

**SEUDOQUISTOGASTROSTOMÍA ESPONTÁNEA
MANEJO SELECTIVO DEL SEUDOQUISTE AGUDO PANCREÁTICO**

Juan A Muñoz, Rolando B Montenegro, Hugo Cejas, Carlos Canga, Ricardo Chércoles y Luis Gramática

Servicios de Cirugía y Radiología, Hospital Municipal de Urgencias, Cátedra de Emergentología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Catamarca 441, CP 5000, Córdoba, Argentina.
Email: jm9470@mixmail.com

RESUMEN

Antecedentes: En nuestro medio el pseudoquiste agudo de páncreas se presenta luego de pancreatitis aguda severa o trauma pancreático. El diagnóstico inicial se realiza por ecografía, tomografía computada y, con menor frecuencia, por la clínica. El tratamiento puede ser quirúrgico o mínimoinvasivo. **Objetivos:** Presentar un paciente con un voluminoso pseudoquiste agudo de páncreas que tuvo una resolución espontánea. **Material y Métodos:** Paciente de sexo masculino, de 71 años, con episodio de pancreatitis aguda severa, complicada con necrosis pancreática infectada, que requirió necrosectomías en etapas y colecistectomía; después, desarrolló un pseudoquiste agudo de páncreas de 20 cm de diámetro. La complejidad de la patología y la repercusión en el estado general del enfermo postergó el tratamiento del pseudoquiste, que en su evolución natural se drenó espontáneamente al estómago, sin complicaciones ni recidiva de la lesión. **Conclusión:** Los pseudoquistes agudos de páncreas mayores de 6 cm. que persisten más allá de las 12 semanas habitualmente son tratados quirúrgicamente. Algunos casos, como el enfermo reportado, podrían ser manejados en forma no operatoria con un seguimiento adecuado.

Palabras claves: pseudoquiste, pancreatitis aguda, tratamiento, pseudoquistogastrostomía espontánea

ABSTRACT

Background: In our medium, acute pancreatic pseudocyst occur after severe acute pancreatitis or pancreatic trauma. The initial diagnosis is made by ultrasound examination, computed axial tomography and less frequently, by clinical assessment. Treatment may be either surgical or minimal invasive. **Objectives :** To present a patient with a large acute pancreatic pseudocyst which had a spontaneous resolution. **Material and Methods :** The patient was a 71-year-old male who had an attack of severe acute pancreatitis complicated by infected pancreatic necrosis requiring serial necrosectomies and cholecystectomy; he then developed a 20 cm acute pancreatic pseudocyst. The severity of the disease and its implication on the patient's general condition delayed treatment on the pseudocyst, which in its natural course, spontaneously drained into the stomach with no complications or relapses. **Conclusion:** Acute pancreatic cysts larger than 6 cm persisting for more than 12 weeks are usually surgically treated. Some cases, as the one reported below, could be managed by non-surgical means with adequate follow-up.

Key words: pseudocyst, acute pancreatitis, treatment, spontaneous pseudocystogastrostomy

INTRODUCCIÓN

Dentro del espectro de la patología pancreática, el diagnóstico y tratamiento del pseudoquistes agudo de páncreas (SQA) ha experimentado una notable evolución de criterios.

La terapéutica quirúrgica, y menos frecuentemente el abordaje percutáneo y endoscópico, son alternativas en el tratamiento. La oportunidad quirúrgica, generalmente practicada entre las 8 y 12 semanas de evolución, estuvo sustentada en la alta sospecha de que un importante porcentaje de complicaciones como la rotura, la hemorragia y la infección podrían sobrevenir (1). Sin embargo, actualmente esta conducta enmarcada en algoritmos poco flexibles ha sido cuestionada en numerosas publicaciones (1, 2).

Se presenta un paciente con un voluminoso SQA de páncreas con resolución natural y evolución favorable, que abre expectativas promisorias al empleo de una actitud selectiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

AR, sexo masculino de 71 años, HC:515708. Relató que hace 3 años presentó episodios de cólicos biliares; en septiembre del 2000 es asistido en el Servicio de Cirugía de la Clínica Sucre por una pancreatitis aguda severa de etiología litiasica, desarrollando una necrosis pancreática infectada y realizándose una necrosectomía con curaciones programadas en número de tres.

