

Manejo endoscópico del pseudoquiste pancreático

Mauricio Gabrielli N¹, Carolina Paz M², Paulina Troncoso G³, Carlos Cárcamo I⁴,
Aliro Venturelli L⁵; Orlando Felmer E¹

Resumen

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones de fluido localizadas, rodeadas por una pared no epitelial, que habitualmente aparecen tras la rotura u obstrucción de un conducto pancreático, secundario a un episodio de pancreatitis o a un traumatismo. Los síntomas independientemente de su origen son: dolor, náusea, fiebre y pérdida de peso. Es frecuente encontrar al examen una masa palpable, generalmente epigástrica y menos frecuentemente ictericia. En relación a su tratamiento este depende tanto del tamaño del pseudoquiste, el tiempo de evolución y el estado en que se encuentra el paciente, pues no es inhabitual que pseudoquistes pequeños, en pacientes estables tengan una resolución espontánea. Sin embargo, cuando esto no ocurre está indicado el drenaje quirúrgico del pseudoquiste, que puede ir desde un drenaje externo, hasta técnicas mimamente invasivas, ya sean laparoscópicas o endoscópicas, que en los últimos años han tenido un fuerte desarrollo. En relación a esto, presentamos un caso de drenaje endoscópico interno realizado en el Hospital Base Valdivia, de un pseudoquiste pancreático, en un paciente de 36 años secundario a pancreatitis aguda grave. (Palabras claves/Key words: Pseudoquiste/pseudocyst, pancreatitis/pancreatitis, colecciones pancreáticas/pancreatic collections, drenaje interno/internal drainage).

INTRODUCCIÓN

Desde que Morgagni en 1761 realizó la primera descripción de un pseudoquiste pancreático, diversos han sido los métodos empleados para el tratamiento de esta entidad que anteriormente se creía de escasa ocurrencia, pero que con el advenimiento de los estudios imagenológicos como la ultrasonografía y la tomografía, se ha logrado demostrar que su frecuencia es mucho mayor. Hasta el 40% de las pancreatitis agudas desarrollan colecciones, de las cuales el 80% se reabsorben, espontáneamente y el 20% restante evolucionan hacia pseudoquistes propiamente tales, siendo entonces, las lesiones quísticas más frecuentes en el páncreas^{1,2}.

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones de fluido localizadas, rodeadas por una pared no epitelial (tejido de granulación o tejido conectivo) que habitualmente aparecen tras la rotura u obstrucción de un conducto pancreático. La forma de los pseudoquistes suele ser redondeada u ovalada. Un 90% de ellos son únicos, sin embargo, tras una pancreatitis de origen alcohólico son más frecuentes los pseudoquistes múltiples³. Su tamaño puede variar entre 1 y 30 cm y su volumen oscilar entre 50 y 6.000 ml⁴. Se consideran grandes cuando son mayores de 5cm.

Pueden ser intrapancreáticos (generalmente de pequeño tamaño) o extrapancreáticos. Estos últimos por lo común suelen estar en la vecindad de la glándula pancreática y se deben a la

¹ Residente de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

² Interna Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

³ Alumna de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

⁴ Profesor auxiliar de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

⁵ Profesor Asociado de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.
Correspondencia a: ccarcamo@uach.cl

disrupción del sistema canalicular. Habitualmente están delimitados por el tejido conectivo o los órganos circundantes y se considera que deben pasar al menos 4 semanas desde su aparición para que adquieran una pared madura. Pueden desarrollarse como consecuencia de una pancreatitis aguda o crónica, de un trauma pancreático o de una obstrucción del conducto por un tumor. En su contenido suele haber gran cantidad de enzimas pancreáticas y detritus inflamatorios.

Cuando los pseudoquistes dan clínica, los síntomas más frecuentes independientemente de su origen son: dolor (75%), náusea (50%), fiebre y pérdida de peso. Es frecuente encontrar al examen masa palpable, generalmente epigástrica y menos frecuentemente ictericia. Cuando se complican, pueden producir una obstrucción del tránsito entérico, biliar o vascular, además pueden provocar un pseudoaneurisma, sangrar, infectarse o romperse.^{3,5}

Si los pseudoquistes son grandes, su resolución espontánea es más rara y con mayor facilidad se complican. Por lo general los pseudoquistes de 5 cm o menos pueden resolverse espontáneamente⁶. Por lo tanto, decidir el momento en el cual tratar un pseudoquiste puede ser complicado, ya que grandes pseudoquistes diagnosticados en el curso de una pancreatitis aguda pueden no requerir tratamiento quirúrgico. Clásicamente se consideraba que un pseudoquiste debería ser drenado cuando sea mayor de 6 cm y persista por más de 6 semanas⁶.

