

Cistoyeyunoanastomosis Laparoscópica en el Tratamiento del Pseudoquiste Pancreático Gigante.

Laparoscopic Cystojejunostomy in the Treatment of the Giant Pancreatic Pseudocyst.

Favio Alvarez-De Bejar¹, Marcelo Ticona-Gutierrez¹, Edwin Cristian-Rivas¹

Resumen.

Las complicaciones de la pancreatitis aguda y de la respuesta inflamatoria asociada, incluyen al pseudoquiste pancreático, el cual, es una colección localizada y delimitada por una pared de tejido fibroso. Las técnicas modernas de imágenes han facilitado el diagnóstico temprano de esta entidad, cambiando y aportando una gama de conductas terapéuticas menos invasivas. La cirugía sigue siendo una herramienta fundamental en el tratamiento de los pseudoquistes, pero quedando como un último recurso en el algoritmo actual. Les presentamos este caso clínico que por las características signo sintomatológicas e imagenológicas del paciente es que decidió la conducta quirúrgica mínima invasiva.

Palabras clave: Pseudoquiste pancreático, gigante, laparoscopia.

Abstract.

The complications of acute pancreatitis and the associated inflammatory response include the pancreatic pseudocyst, which is a collection located and delimited by a wall of fibrous tissue. Modern imaging techniques have facilitated the early diagnosis of this entity, changing and providing a range of less invasive therapeutic behaviors. Surgery remains a fundamental tool in the treatment of pseudocysts, but remains a last resort in the current algorithm. We present this clinical case that due to the symptomatological and imaging characteristics of the patient is that he decided the minimum invasive surgical procedure.

Keywords: Pancreatic pseudocyst, giant, laparoscopy.

Introducción

El Pseudoquiste pancreático fue descrito por Moragni (1761), definido como la acumulación de líquido rico en enzimas pancreáticas, tejido necrótico y sangre que normalmente se encuentra en la transcavidad de los epiplones, resultado de un proceso inflamatorio del páncreas. Su capa está constituida por tejido de granulación no epitelizado, y por lo tanto recibe el nombre de pseudoquiste.

Los pseudoquistes equivalen al 75% de todas las ma-

sas quísticas pancreáticas. Aparecen alrededor de las 4 semanas de evolución de la pancreatitis o el trauma. En la bibliografía se reporta la regresión espontánea del pseudoquiste en 8 a 70% de los pacientes; en menos de seis semanas después del diagnóstico hay regresión en 40% y complicaciones en 20%; en más de 12 semanas no hay regresión, y 67% de los pacientes padece complicaciones. Esto depende del tamaño del pseudoquiste, del tiempo de presentación (aguda o crónica) y de si existe comunicación o no con el conducto pancreático, la persistencia de estos sugiere una comuni-

Fecha de envío:
19 de marzo de 2019.

Fecha de aceptación:
29 de octubre de 2019.

Proceso:
Revisión por pares.

Conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener
conflictos de intereses.

¹ Centro de Entrenamiento en Cirugía Laparoscópica (CeLap), La Paz, Bolivia.

Correspondencia:
Dr. Edwin Cristian Rivas
Clínica de Especialidades Adolfo Kolping, La Paz, Bolivia.
E-mail: erivas@kolping.bo

cación anómala del sistema ductal pancreático.

Se diagnostican por ultrasonografía y tomografía. Los pseudoquistes del páncreas pueden ser únicos o múltiples. La mayoría (90%) son únicos. Hay controversia en la indicación quirúrgica, se considera el mismo deba ser mayor a 5 centímetros y sintomático.

Las indicaciones del tratamiento de un pseudoquiste pancreático son: compresión de grandes vasos, obstrucción gástrica o duodenal, estenosis de vía biliar secundaria a compresión, infección del pseudoquiste, hemorragia hacia el pseudoquiste, fístula pancreática pleural, pseudoquiste sintomático (saciedad, náusea y vómito, y dolor y sangrado gastrointestinal bajos), pseudoquiste asintomático mayor de 5 cm (que no haya modificado su tamaño o morfología en más de seis semanas), pseudoquiste asintomático mayor de 4cm (que origine complicaciones extra- pancreáticas en pacientes con pancreatitis crónica por alcoholismo) y sospecha de malignidad.

Caso

Paciente masculino de 35 años de edad, ingresa al Servicio de Cirugía del Hospital La Paz, con el inicio de dolor abdominal de 15 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico-opresivo ubicado en cuadrante superior derecho, acompañado de náuseas y vómitos de contenido gastrobiliar, tras la ingesta de alimentos colecistoquinéticos. Menciona el antecedente de cuadro similar hace 1 mes que cede espontáneamente.

Consciente, orientado, álgido, en regular estado general, con tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 90 lat/min., frecuencia respiratoria de 24 resp./min., temperatura de 36,8°C.

