

Pseudoquiste Pancreático. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento

Dr. Vicente Bozza*

Dr. Angel Ruggiero M.*

Dra. Alexis Rodríguez*

Dr. Mario Arcia**

Dr. Jesús Ricardo Torres***

Bozza, Vicente, Ruggiero M.A., Rodríguez A., Arcia M., Torres J.R. Pseudoquiste pancreático. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Centro Médico. 1992; 38:56-60.

RESUMEN

Se realizó una revisión retrospectiva estadística de las historias clínicas correspondientes a 17 pacientes, con diagnóstico de pseudoquiste pancreático, del Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño", en un período de 8 años (1980-1988). Esta patología más frecuente fue el antecedente de enfermedad biliar en un 29.4% y traumatismos en un 23.5%. En contraposición con otros trabajos realizados en nuestro país, nosotros no encontramos la etiología alcohólica como causa principal. El diagnóstico de más especificidad y sensibilidad fue la T.A.C. (100%) y en segundo lugar la ecosonografía (82%). Actualmente se preconiza el tratamiento de drenaje interno en cualquiera de sus variantes, según la localización del pseudoquiste y después de la sexta semana de evolución. Se utiliza el drenaje externo únicamente en pacientes que estén en malas condiciones y que presenten complicaciones.

ABSTRACT

In the Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño" we have done a retrospective study of 17 patients with pancreatic pseudocyst, between 1980 and 1988. This pathology is more frequent in females 1.3:1. Biliary diseases in 29.4% and traumatic histories in 23.5% are the most common etiological factors. In comparisons against other papers done in Venezuela before, we did not find alcoholic etiologic history, as major cause of pancreatic pseudocyst. Computerized axial tomographic scan is the best diagnostic procedure, with great especificity and resolution. Second by ultrasonography. The latest treatment after the 6th week is the internal drainage, with any of its variants, depending on the localization of the pseudocyst. We only reserved the external drainage, in such patients in critical conditions with complications.

PALABRAS CLAVES

Páncreas, Pseudoquistes.

INTRODUCCION

El Pseudoquiste se produce básicamente por ruptura, lesión y necrosis de uno o más conductos del parénquima pancreático, como complicación de los procesos de pancreatitis y traumatismos pancreáticos.⁹

Desde hace 200 años se describían tratamientos de los quistes y pseudoquistes de páncreas. Morgagni, en 1.761, fue el primero en observar este tipo de patología. El primer drenaje fue hecho en 1.962 con resultados fatales y el primer tratamiento quirúrgico descrito con éxito fue en 1.882 por Bozeman practicando la extirpación del quiste.

Desde esas fechas hasta la actualidad en relación al tratamiento, no existe en las diferentes literaturas realizadas un patrón de conducta establecida. Al igual que el diagnóstico de los pseudoquistes pancreáticos que crean muchas veces confusión.

La introducción en los últimos años de la ecosonografía y Tomografía Axial Computarizada, nos han permitido establecer un diagnóstico preciso del sitio de la lesión, con sus características y lo más importante su seguimiento.^{8,6,10} En cuanto al tratamiento de estas lesiones muchos cirujanos se han puesto de acuerdo en la derivación externa cuando existen complicaciones en la etapa aguda y la derivación interna después que esté maduro en un período de 6 semanas aproximadamente^{5,2} disminuyendo la morbimortalidad.

En el presente trabajo realizamos un estudio retrospectivo de la experiencia obtenida por los diferentes servicios de Cirugía del Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño", analizando etiología, métodos diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 17 pacientes de los servicios de Cirugía del Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño" en un período de 8 años (1980-1988) con el diagnóstico de pseudoquiste pancreático, material obtenido de los archivos de historias médicas del Hospital. Los parámetros analizados fueron la edad, sexo, aspectos etiológicos, diagnóstico, tratamiento morbimortalidad.

(*) Especialista en Cirugía General. Ex-Presidente Servicio Cirugía I Hospital Miguel Pérez Carreño. Facultad de Medicina U.C.V.

(**) Adjunto Servicio Cirugía General I Hospital Miguel Pérez Carreño.

