreatic pseudocyst represents an uncommon problem in the management

of patients with pancreatic disease. The objective of this study is to demonstrate that the drainage of pancreatic pseudocyst through a cystogastrostomy is a safe procedure that permit to make an appropriate necrosectomy, avoiding superinfection and fistula formation. It being able to take a biopsy of the pseudocyst wall.

METHODS. 8 patients with pancreatic pseudocyst admitted at the Surgical Emergency ward of the Hospital Escuela were included in the study.

RESULTS. In 75% of cases an internal drainage through a cystogastrostomy was performed; in 12.5% an external drainage and 12.5% received a conservative management. In 6 patients the pseudocyst was resolved, 5 of them were managed with cystogastrostomy and 1 had spontaneous resolution. Two patients died, one due to septic shock and the other one because of pancreatitis reactivation probably due to alcohol ingestion.

CONCLUSION. Cystogastrostomy is an innocuous procedure that helps to resolve satisfactorily the problem.

KEY WORDS: Pseudocyst, pancreatic abscess, cystogastrostomy.

INTRODUCCIÓN.

Un pseudoquiste pancreático es una colección de jugo pancreático, limitada por una

* Residente III Año Postgrado de Cirugía General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ** Servicio de Urgencias Quirúrgicas, Hospital Escuela.

pared no epitelizada, como consecuencia de una pancreatitis aguda, trauma pancreático o pancreatitis crónica. Pseudoquiste infectado es sinónimo de absceso (i). La presencia de éstos se ha reportado en aproximadamente 10% de pacientes después de una pancreatitis aguda alcohólica (2,3).

El pseudoquiste se desarrolla como resultado de la digestión de líquido rico en enzimas, sangre y detritus; la reacción inflamatoria estimulada induce al desarrollo de la pared, que toma de cuatro a seis semanas para que se desarrolle, madure y adelgace (i, 3).

Se sospecha el desarrollo de un pseudoquiste cuando: un episodio de pancreatitis no se resuelve, pacientes con niveles altos de amilasa sérica, dolor abdominal, masa epigástrica, náuseas, vómitos, fiebre y leucocitosis (3, 4). Otras formas de presentación pueden estar relacionadas a complicaciones del pseudoquiste: infección, hemorragia y ruptura (i, 3, 5-7). Los pseudoquistes pueden ser únicos o múltiples, su tamaño varía hasta 30 cm pero generalmente son de 4 a 8 cm (3,5).

Para su diagnóstico se cuenta con el ultrasonido, la tomografía axial computarizada y la pancreatografía retrógrada endoscópica, con alto grado de certeza de 90% (3, 8-10).

El tratamiento óptimo depende de la precisión del diagnóstico, un pseudoquiste puede ser manejado de distintas maneras (11, U):

1. Observación (8,13-15).
2. Endoscópico:
 - Drenaje transpapilar
 - Drenaje transentérico (1,3,11,16-20)
3. Radiológico:
 - Aspiración transcutánea

Drenaje con catéter rígido
Derivación protésica transentérica (3,14, 21-23).

4. Cirugía:

Drenaje externo

Drenaje interno:

Cistogastrotomía

Cistoduodenostomía

Cistoyeyunostomía

Resección

(1, 3, 5, 8,13,14, 21, 24-27)

5. Laparoscopia (26,28).

RESULTADOS.

En el período comprendido de Enero a Septiembre de 1998, se ingresaron ocho pacientes con pseudoquiste pancreático al servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital Escuela, de los cuales todos pertenecen al sexo masculino con edades comprendidas entre 17 y 61 años.

Las causas predisponentes a desarrollo de pseudoquiste fueron pancreatitis alcohólica en 50%, trauma en 25% y otras causas de pancreatitis en 25%.

CUADRO 1

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

SIGNOS Y SINTOMAS	No.	%
MASA	7	87.50
DOLOR	7	87.50
PLENITUD GÁSTRICA	7	87.50
PIEBRE	5	62.50
NAUSEAS Y VOMITOS	4	50.00
PERSISTENCIA DE PANCREATITIS	2	25.00

Entre los síntomas y signos que presentaban la mayoría de los casos (87.5%) se quejaban de dolor, plenitud gástrica y masa abdominal (Cuadro 1).