Con discreta deshidratación de mucosas, sin alteraciones cardiorrespiratorias agudas; en la exploración abdominal se encuentra dolor en epigastrio, se palpa masa dolorosa en todo cuadrante superior derecho. Los laboratorios de ingreso con Hb de 13,6 g/dL, Hto39, leucocitos 10,000/mm³, glucosa 126 mg/dL, creatinina 0.8 mg/%, bilirrubina directa 0.8, FA 669U/L, lipasa y amilasa normal.

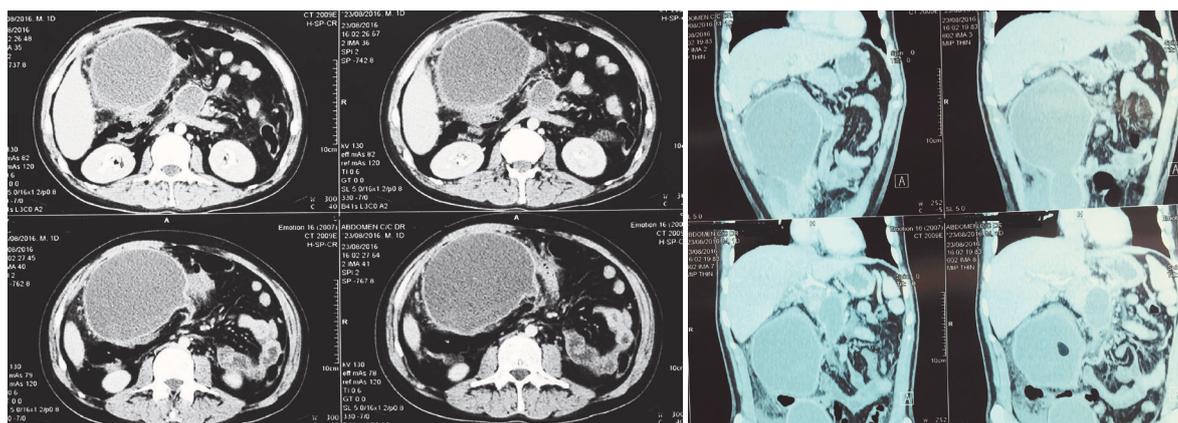
Se realiza tomografía axial computarizada, destaca 3 masas quísticas de 3 cm, 9 cm y 14 cm respectivamente, comunicadas, Wirsung dilatado y litiasis vesicular. Se mejoran condiciones generales y se programa para cistoyeyunoanastomosis laparoscópica (en la institución no se cuenta con endoscopia intervencionista, sólo diagnóstica).

Bajo anestesia general se realiza la colocación de 4 puertos de 10 mm (transumbilical, subxifoideo, subcostal derecho e izquierdo).

Se procede a explorar cavidad identificándose masa quística gigante la cual se esqueletiza y se procede a su apertura con bisturí monopolar, se realiza aspiración de masa compresiva obteniendo material achocolatado de aprox. 1500cc, no fétido no coagulable. Se procede a realiza cistoyeyunoanastomosis aproximando asa yeyunal la cual se apertura por su borde antimesentérico, se realiza anastomosis a pared quística con sutura mecánica y puntos invaginantes con vicryl 3/0, se verifica ausencia de sangrado y se verifica ausencia de fugas, se coloca drenaje tutor de anastomosis; en segundo tiempo quirúrgico se realiza colecistectomía.

El tiempo quirúrgico fue aproximadamente de 3 horas 50 minutos. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria, al quinto día se inicia vía oral, afebril, presenta catarsis normal; dado de alta al décimo día.

Figura 1 y 2. TC de abdomen muestra masa quística de 14 cm comunicada con otra de 3 cm.



Discusión

El Pseudoquiste Pancreático aparece posterior a un episodio de pancreatitis aguda o un trauma en el páncreas, se encuentra circunscrita por una pared de tejido de granulación. Parece surgir de la disrupción del conducto pancreático con la posterior extravasación de secreciones pancreáticas, es así que en un 60% de los pseudoquistes se puede evidenciar una comunicación con el conducto pancreático, mientras que en el restante es probable que dicha comunicación se cerrara debido a una reacción inflamatoria.

Los pseudoquistes mantienen una incidencia baja, algunos estudios basados en reportes nos expresa incidencias de 1.6%-4,5%, es decir afecta a 0,5-1 por 100,000 adultos por año, más frecuente en hombres. La clasificación más práctica y utilizada actualmente es la de Nealon y Walser, la cual se basa en la anatomía del conducto pancreático y se divide en: tipo I: conducto normal y sin comunicación con el pseudoquiste, tipo II: conducto normal y con comunicación con el pseudoquiste, tipo III: conducto con estenosis y sin comunicación con el pseudoquiste, tipo IV: conducto con estenosis y con comunicación con el pseudoquiste, tipo V: conducto pancreático con obstrucción completa, tipo VI: pancreatitis crónica en la que el conducto y el pseudoquiste no se comunican, tipo VII: pancreatitis crónica en la que el conducto y el pseudoquiste se comunican.