(***) Interno Rotatorio Post-Grado Hospital Miguel Pérez Carreño

RESULTADOS

Se revisaron 17 historias con diagnóstico de pseudoquiste pancreático encontrándose un rango de edades entre 15 y 60 años con una frecuencia aproximadamente de 94% (Tabla N° 1), siendo más frecuente en el sexo femenino con 11 casos (64.7% y en el sexo masculino con 6 casos (35.3%) (Tabla N° 2).

La etiología o antecedente de importancia encontrada en estos pacientes fue de origen biliar en 5 pacientes (29.4%), traumáticas en 4 pacientes (23.5%), sin causa aparente demostrable en 4 pacientes (23.5%) y como dato curioso en contraposición a lo descrito por otros autores, la causa por ingestión alcohólica se presentó únicamente en 2 casos (11.7%) (Tabla N° 3).

En el diagnóstico clínico, el síntoma dolor en hemiabdomen superior estuvo presente en el 100% de los casos, siguiendo en orden de frecuencia las náuseas y vómitos (70.5), hiporexia y pérdida de peso (58.8%).

Al examen físico 12 de estos pacientes (70.5%) se les palpó una masa abdominal, como signo de mayor frecuencia; otros signos en menor frecuencia se reportan en la (Tabla N° 4).

En cuanto a los exámenes de laboratorio se demostró una hiperamilasemia en 15 pacientes (88.2%), fosfatasas alcalinas elevadas en 10 pacientes (58.8%), leucocitosis e hiperglicemia leve, alteradas en 9 (52.9%) y 7 (41.1%) pacientes respectivamente.

En los pacientes más complicados se evidenció hipocalcemia con valores de calcio menores de 8 mg/% como se muestra en la (Tabla N° 5).

Es categórico que los métodos de imágenes que nos da la pauta del diagnóstico es la ecosonografía, positiva en un 82% y la Tomografía Axial Computarizada donde se evidenció mayor sensibilidad y especificidad en un 100% de los pacientes estudiados (Tabla N° 6).

El tratamiento practicado fue drenaje interno en 11 pacientes (64.7%), drenaje externo en 2 pacientes (11.7%); presentando regresión espontánea 3 pacientes (17.6%) (Tabla N° 7).

Las complicaciones encontradas fueron 2 fístulas pancreáticas (una la presentó un paciente con drenaje externo y la otra un paciente con cistoyeyunostomía), 2 abscesos de pared, 2 hematemesis en pacientes a los que se les había practicado cistogastrostomía, siendo reintervenido uno de ellos.

En la serie revisada se registraron 3 muertes (2 pacientes por sépsis de punto de partida abdominal y el otro un ADC de vías biliares, quien egresó en contraopinión médica después de la primera intervención) (Tabla N° 8).

DISCUSION

En contraposición con otros autores^{1,2,5} quienes han reportado una mayor frecuencia de pseudoquistes pancreáticos en hombres, en nuestra revisión fue más frecuente en mujeres, debido al gran porcentaje de patología biliar presente en el sexo femenino. El grupo etario afectado lo encontramos entre los 20 y 60 años con una media de 34 años.

La etiología más frecuente fue la enfermedad biliar (29.4%)

TABLA N° 1
Pseudoquiste Pancreático
Distribución por edad

| Edad en años | N° de casos | Porcentaje |
|--------------|-------------|-------------|
| 10-20 | 4 | 23.5% |
| 21-30 | 3 | 17.6% |
| 31-40 | 5 | 29.4% |
| 41-50 | 1 | 5.8% |
| 51-60 | 3 | 17.6% |
| 61-70 | - | - |
| 71-80 | 1 | 5.8% |
| Total | 17 | 100% |

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

TABLA N° 2
Pseudoquiste Pancreático
Distribución por edad y sexo

| Edad en años | Masculino | Femenino | Total | % |
|--------------|------------------|-------------------|-----------|-------------|
| 10-20 | 3 (17.6%) | 1 (5.8%) | 4 | 23.5% |
| 21-30 | - | 3 (17.6%) | 3 | 17.6% |
| 31-40 | 3 (17.6%) | 2 (11.7%) | 5 | 29.4% |
| 41-50 | - | 1 (5.8%) | 1 | 5.8% |
| 51-60 | - | 3 (17.6%) | 3 | 17.6% |
| 61-70 | - | - | 0 | - |
| 71-80 | - | 1 (5.8%) | 1 | 5.8% |
| Total | 6 (35.3%) | 11 (64.7%) | 17 | 100% |