Se realizaron a los pacientes hemograma completo, encontrando en 75% leucocitosis mayor de 15,000/mm, en 25% leucocitosis entre 10-15,000/mm. Se encontró hiperamilasemia en 37.5% y a dos se les realizó amilasa urinaria encontrando niveles altos.

Entre las complicaciones 12.5% presentó hemorragia intracística y 37.5% infección del pseudoquiste, de éstos uno fue ingresado con choque séptico. Se comprobó el diagnóstico por ultrasonido en el 100% de los casos y al 50% se les realizó TAC; en 62.5% se reportó el tamaño de la masa, en 80% de ellos era mayor de 10 cm, en 20% menor de 10 cm, así mismo se reportó en éstos la localización del pseudoquiste, a nivel de la cabeza del páncreas 12.5% en cuerpo y cola 25% y en cabeza y cuerpo 25%.

El 12.5% de los estudios reportó el grosor de las paredes del pseudoquiste y la presencia de gas y detritus en el interior del mismo. El manejo fue quirúrgico en 87.5% y de forma conservadora 12.5%.

Seis de los pacientes (uno de ellos manejado de forma conservadora y cinco con cistogastrostomía) resolvieron su pseudoquiste; dos pacientes fallecieron, uno por reactivación de la pancreatitis y hemorragia intracística posterior al egreso, y el otro a quien se le realizó drenaje externo desarrolló un síndrome de insuficiencia suprarrenal aguda secundaria a sepsis, este último fue el único que se operó antes de las seis semanas por el estado crítico que presentaba. Los demás fueron intervenidos después de las seis semanas que se espera para maduración del pseudoquiste.

DISCUSIÓN

El manejo del pseudoquiste pancreático y la selección de pacientes para tratamiento

quirúrgico se ha definido claramente. El drenaje interno por cistogastrostomía fue realizado por primera vez en 1921, desde entonces se han ideado diversos métodos de abordaje para la resolución de esta patología.

Al igual que en la literatura, en este estudio, la aparición del pseudoquiste fue precedida de un ataque de pancreatitis aguda, secundario a la ingesta de alcohol en el 50% de los pacientes, 25% postraumático y el 25% restante secundario a otras causas de pancreatitis, comparado con lo reportado por Beebe y Cois, que la primera causa fue alcoholismo en 80% de 55 pacientes estudiados (8). No se presentó ningún caso con pancreatitis crónica (2,3).

Entre los síntomas más comunes que presentaron nuestros pacientes están: masa epigástrica, dolor y plenitud gástrica en 87.5%; Karaüzel reportó dolor, masa epigástrica, náuseas y vómito en nueve de sus pacientes 90% (5). Hiperamilasemia se encontró en 37.5% de los casos comparado con 60 a 70% reportado (3,5).

En el 100% de los casos el diagnóstico fue clínico basado en la anamnesis y el examen físico, confirmados todos por ultrasonido abdominal, sólo a cuatro pacientes se les realizó TAC, a pesar del 90% de certeza del diagnóstico que se reporta en la literatura (8).

Las indicaciones de manejo quirúrgico fueron, al igual que lo establecido en la literatura, pseudoquistes mayores de seis cm que no resuelven (persistencia del dolor, masa que aumenta de tamaño, obstrucción del tránsito gástrico y presencia de complicaciones) (8, n, 14, 28). Se recomienda observarlos por seis a ocho semanas, ya que desaparecen espontáneamente o madura la pared para cirugía (29).

Se realizó drenaje interno, cistogastrostomía a las seis semanas, en seis pacientes con resolución del pseudoquiste en 100% de ellos. Complicándose uno de ellos con hemorragia intracística que presentó tres semanas después del egreso por reactivación de la pancreatitis, desconocemos si hubo ingesta de alcohol posterior a la cirugía.

La cistogastrostomía permitió el debridamiento de tejido necrótico en cinco intervenciones (83%), drenaje de material purulento de pseudoquistes infectados (abscesos) en tres pacientes (50%); con toma de biopsia en todos los casos. Cabe mencionar que cinco de los seis casos operados eran gigantes (mayor de 10 cm) realizándoles cistogastrostomía, los que son manejados por Behrman con cistoyeyunostomía, ya que ellos reportan complicaciones en cinco de siete pacientes a quienes realizaron cistogastrostomía.

El seguimiento postoperatorio se realizó con ultrasonido pero se puede utilizar también la tomografía.

