

PRESENTACION DE CASO**Resolución espontánea de un pseudoquiste pancreático gigante. A propósito de un caso****Spontaneous Resolution for a Giant Pancreatic Pseudocyst. A Case Report**

Dr. Jorge Luis Estepa Pérez, ⁽¹⁾ Dr. Gustavo Becerra Terón, ⁽²⁾ Dra. Tahiluma Santana Pedraza. ⁽³⁾

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. MSc. en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. ² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. ³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

¹ Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in General Surgery. MSc. in Medical Emergency. Assistant Professor. ² Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in General Surgery. ³ Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in General Surgery. Instructor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 37 años, que acudió a cuerpo de guardia del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, por presentar ictero, prurito e intolerancia a los alimentos grasos. Fue ingresada en sala de Medicina Interna para estudio de un ictero obstructivo. En examen físico se constató: presencia de ictero y abdomen negativo. Posteriormente ingresó en sala de Cirugía, con los mismos síntomas y un aumento de volumen en hemiabdomen superior. Persistía el tinte icterico y una gran masa tumoral palpable en hemiabdomen superior, de aproximadamente 10 cm., dolorosa y de bordes regulares. El ultrasonido abdominal mostró imagen ecolúcida tabicada de aspecto quístico de 104 X 40 mm., posterior a hígado y anterior al páncreas. En tomografía simple y contrastada de abdomen se observó: lesión hipodensa de 10 X 6 cm., líquida (densidad 10 UH) en contacto con el lóbulo hepático izquierdo y estómago, crecimiento hacia abajo y llegando hasta zona del mesogastrio, contornos bien

delimitados de paredes finas. Se concluyó como pseudoquiste pancreático gigante. La complejidad de la afección y la repercusión en el estado general de la enferma postergó el tratamiento del pseudoquiste, que en su evolución natural se drenó espontáneamente, sin complicaciones ni recidiva de la lesión.

Palabras clave: pseudoquiste pancreático

Límites: Humanos; adulto

ABSTRACT

The case of a 37 years old female patient who attended to the emergency room of the General University Hospital "Dr. Gustavo Lima Aldereguía" because of icterus, pruritus and fatty foods intolerance is presented. The patient was admitted in the internal medicine room in order to undergo a study for obstructive icterus. The physical examination was negative for icterus and abdomen. Then, she was transferred to the surgery room. She presented the same symptoms and an increased higher abdomen volume. Dye from icterus remained and a 10 cm tumour was palpable in the

Recibido: 11 de abril de 2011

Aprobado: 12 de mayo de 2011

Correspondencia:

Dr. Jorge Luis Estepa Pérez.

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Calle 51 A y Ave. 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: jorge.estepa@gal.sld.cu

higher abdomen. The tumour caused pain and had regular edges. Abdominal ultrasonography showed a clear walled image with cystic appearance of 104 X 40 mm. The mass was posterior to liver and anterior to pancreas. In a simple and contrasted abdominal computed tomography the following features were observed: hypodense lesion of 10 x 6 cm., liquid (density =10 HU) in contact with the left hepatic lobe and the stomach, downwards growth reaching mesogastrio area, well-defined contours and thin walls. The diagnosis of a giant pancreatic pseudocyst was concluded. The complexity of the condition and the impact on the overall condition of the patient delayed the treatment for the pseudocyst, which was spontaneously drained in its natural evolution with no complications or injury recurrence.