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

TABLA N° 3
Pseudoquiste Pancreático
Factores etiopatogénicos

| Etiopatogenia | N° casos | Porcentaje |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Pancreatitis biliar | 5 | 29.4% |
| Traumatismo | 4 | 23.5% |
| Pancreatitis alcohólica | 2 | 11.7% |
| Sin precisar | 4 | 23.5% |
| Tumor confluyente | | |
| Biliopancreático | 2 | 11.7% |
| Total | 17 | 100% |

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

y los traumatismos (23.5%), estos datos son muy similares a los encontrados por Anderson⁷ y Beebe¹⁰.

El alto porcentaje de traumatismos pancreáticos es por el gran número de accidentes que ocurren en nuestro medio.

El diagnóstico se hizo basado en los hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenología representada por la Econografía y la Tomografía Axial Computarizada.

En los hallazgos clínicos estuvo presente el dolor en hemiabdomen superior en un 100%, palpación de masa abdominal (70.5%), náuseas y vómitos (70.5%), pérdida de peso e hiporexia (58.8%), e hipertermia menor de 38.5° C. (29.4%), estos resultados coincidieron con los estudios de Barreto²⁰, Muñoz⁸ y Courteney¹.

Con respecto a los parámetros de laboratorio, la amilaseemia la encontramos aumentada en el 88.2% de los pacientes revisados, al igual que los leucocitos en 52% de los casos, fosfatasas alcalinas en 58.8%, glicemia en 41.1% y el calcio sérico en un 29.4%. Estos parámetros de laboratorio también se encuentran alterados en un gran porcentaje de pacientes con daño pancreático.

La pauta en el diagnóstico la marca la ecosonografía y la T.A.C.,^{7,8,9} y encontramos en las historias clínicas revisadas un 82% de positividad con la ecosonografía y 100% con la T.A.C.; coincidieron con la bibliografía revisada, quienes en común acuerdo concluyeron que estos dos métodos son los que muestran mayor especificidad y sensibilidad en el diagnóstico del pseudoquiste pancreático. El tratamiento utilizado en un total de 11 pacientes (64.7%) fue el drenaje interno, en 6 pacientes se les practicó cistogastrostomía y en 5 pacientes cistoyeyunostomía, después de la sexta semana del diagnóstico del pseudoquiste pancreático.

A 2 pacientes (11.7%) se les practicó drenaje externo, debido a sus malas condiciones generales. En 3 pacientes (17.6%) la lesión involucionó espontáneamente.

No cabe duda que el tratamiento de elección actualmente es el drenaje interno, debido a que la recidiva del pseudoquiste es menor y además realizarlo después de la sexta semana cuando las paredes del pseudoquiste estén maduras.

Los cirujanos de hoy en día han dejado el uso de drenaje externo solo para los casos de pseudoquistes abscesos, que comprometan la vida del paciente y en los cuales una anastomosis sería casi imposible realizar.

Todos los pacientes con pseudoquistes pancreáticos deben seguirse y controlarse por 6 semanas, porque aparte de la maduración de sus paredes, pueden haber remisiones espontáneas como las encontradas en 3 pacientes (17.6%) de las historias realizadas.

Encontramos complicaciones en un 29% de los pacientes, un 11.7% atribuirle a la fístula pancreática que presentó un paciente con drenaje externo y en un paciente al que se le practicó una cistoyeyunostomía; es de hacer notar que esta es la complicación más frecuente del último procedimiento.

Un 11.7%, es decir 2 pacientes presentaron hematemesis, a estos se les había practicado cistogastrostomía, 1 de los pacientes se reintervino y el otro mejoró con lavados gástricos. Estas complicaciones son frecuentes en las derivaciones internas.