Uno de los pacientes, con pseudoquiste de 19 cm fue manejado conservadoramente, el cual en tres semanas disminuyó su tamaño a cinco cm, un mes después había resolución del pseudoquiste. Un paciente se operó antes de las seis semanas realizando drenaje externo del pseudoquiste infectado, por el estado de sepsis en que se encontraba.

BIBLIOGRAFÍA.

- Howard John, et al. Surgical diseases of the pancreas. 3^{ra}. Ed. 1998.
- Sanfey H, et al. Pseudocyst of the páncreas, a review of 97 cases. The American Surgeon. 1994 ;Sept: 661-668.
- Gumaste V, et al. Pancreatic pseudocyst. The Gastroenterologist. 1996; 4 (1):33-43.
- Safioleas M. Therapeutic strategies for pancreatic pseudocysts. JR Coll Surg Edin. 1995; 40: 192-193.
- Karaguzel G, et ai. Surgical management of the pancreatic pseudocyst in children: a long term evaluation. Jour Ped Surg. 1995; 30:777-780.
- Canakkalelioglu L. The management of bleeding from a pancreatic pseudocyst: a case report. Hepatogastr. 1996; 43: 278-281.
- Sand JA, et al. Intracystic hemorrhage in pancreatic pseudocyst: initial experiences of a tretment protocol. Páncreas. 1997; 14:187-191.
- Beebe D, et al. Management of pancreatic pseudocyst. Surg. Gyn & Obstet. 1984, 159:562-563.
- Back MR. Intraoperative ultrasound assessment in management of complex pancreatic pseudocyst. Surg Endose. 1997; 11:1126-1128.
- Gouyon B. Predictive factors in the outeome of pseudocyst complicating alcoholic chronic pancreatitis. Gut. 1997; 41: 821-825.
- Beckingham J. endoscopic management of pancreatic pseudocyst. Brit Jour Surg. 1997; 84: 1638-1645.
- Behrman S, et al. Pancreatic pseudocyst following an acute pancreatitis. Am J Surg. 1996; 172:228-231.
- Vitas G. selected management of pancreatic pseudocyst: operative vrs. expectant management. Surg. 1992; 111: 123-130.
- Spivak H. Management of pancreatic pseudocyst. Am Coll Surg. 1998, 186: 507-511.
- Walt A. The impact of technology on the managemet of pancreatic pseudocyst. Arch Surg. 1990;125: 759-763.
- Giovannini M. Cystogastrostomy entirely performed under endosonography guidance for pancreatic pseudocyst: result in six patients. Gastrointes Endose. 1998;48(2):200-203.
- Howeli DA. Endoscopic management of pseudocyst of the páncreas. Gastrointest Endose Clin N Am. 1998;8(1):143-162.
- Catalano MF. Treatment of pancreatic pseudocyst with ductal communication by transpapillary pancreatic duct endoprothesis. Gastrointes Endose. 1995;42(3):214-218.
- Barthet M. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic pseudocysts. Gastrointes Endose. 1995; 42(3): 208-213.
- Smits ME. The efficacy of endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts. Gastrointes Endose. 1995;42(3):202-207.
- Campuzano M. Pseudoquiste de páncreas, drenaje quirúrgico Rev Gastroent Mex. 1996:61(4):63-67.

22. Mathur SK, Percutaneous pigtail catheter drainage of pancreatic pseudocysts. *Ind J Gastroenter.* 1998; 17(1):3-5.
23. Tennoe B, et al. Percutaneous drainage of intraesplenic pancreatic pseudocyst. *Acta Radiol.* 1996; 37: 195-197.
24. Tucci GF. Surgical treatment of pancreatic pseudocyst. *G Chir.* 1996; 17: 242-248.
25. Pavlovsky M. Current management of pancreatic pseudocyst. *Hepatogastr.* 1997; 45:846-848.
26. Trias M. Intraluminal stapled laparoscopic cystogastrostomy for treatment of pancreatic pseudocyst. *Brit Jour Surg.* 1995; 82:403.
27. Eeftinck M. Surgical treatment of pancreatic pseudocyst. *Br Jour Surg.* 1982;6:593-594.
28. Targarona EM. Laparoscopic treatment of pancreatic pseudocyst. *Int Surg.* 1996;81:1-5.
- 29, Yang Y. Diagnosis and surgical management of pancreatic pseudocyst. *Chung Chih.* 1996; 34:355-358.