Key words: pancreatic pseudocyst

Limits: Humans; adult

INTRODUCCIÓN

Los pseudoquistes pancreáticos son unas colecciones de líquido pancreático encapsuladas por un tejido fibroso, originadas por la licuefacción de la necrosis del tejido visceral que se produce tras un brote de pancreatitis aguda (pseudoquiste postnecrótico). En el contexto de pancreatitis crónica se producen también fugas de líquido pancreático por ruptura de ramas secundarias del conducto de Wirsung, que originan la formación de pseudoquistes pancreáticos por retención.⁽¹⁾

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 múltiples. Su tamaño puede variar entre 1 y 30 cm. y su volumen oscilar entre 50 y 6000 ml. Se consideran grandes cuando son mayores de 5 cm.⁽²⁾

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 disrupción del sistema canalicular. En su contenido suele haber gran cantidad de enzimas pancreáticas y detritus inflamatorios.⁽²⁾

Los síntomas más frecuentes, independientemente de su origen, son: dolor (75 %), náusea (50 %), fiebre y pérdida de peso. Es frecuente encontrar al examen un 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.^(1,2)

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 espontáneamente. 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 es mayor de 6 cm. y persista por más de 6 semanas.⁽³⁾

El drenaje de los pseudoquistes puede ser quirúrgico, percutáneo o endoscópico. Antiguamente el tratamiento quirúrgico abierto era considerado el patrón oro, 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.⁽⁴⁾

En atención a estas consideraciones, se consideró de interés publicar un caso de pseudoquiste pancreático gigante que presentó resolución espontánea.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 37 años de edad, de color de piel blanca, femenina, de procedencia urbana, con antecedentes de hipertensión arterial y atopia desde hace aproximadamente 10 años, para lo cual lleva tratamiento regular. Colectomizada por vía laparoscópica por litiasis vesicular en agosto del 2008, con una evolución satisfactoria.

En octubre del 2008, acudió a cuerpo de guardia del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, por presentar coloración amarillenta de piel y mucosa (íctero), prurito e intolerancia a los alimentos grasos, cuadro que se agravaba con el transcurso del tiempo. En un examen físico se constató el íctero y abdomen totalmente negativo; fue ingresada en sala de Medicina Interna para estudio de un íctero obstructivo. Los exámenes complementarios mostraron los siguientes resultados:

Hemoglobina: 120 g / L

Hematocrito: 0,39

Tiempo de coagulación: 8 mts.

Tiempo de sangrado : 1 mt.

Tiempo de protombina – control: 13 seg.

Paciente: 18 seg.

Amilasa sérica : 138 U / l

Bilirrubina total : 90,8 mmol / L

Bilirrubina directa : 61 mmol / L

Bilirrubina indirecta : 29,8 mmol / L

TGP : 186 mmol / L

TGO : 64 mmol / L

Fosfatasa alcalina : 1032 uds.

Estudios imagenológicos:

Ultrasonido abdominal: hígado de tamaño normal, ausencia quirúrgica de la vesícula, moderada dilatación de vías biliares intrahepáticas. Del páncreas solo se visualiza cuerpo y cola que son normales. Resto normal.

Tomografía axial computarizada de abdomen: hígado de tamaño normal. Hay dilatación de vías biliares intrahepáticas izquierdas. A nivel del lecho vesicular se observa colección líquida de 6 cm. que hace cuerpo con el duodeno y ángulo hepático del colon. Varias imágenes hiperdensas de gran tamaño en el interior de la colección que deben estar en relación con clip metálico de la intervención. Resto normal. (Figura 1).

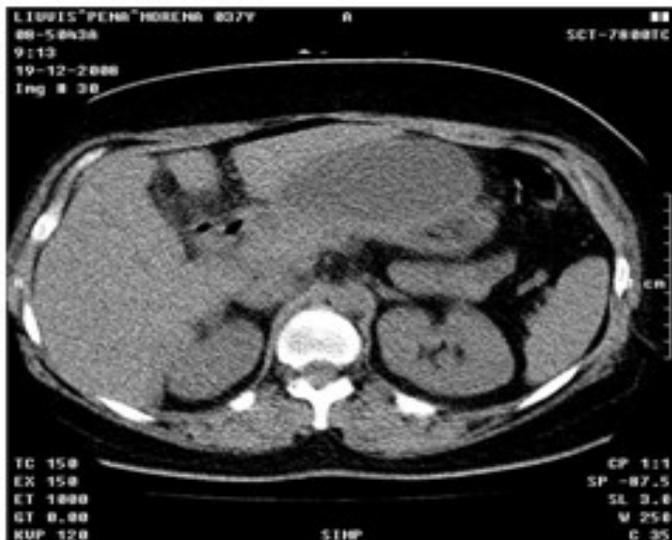


Figura 1. Imagen que muestra la colección líquida de 6 cm.