Hoy en día se tiende a una vigilancia estrecha y a indicar el tratamiento cuando el pseudoquiste perpetúa los síntomas, crece o se complica. El drenaje de los pseudoquistes puede ser quirúrgico, percutáneo o endoscópico. Antiguamente el tratamiento quirúrgico abierto era considerado el "gold standard", aunque no estaba exento de una importante morbimortalidad.

En la actualidad se tiende a realizar tratamientos mínimamente invasivos, surgiendo así la necesidad de incorporar las técnicas laparoscópicas y endoscópicas en el tratamiento.

En atención a estas consideraciones, hemos encontrado de interés presentar un caso de pseudoquiste pancreático tratado por vía endoscópica en el H.B.V., con el propósito de discutir algunos aspectos del tratamiento en cuanto a técnicas quirúrgicas, principalmente en lo referente a las técnicas mínimamente invasivas.

CASO CLÍNICO

Hombre de 36 años sin antecedentes mórbidos de importancia. Consulta por cuadro de 2 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal epigástrico de moderada intensidad, irradiado a hipocondrio izquierdo, asociado a náuseas y vómitos. A su llegada se constató paciente hemodinámicamente estable, afebril, con dolor abdominal intenso y resistencia muscular en epigastrio. Se realizaron exámenes, que mostraron en el hemograma una leucocitosis de 12.850 u/l y en el perfil bioquímico una amilasemia de 1554 u/l, por lo que se hospitalizó con el diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología no precisada.

Al segundo día el paciente presentó dolor abdominal muy intenso en región epigástrica, fiebre (T 38,5°C), signos de irritación peritoneal y una elevación de los leucocitos a 21.000 u/l, se tomaron hemocultivos, se inició tratamiento antibiótico y se solicitó evaluación por el cirujano de turno, quien bajo la sospecha de una úlcera perforada y no disponer de tomografía computada en ese momento, realizó una laparoscopia exploradora, con la que se confirmó el diagnóstico de pancreatitis aguda grave.

El paciente evolucionó favorablemente, se completó tratamiento antibiótico por 10 días y fue dado de alta en muy buenas condiciones.

Se controló en policlínico a las 3 semanas del alta, constatándose un paciente con abdomen distendido, con dolor epigástrico intermitente, y una masa palpable indolora, adherida a planos profundos en hemiabdomen superior. Bajo la sospecha de una colección pancreática se solicitó una tomografía computada de abdomen, que evidenció una gran estructura quística que reemplazaba el parénquima pancreático que medía 10 x 18,2 x 14,7 cm y que provocaba efecto de masa desplazando las asas intestinales (Figura 1).

Con estos hallazgos, se decidió hospitalizar al paciente con los diagnósticos de: 1.- Pseudoquiste pancreático, 2.-Pancreatitis aguda grave reciente, para realizar un drenaje endoscópico interno del pseudoquiste. El procedimiento fue realizado sin complicaciones, pues el pseudoquiste provocaba un evidente abombamiento sobre la pared posterior del estómago, lo que permitió realizar la comunicación entre ambas estructuras utilizando un papilótomo de punta sin incidentes. Se controla endoscópicamente a las 48 horas

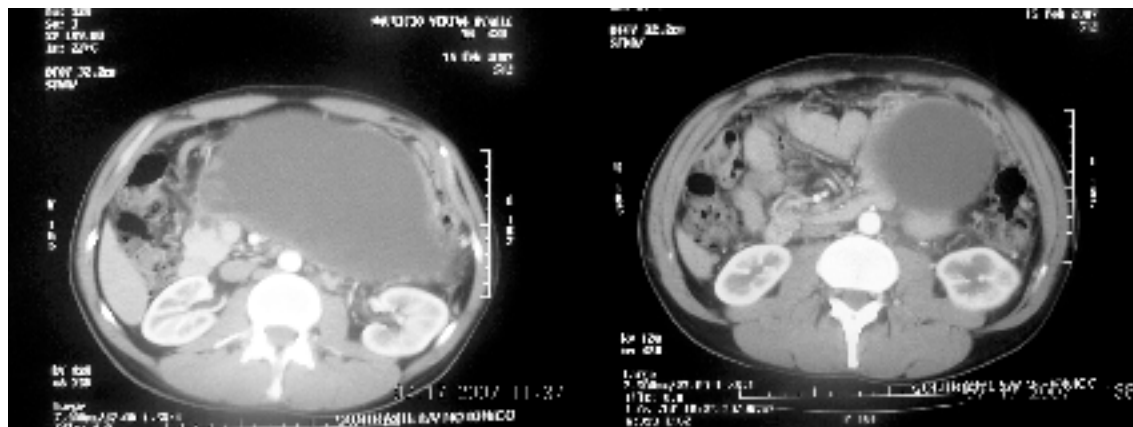


FIGURA 1: Tomografía computada de abdomen.

confirmando la amplia comunicación, con fácil entrada del instrumento al pseudoquiste.