TABLA N° 4
Pseudoquiste Pancreático
Diagnóstico clínico

| Clínica | N° casos | % |
|----------------------------|----------|-------|
| Dolor hemiabdomen superior | 17 | 100% |
| Náuseas y vómitos | 12 | 70.5% |
| Pérdida de peso | | |
| Hiporexia | 10 | 58.8% |
| Ictericia | 3 | 17.6% |
| Hipertermia hasta 38.5° | 5 | 29.4% |
| Hipertermia mayor 38.5° | 1 | 5.8% |
| Ascitis | 2 | 11.7% |
| Palpación de la masa | 12 | 70.5% |

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

TABLA N° 5
Pseudoquiste Pancreático
Exámenes de laboratorio

| Parámetros | N° casos | Porcentaje |
|------------------------|----------|------------|
| Leucocitosis | 9 | 52.9% |
| ↑ Amilaseemia | 15 | 88.2% |
| ↑ Transaminasas | 5 | 29.4% |
| ↑ Fosfatasas alcalinas | 10 | 58.8% |
| ↑ Glicemia ↑150 mg% | 7 | 41.1% |
| ↓ Calcio sérico ↓8 mg% | 5 | 29.4% |

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

TABLA N° 6
Pseudoquiste Pancreático
Diagnóstico por imágenes

| Método | N° de casos realizados | Diagnóstico positivo |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|
| Rayos X simple de abdomen | 17 (100%) | — |
| Esófago-Estómago-Duodeno | 16 (94%) | 5 (31%) |
| Ecosonografía | 17 (100%) | 14 (82%) |
| Tomografía Axial Computarizada | 9 (52%) | 9 (100%) |

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

TABLA N° 7
Pseudoquiste Pancreático
Tratamiento quirúrgico

| Procedimiento | N° casos | Porcentaje |
|------------------------------|----------|------------|
| Drenaje externo | 2 | 11.7% |
| Drenaje interno | 11 | 64.7% |
| Regresión espontánea | 3 | 17.6% |
| Egreso contra opinión médica | 1 | 5.8% |

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

TABLA N° 8
Pseudoquiste Pancreático
Complicaciones post-operatorias

| Complicaciones | N° casos | Porcentaje |
|-----------------------|----------|------------|
| Fístulas pancreáticas | 2 | 11.7% |
| Abscesos de pared | 1 | 5.8% |
| Hematemesis | 2 | 11.7% |
| Muerte | 3 | 17.6% |

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

La mortalidad encontrada fue de un 17.6%, en 3 pacientes, 2 fallecieron de sépsis con punto de partida abdominal y el otro no se le practicó tratamiento quirúrgico porque egresó en contra de opinión médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, C.M.: Pseudocyst of the Head of the Pancreas. *Ann. Surg.*; December 1979.
2. Beebe, D.S.: et al: Management of Pancreatic Pseudocyst. *Surg. Gynecology Obstetric*; 158; 562-564; 1984.
3. Courteney, C. et al. Pancreatitis. *The Surgical Clinics of North America*; Vol 64; 1; February 1984.
4. Croci, F. y Col.: Rotura Esplénica y Pancreática. Pseudoquiste Pancreático Precoz. *Gen.*; Diciembre 1985.
5. Ephgrave, K. et al: Presentation of Pancreatic Pseudocysts. Implications for Timing of Surgical Intervention. *The American Journal of Surgery*; Vol 151; June 1986.
6. García, B.C. y Col.: Pseudoquiste de Páncreas. *Revista Venezolana de Cirugías*; Vol 33; N° 1-2; Enero-Abril 1980.
7. Harvey, H.M. et al.: Possible Mechanisms of Acute Pancreatitis Induced by Ethanol. *The American Journal of Surgery*; Vol 155; January 1988.
8. Muñoz, E.O. y Col.: Diagnóstico y Tratamiento del pseudoquiste Pancreático. *Revista Venezolana de Cirugía*; Vol.

34; N° 4-5; Enero-Abril 1981.

9. Styammitti, G. y Col.: Tratamiento del Pseudoquiste Agudo de Páncreas con Drenaje Externo y Nutrición Parenteral Total. Presentación de un Caso y Revisión de la Patología y Literatura. *Revista de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital P^oerez de León*; Vol. XXI; N° 129; Marzo 1986.

10. Sugawa, Ch. et al: Endoscopic Retrograde Pancreatography in the Surgery of Pancreatic Pseudocysts. *Surgery*; October 1979.