Luego de su estudio se decidió realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para definir la causa del ictero obstructivo.

Se le dio alta a la paciente con tratamiento sintomático y reingreso en diciembre del 2008, para seguimiento imagenológico de dicha colección.

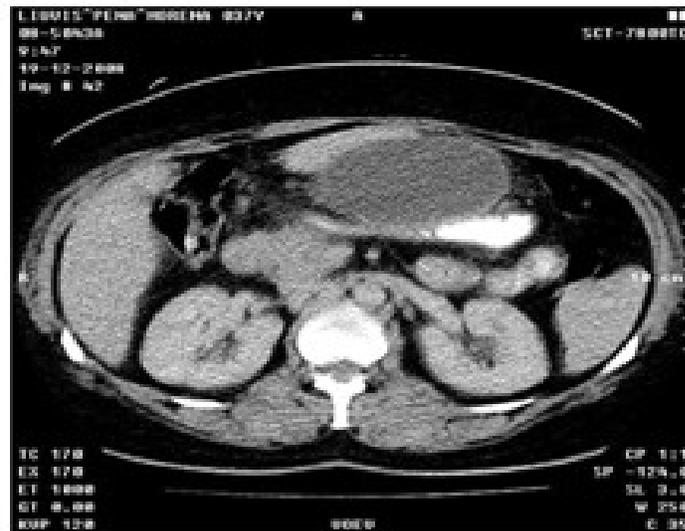
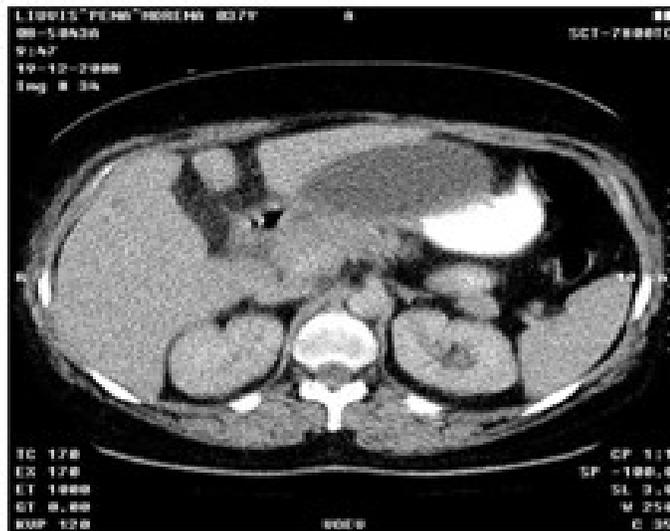
En diciembre del 2008 ingresó en sala de Cirugía, con los mismos síntomas, a los que se le adicionaba un aumento de volumen en hemiabdomen superior. Al examen físico persistía el tinte icterico y una gran masa tumoral palpable en hemiabdomen superior de aproximadamente 10 cm. de diámetro, dolorosa y con bordes regulares.

Se le indicaron nuevamente los exámenes complementarios antes mencionados sin que existieran variaciones en los resultados desde el punto de vista de laboratorio.

Desde el punto de vista imagenológico se encontraron las siguientes variaciones:

Ultrasonido abdominal: posterior al hígado y anterior al cuerpo del páncreas aparece una imagen ecolúcida tabicada de aspecto quístico de 104 X 40 mm. Resto normal.