El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta a los tres días de drenado el pseudoquiste.

Cortes que muestran gran masa quística que reemplaza todo el parénquima pancreático, causando un gran efecto de masa

DISCUSIÓN

En ausencia de complicaciones, la conducta inicial ante un pseudoquiste de páncreas es expectante, hasta al menos transcurridas 6 semanas desde el diagnóstico; que se considera el tiempo en que se consigue la madurez de la pared de éste, es decir, la formación de una estructura fibrótica estable que encapsula la colección líquida. Antes de las 6 semanas sólo se tratan precozmente los pseudoquistes mayores de 4-5 centímetros de diámetro en los que existe una relación entre el aumento de tamaño y el empeoramiento de la clínica.

Los pseudoquistes maduros que no originan clínica deben controlarse en espera de su resolución espontánea y en el caso de un súbito crecimiento puede valorarse su tratamiento.

Ante la duda diagnóstica entre un pseudoquiste y un tumor quístico del páncreas está indicada la intervención quirúrgica, siempre que antes se hayan utilizado todos los medios diagnósticos a nuestro alcance. No obstante, el drenaje quirúrgico del pseudoquiste tiene una

morbilidad de casi el 15% con una mortalidad menor al 5% y tiene el inconveniente de tener un 10% de recurrencias tras la cirugía⁷.

En resumen, el paciente con un pseudoquiste agudo no infectado debe ser tratado de modo expectante, con control monitorizado de la aparición de complicaciones, así como del tamaño (hemogramas y Tomografía computada). Si el pseudoquiste es mayor de 6 cm y su tamaño no se reduce en 6 semanas o su tamaño aumenta en menos de 6 semanas, coincidiendo con un empeoramiento de la clínica supuestamente debida a la lesión, la postura expectante debe cambiar y se debe pensar su drenaje.

Para esto, existen diferentes técnicas quirúrgicas: desde el drenaje externo, y la cirugía abierta (cistoyeyunoanastomosis, cistogastroanastomosis, resección del pseudoquiste.), hasta la cirugía laparoscópica (cistogastrostomía intraluminal, cistogastrostomía anterior, cistoyeyunoanastomosis) y endoscópica⁸. La indicación de cual técnica ocupar depende del tipo de pseudoquiste, el tiempo de evolución, la ubicación, el estado general del paciente y de la experiencia del cirujano, pues claramente existen técnicas que requieren de un equipo altamente entrenado.

En relación al drenaje externo, tiene un rol sólo en aquellos pacientes graves, en que el pseudoquiste provoca un estado séptico y en donde el drenaje resulta imperioso. Tiene los grandes problemas de la recidiva (70%)⁹ y de la fístula pancreática externa, situación que no es de fácil manejo, pero que escapa a los objetivos de esta comunicación.

La cirugía abierta ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos, se requiere que el pseudoquiste tenga su pared madura, para que sea posible realizar la anastomosis cisto-entérica que se requiera dependiendo principalmente de la ubicación y tamaño del pseudoquiste. Esta técnica tiene una mortalidad global de un 5%, y un 24% de complicaciones³, cifra no despreciable si se considera como tratamiento de una patología benigna. La resección de un pseudoquiste pancreático tiene una clara indicación y es cuando se sospecha malignidad⁹, principalmente en aquellos pacientes en que desarrollan un pseudoquiste y no tienen el antecedente de una pancreatitis o de un traumatismo pancreático.

El abordaje mínimamente invasivo o laparoscópico, ha demostrado ser efectivo, con cifras de morbimortalidad aceptables para las exigencias actuales⁸. La cistogastrostomía intraluminal, es una técnica mixta que combina la endoscopia digestiva alta con la laparoscopia. Con el endoscopio se distiende y transilumina la pared anterior del estómago, permitiendo la instalación de los trócares de laparoscopia transfijando la pared abdominal y la pared anterior del estómago. Una vez realizado este procedimiento, se realiza la comunicación cistogástrica intraluminal, con el consecuente drenaje interno del contenido del pseudoquiste⁸. La cistogastrostomía anterior, es similar al procedimiento anterior, sin embargo, no necesita de la cooperación endoscópica pues la gastrostomía se realiza laparoscópicamente, bajo visión directa. En relación a la cistoyeyunoanastomosis laparoscópica, ha demostrado ser una técnica efectiva, que no tiene una menor morbimortalidad que la cirugía abierta, por lo que su indicación, pasa por las preferencias y aptitudes del cirujano⁸.