En diciembre del mismo año, se realizó colecistectomía a cielo abierto. En junio del 2001 el paciente consultó por plenitud postprandial detectándose, al examen clínico y en estudios de imágenes un pseudoquiste de páncreas de 20 cm de diámetro. En septiembre del 2002 se intensifica la sintomatología consultando al Hospital de Urgencias de Córdoba por dolor en epigastrio post-ingesta, intolerancia alimentaria y pérdida de peso. AL examen físico del abdomen, se observó cicatriz subcostal

bilateral y en el extremo izquierdo de ésta, un orificio fistuloso con drenaje intermitente de secreción blanquecina escasa. Además se palpó tumor voluminoso en epigastrio y ambos hipocondrios. TACd (tomografía dinámica) practicada el 13-06-02 mostró una colección con área central hiperdensa ubicada en región de cuerpo y cola de páncreas de 90 mm de diámetro anteroposterior (AP) x 180 mm de diámetro transversal (T) con pared que capta el medio de contraste, compresión del cuerpo y antro gástrico y apertura del marco duodenal. También se observó circulación colateral a nivel del pedículo esplénico y gastroepiploico (Figura 1). Se programó TACd que se realizó a los 7 días, habiendo experimentado el paciente

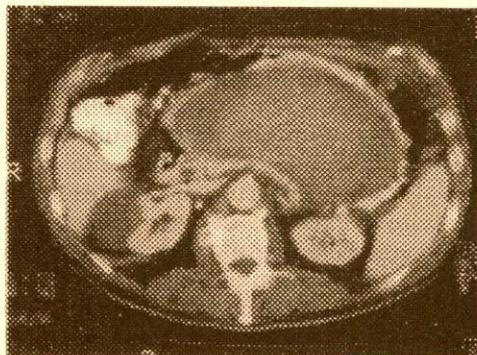


Fig 1: TACd que muestra una lesión hipodensa, con buen espesor de la pared y con efecto de masa sobre el estómago y duodeno.

durante este tiempo una desaparición progresiva del tumor abdominal. La TACd informó en topografía de cuerpo y cola de páncreas colección con nivel hidroaéreo en su interior fistulizada al estómago en la porción posterior del cuerpo gástrico con diámetros de 35 mm AP y 60 mm T (Figura 2) y persistencia de la hipertensión portal segmentaria en territorio esplénico. El paciente actualmente no presenta ninguna sintomatología. En control clínico y

tomográfico realizado el 14-02-03 no hay cambios de interés.

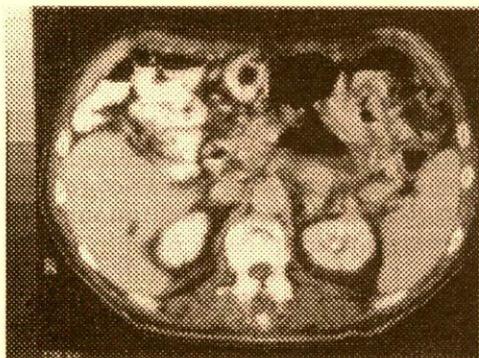


Fig 2: TACd que pone de manifiesto la comunicación espontánea del pseudoquiste con la cavidad gástrica a través de su pared posterior.

DISCUSIÓN

En nuestro medio los SQA de páncreas están asociados frecuentemente con una necrosis glandular significativa del parénquima pancreático (3-5).

El conocimiento etiopatogénico de la lesión, es actualmente una meta posible en una instancia preterapéutica, pudiendo accederse a la elección de un tratamiento quirúrgico, mínimo invasivo o una conducta expectante, de acuerdo a cada paciente, en base a la lógica y el criterio médico. Tiempo atrás, los SQA de 6 a 8 semanas de evolución y mayores de 6 cm eran resorte del tratamiento quirúrgico. Esta conducta estaba anclada en la alta sospecha de complicaciones evolutivas graves, tales como rotura, hemorragia e infección. Precisamente, ante la presunción de un pronóstico ominoso, el límite entre la observación y el tratamiento quirúrgico tenía una línea de corte que se situaba entre las 6 y 8 semanas y, posiblemente, este parámetro surgió luego de algunas comunicaciones, como la de Bradley y cols (6).

Sin embargo, más adelante, la historia natural de los pseudoquistes agudos detectados y monitoreados por ecografía y TACd cuestionó esta conducta imperativa, y la experiencia de grupos de trabajos como el de Yeo (2), y también otros en nuestro medio (1), pusieron en evidencia que las referidas complicaciones no eran tan frecuentes ni graves.

La ecografía es un método útil en el seguimiento de los pacientes con SQA para evaluar sus diámetros, cantidad de líquido, morfología de la glándula pancreática, detritus, la dinámica del SQA, el conducto pancreático principal y su posible comunicación con el SQA, la calidad del reforzamiento acústico posterior y, además, la configuración vascular peripancreática. Una TACd es de gran utilidad para definir las estructuras y madurez de la pared del pseudoquiste así como su relación con las vísceras adyacentes, compresión o trombosis de la vena esplénica y su repercusión sobre el bazo, hipertensión portal segmentaria y para delinear cuestiones tácticas y técnicas.