Tomografía simple y contrastada de abdomen: hígado normal, no dilatación de vías biliares intra ni extrahepáticas. El páncreas se observa engrosado y de contornos irregulares en toda su extensión. Se visualiza lesión hipodensa de 10 X 6 cm. de contenido líquido (densidad 10 UH) en contacto con el lóbulo hepático izquierdo y estómago con crecimiento hacia abajo y llegando hasta la zona del mesogastrio. Dicha imagen tiene en el estudio EV contornos bien delimitados de paredes finas. Resto normal. Se concluye como pseudoquiste pancreático. (Figuras 2 y 3).



Figuras 2 y 3. Se visualiza lesión hipodensa de 10 X 6 cm. de contenido líquido (densidad 10 UH) en contacto con el lóbulo hepático izquierdo y estómago con crecimiento hacia abajo y llegando hasta la zona del mesogastrio.

Se decidió dar el alta a la paciente para maduración del quiste, así como seguimiento imagenológico de la lesión mensualmente y posterior tratamiento quirúrgico definitivo.

En enero del 2009, por consulta externa, se realizó:

- Ultrasonido abdominal: hígado, vías biliares y páncreas normales. Resto normal.
- Tomografía simple y contrastada de abdomen: Normal.

En febrero de 2009 se realizó CPRE, en la cual se informó: wirsunografía normal, no otras alteraciones.

Se le dio seguimiento posteriormente a la paciente, durante más de 6 meses y su estado de salud actual es satisfactorio.

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 este, 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.⁽⁴⁻⁶⁾

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 cirugía.⁽⁴⁻⁶⁾

La ultrasonografía del abdomen puede detectar aproximadamente hasta un 85 % de pseudoquistes pancreáticos, pero su mayor valor puede verse en la evolución del pseudoquiste detectando los cambios que experimenta este, como en el caso que ahora se presenta, o permite ver su resolución. La tomografía computarizada da un mayor detalle cuando se le compara con la ultrasonografía, permitiendo detectar localizaciones atípicas del pseudoquiste. La CPRE también es un procedimiento muy útil en el diagnóstico de esta entidad.^(5,6)

Vaca, en Chile, reportó que en la búsqueda realizada en la literatura nacional de los últimos 10 años anteriores a 2001, solo encontró 5 casos reportados de PP en adultos, 3 de ellos post-traumáticos y 2 secundarios a pancreatitis crónica.⁽⁷⁾

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 computarizada). 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 debido a la lesión, la postura expectante debe cambiar y se debe pensar en su drenaje.⁽⁸⁾

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 pseudoquiste.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boix Valverde J. Pseudoquiste pancreático. *Gastroenterología Integrada*. 2000;1(5):341-350
2. Gabrielli M, Paz C, Troncoso P, Cárcamo C, Venturelli A, Fermer O. Manejo endoscópico del pseudoquiste pancreático. *Cuad Cir (Valdivia)*. 2007; 21(1):38-42.
3. Will U, Wegener C, Graf KI, Wanzar I, Manger T, Meyer F. Differential treatment and early outcome in the interventional endoscopic management of pancreatic pseudocysts in 27 patients. *World J Gastroenterol*. 2006; 12(26): 4175-78
4. Vivian López C, Pesenti CH, Bories E, Caillol F, Giovannini M. Endoscopic ultrasound-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts. *Arq. Gastroenterol*. 2008;45(1):12-6.
5. Gojo N, Mustapié M, Bilé B, Hrabar D, Leroit I, Braisé N. Endoscopic treatment of pancreatic pseudocyst. *Acta Clin Croat*. 2007;46:31-6.
6. 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.
7. Vaca C, Harris P, Barriga F, Castillo A, Mesa T, García C, Varela C. Pancreatitis aguda grave y pseudoquiste pancreático por uso de drogas en niños. Presentación de tres casos clínicos y revisión de la literatura. *Rev chil pediatr*. 2001;72 (3): 24-7.
8. Seewald S, Groth S, Omar S. Aggressive endoscopic therapy for pancreatic necrosis and pancreatic abscess: a new safe and effective treatment algorithm (videos). *Gastrointest Endosc*. 2005; 62:92.