En la década de los ochenta, diversas escuelas de endoscopia han sido las pioneras

en el tratamiento endoscópico del pseudoquiste pancreático: Bélgica (Cremer), Holanda (Huibregtse), España (Armengol-Miró), Francia (Sahel) y EE.UU. (Kozarek y Geenen). Todas ellas concuerdan en que para poder realizar el drenaje endoscópico interno de un pseudoquiste pancreático, es necesario el contacto entre la pared del pseudoquiste y cavidad gástrica o duodenal a fin de provocar un abombamiento intraluminal que sea visible a la endoscopia¹⁰. De no existir este abombamiento, existe la posibilidad de realizar una endosonografía, la que permite determinar la ubicación exacta del pseudoquiste y más aún nos permite ver la vascularización de las paredes, de manera que el procedimiento sea más seguro.

Algunos autores, avalan el uso concomitante de una sonda nasoquística, para favorecer el drenaje del contenido del pseudoquiste¹⁰, sin embargo, en la actualidad se preconiza el uso de dilatadores neumáticos para asegurar la comunicación entre la cavidad pseudoquística y el lumen entérico.

Cuando existe la sospecha de comunicación entre el pseudoquiste y el conducto pancreático, se debe realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, con el objeto de confirmar esta comunicación, y así mediante una papilotomía y posterior canulación del conducto pancreático, lograr el drenaje interno del contenido del pseudoquiste¹¹.

En nuestro caso, el pseudoquiste provocaba un abombamiento de la pared posterior del estómago, visible a la endoscopia y no se sospechaba comunicación con el conducto pancreático, por lo que se realizó el drenaje interno endoscópico, procedimiento que se llevó a cabo sin la utilización de dilatadores neumáticos.

Con esta experiencia se abre una nueva línea acción en nuestra región, que hoy en día es el tratamiento de elección del pseudoquiste pancreático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centeno BA, Warshaw AI, Mayo-Smith W, Southern JF, Lewandrowski K. Cytologic diagnosis of pancreatic cystic lesions. A prospective study of 28 percutaneous aspirates. *Acta Cytol* 1997; 41:972-80.
2. Naoum E, Zavos A, Goudis K, Sarros C, Pitsargiotis E, Karamouti M, Tsikrikis P, Karantanis A. Pancreatic pseudocysts: 10 years of experience. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003; 10:373-6
3. Valverde J. Pseudoquiste pancreático. *Gastroenterología integrada* 2001; 1:341-50.
4. Ain-Bin Z, Shu-sen Z. Treatment of pancreatic pseudocysts in line with D'Egidio's classification. *World J Gastroenterol* 2005;11:729-732
5. Baron TH, Morgan DE. The diagnosis and management of fluid collections associated with pancreatitis. *Am J Med* 1997; 102:555-63.
6. Cheruvu CV, Clarke MG, Prentice M, Eyre-Brook IA. Conservative as an option in the management of pancreatic pseudocyst. *Ann R Coll Surg Engl* 2003; 85:313-6.
7. Pitchumoni CS, Agarwal N. Gastroenterology Clinics of North America. En: *Pancreas Update*. Philadelphia: W.B. Saunders 1999. p. 651-39.
8. Gojo N, Mustapić M, Bilé B, Hrabar D, Leroitić I, Braisé N. Endoscopic treatment of pancreatic pseudocyst. *Acta Clin Croat* 2007;46:31-6.
9. Freeny PC. Acute pancreatic fluid collections and pseudocysts: CT diagnosis and percutaneous catheter drainage. En: Bradley III EI, ed. *Acute pancreatitis. Diagnosis and therapy*. New York: Raven Press; 1994. p. 197-205.
10. Antillon MR, Shah RJ, Steigmann G, Chen YK. Single-step endoscopic ultrasound guided drainage of simple and complicated pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 2006; 63:797-893.
11. Kozarek RA, Ball TJ, Patterson DJ. Endoscopic transpapillary therapy for disrupted pancreatic duct and peripancreatic fluid collections. *Gastroenterology* 1991; 100:1362-70.