REFERENCIAS

1. Androsov P.I.: New Surgical Instruments and their use. *Clinical moscow*. V/O Medexport, 1962.
2. Ravitch M.M., F.M, Steichen: Symposium on Surgical Stapling Techiques: *The Surgical. Clinics of. Nort America* Vol 164. N° 442-424. June 1984.
3. Androsov. P.I.: New instruments for Thoracic Surgery. *Dis Chest*. 44.550. 1963.
- Steichen f.M. and Marks M. Ravitch: Contemporary Stapling Instruments and Basic mechanical Suture Techiques: *Surgical Clinics of Nort. America*. Vol 64., N° 3. June 1984. 425-440.
5. Androsov. P.i.: New method of surgical tratment of blood vessel lesions. *Arch. Surg.*, 73.902-1956.
6. Androsov P.I.: Atlas of surgical Operations by Means of suturing Instruments, 2d edit. Moscow. VO Medexport, Vneshtorigizdat. 1957.
7. Amosov. N.M.: Some Problems of Surgery of the Lung. *Novy khirurgichesky Arkn*. 1.3.12. 1959.
8. Chassin. J.L.: Operative strategy in General Surgery. *Ann Expositive atalas Vol., II Spinger Verlog*. New 1980.
9. Amosov N.M.: Partiaal Pulmonary Resections with Mechanical Suture of Lung Tissue. *E.K.P.S.; Kirurgia* 7.3.8. 1959.
10. Androsov. P.I.: Experience in the application of the instrumental mechanical suture in Surgery of the stomach and Rectum. *Acta. Chirg Scand* 136. 57. 1970.
11. Gudov. V.F.: A method for application of vasculare sutures by Mechanical suture in Surgery of the stomach and Rectum. *Acta. Chirg Sacand* 136. 57. 1970.
12. Ananiev M.G. Antoshina N.V. Yu. Ya. Gristzman: Apparatus for tissue with tantalum staples. *EKSP. Khirurg.* (Moskova). 2,28. 1957.
13. Gristzman Y.Y. *Khirurgiia*. 1,28.36. 1957
14. Denans f.N.: Nouveau procede pour guerison des plaies des intestins. *Recueli de la Societe Royale de Médecine de marseille*. Tome I. 127.131. 1827.
15. Gross. S.d.: an Experimental and Critical Inquiry into nature and treatment of wounds of the Insttstine. Louisville. Prentice and Weissinges 1843.
16. Sédillot. C.E.: *Traité de Medecine Opératoire*, 3d ed. paris, J.B., Bailliere et fills II. 314. 1865-1866.
17. Gaujot. G.E.: *Spillmann: Arsenal de la Chirugie contemporaine* II. 609.1867; 72. 1884.
18. Chrisiman, f.c. Ottolenhi, M.J. Raffo., V.G. Grolman: *Técnica Quirúrgica*. Cap. 23. *Cirugía del Tórax*. Edit. Ateneo. Buenos Aires 553-609. 1986.

19. Sonoja J.O.: Técnica Quirúrgica Fundamental y su aplicación en la cirugía abdominal en el perro. U.C.V. Cátedra de Técnica Quirúrgica 1.971.

20. Nyhus. L. R.J. Baker: El Dominio de la cirugía Tomo I. Edit. Médico Panamericana Buenos Aires. 1986.

21. Schwartz. S.H. Ellis.: W.C. Hasser.: Operaciones Abdominales. Maingot Tomo I, Edit. Médico Panamericana Octava Edición 1986 Buenos Aires.

22. Henroz J.H.F. Dissertatio Inauguralis Critica Médico -

Chirurgica de methodis an sananda Intestina Divisa. Unieveritate Leodiensi June 18-6.

23. Bobrick J.: Zur technik der darmnaht. Allt. Mediz Centr. Zeitung. Berlin XIX, 152 1850.

24. Senn. N.and D. Abbe: Intestinal Surgéry Chicogo W.T. Kener, 1989.

25. Murphy J.B.: Cholecysto-Intestinal, gisto-intestinal, entero-intestinal anastomosis, andra xiimation wihout sutures (original reserva) Medical record. New York 42.665. 1892.