No existe una terapéutica única para los SQA y los procedimientos deberían ser seleccionados individualmente teniendo presente la historia natural de la pancreatitis aguda, las condiciones del paciente y la topografía de la lesión.

Si bien las punciones y el drenaje percutáneo se han posicionado como una alternativa válida, y con ventajas a la cirugía, en abscesos pancreáticos seleccionados, su empleo en los SQA conlleva recidivas considerables y, hasta el presente, no hay estudios comparativos confiables que destaquen tal superioridad. Se obtienen malos resultados, sobre todo en aquellos SQA con cierto componente necrótico imposible de eliminarse a través de finos catéteres, y la infección secundaria es la regla.

En relación al tratamiento quirúrgico practicamos habitualmente pseudoquistogastro-anastomosis o pseudoquistoyeyuno-anastomosis (1). En aquellos pacientes con SQA con sospecha de

necrosis no resuelta totalmente, no hemos registrado complicaciones infecciosas secundarias ni tampoco hemorragias como citan Mainwaring (7), Johnson (8) y Oría (9).

En el paciente que nos ocupa la evolución postoperatoria presentó como secuela un pseudoquiste que se desarrolló después de la necrosectomía en etapas y de la colecistectomía por litiasis biliar, una situación infrecuente en nuestra casuística. La inesperada apertura del SQA en la cavidad gástrica, detectada clínicamente y en la TACd, dió lugar a una instancia de reflexión evaluándose diversas conductas en relación al tratamiento definitivo y seguimiento. La comunicación espontánea similar a la practicada en una pseudoquistogastroanastomosis, con desaparición inmediata y permanente de la sintomatología nos puso ante el desafío de un manejo no operatorio pero con un estricto seguimiento.

También queremos referirnos a la trombosis o compresión de las estructuras vasculares vecinas al páncreas, especialmente de la vena esplénica que se traduce con frecuencia en una hipertensión portal segmentaria. Esta es una complicación poco sospechada y diagnosticada en la evolución de un SQA, con o sin necrosis pancreática y/o extrapancreática, pero actualmente mediante el empleo del ecodoppler y la TACd se ponen de manifiesto (3, 10) y no hemos visto complicaciones inmediatas ni alejadas debido a está red vascular venosa esplenoportal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montenegro R, Spitale L, Cejas H, Viale E, Martinessi V, Goio H, Canga C, Chércoles R, Gramática L: Seudoquiste de la pancreatitis aguda: ¿Cuánto hemos avanzado?. *Rev Argent Cirug*; 2002, 83:150-160.
2. Yeo C, Bastidas J, Lynch-Nyhan A,l: The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. *Surg Gynecol Obstet*, 1990, 170: 411-417.
3. Montenegro R: Complicaciones de la pancreatitis aguda. *Actas Relato Oficial. 21° Congreso de Cirugía de Córdoba*; 1998.
4. Oría A, Álvarez Rodríguez J, Chippetta Porras L: Seudoquistes inflamatorios del páncreas. Factores que influyen en la elección del tratamiento. *Rev Argent Cirug*; 1992, 63: 11-117.
5. Oría A, Álvarez Rodríguez J, Chippetta Porras L: Prevalencia e historia natural de la necrosis pancreática en enfermos con pancreatitis aguda biliar. *Rev Argent Cirug*; 1995, 68: 89-95.
6. Bradley E, Clements J, Gonzalez A: A natural history of pancreatic pseudocyst: unified concept of management. *Am J Surg*; 1979, 137: 135-141.
7. Mainwaring R, Kern J, Schenk W, Rudolf L: Differentiating pancreatic pseudocyst and pancreatic necrosis using computerized tomography. *Ann Surg*; 1989, 209: 562-567.
8. Johnson L, Rattner D, Warshaw A: The effect of size of giant pancreatic pseudocyst on the outcome of internal drainage procedures. *Surg Gynecol Obstet*; 1991, 173: 171-174.
9. Oría A, Ocampo C, Zandalazini H, Chippetta Porras L :Necrosectomía videoasistida y anastomosis cistoyeyunal en el pseudoquiste pancreático agudo con necrosis glandular extensa. *Rev Argent Cirug*; 1999, 76:193-198.
10. Montenegro R., Cejas H., Spitale L, Ortiz L., Lacombe E., Chalub E., Bisaro L., Viale E., Canga C. y Dantur E.: Pancreatitis aguda severa: aporte clínico y terapéutico del diagnóstico por imágenes. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Córdoba*; 1999, 56: 81-92.