Existen varias opciones de tratamiento: observación (8-70%), aspiración o drenaje percutáneo (falla: 16%, morbilidad: 18%, recurrencia hasta 70%), aspiración o drenaje endoscópico (éxito: 92-100%, mortalidad: 0.2%, morbilidad: 17%, recurrencia: 7.6-23%), drenaje quirúrgico abierto (éxito: 70-100%, morbilidad: 9-36%, mortalidad: 0-8%, recurrencia: 0-30%) o laparoscópico (éxito: 92-100%, mortalidad: 0%, morbilidad: 9%, recurrencia: 3%), drenaje interno o externo y resección.

El tratamiento conservador con reposo intestinal y nutrición parenteral aumenta la probabilidad de regresión espontánea. Sin embargo, un gran número de pacientes pueden requerir de intervención quirúrgica. Muchos pseudoquistes se resuelven por drenaje percutáneo con una guía ultrasonográfica o tomográfica, sin embargo existen altas posibilidades de infección y/o fístula pancreática. El drenaje endoscópico interno del pseudoquiste pancreático es factible y sería una alternativa atractiva, sin embargo se acompaña de complicaciones graves como hemorragia, perforación (las cuales requieren de un control quirúrgico a cielo abierto inmediato). Aljarabah y colaboradores sostienen que el drenaje endoscópico es más recomendable

en pseudoquistes secundarios a pancreatitis crónica y que la cirugía laparoscópica debe ser reservada para pseudoquistes secundarios a pancreatitis aguda. Los procedimientos laparoscópicos incluyen cistogastro-anastomosis, Cistoduodenoanastomosis y cistoyeyunoanastomosis, dentro de los cuales la primera puede ser una buena opción terapéutica. La cirugía laparoscópica para la resolución del pseudoquiste pancreático fue introducida por Way y colaboradores. También ha sido utilizada una engrapadora para la realización de la anastomosis, permitiendo un procedimiento rápido y simple, a su vez esto permite que no haya obstrucción y se disminuya el riesgo de recidiva.

Figura 3. Apertura de pseudoquiste pancreático.

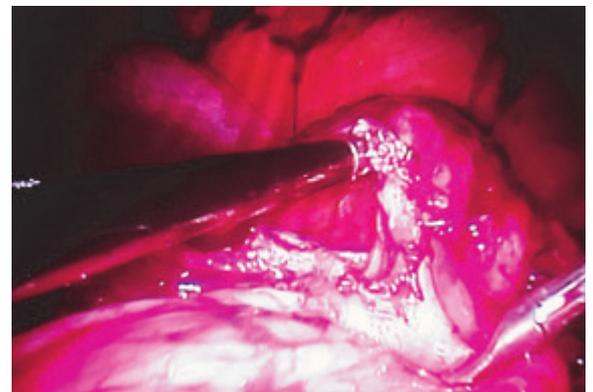


Figura 4. Se realiza cistoyeyunoanastomosis con sutura mecánica.

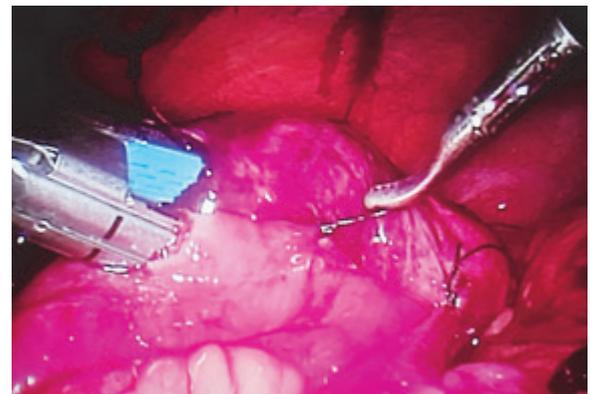


Figura 5. Cistoyeyunoanastomosis concluida.



En comparación con el procedimiento intraluminal, la visualización de la cistogastroanastomosis ha mejorado, lo que permite menor riesgo de lesión a los tejidos interpuestos.

Conclusión

El manejo de las lesiones quísticas del páncreas es un punto de controversia; muchos opinan que la mayoría de las lesiones deben ser resecadas basándose en dos conceptos: poca certeza diagnóstica y posible degeneración mucinosa. Sin embargo, una cirugía pancreática mayor no está exenta de complicaciones, por lo que es preferible realizar un tratamiento quirúrgico más conservador derivando el quiste. En este caso clínico se optó por realizar una Cistoyeyunoanastomosis laparoscópica, para derivar el quiste con una adecuada evolución del paciente. En la actualidad son pocos los casos reportados que utilice esta técnica en el tratamiento del quiste. La decisión del manejo quirúrgico se debe basar en riesgo-beneficio, siendo una de las mejores opciones la derivación a través de cirugía mínima invasiva. El presente caso demuestra que este procedimiento se puede realizar de forma eficaz y segura, con excelentes resultados.

Referencias bibliográficas

- Herreros A, Waxman I. Pseudoquiste pancreático. Conceptos generales y tratamiento endoscópico. *Endoscopia* 2008.
- Mazza O, Palavecino M, Mentz R, Macías C, De Santibañes E, Pekolj J. Pseudoquiste agudo de páncreas. *Rev Argent Cirug* 2007.
- RuedaAP, Ayes-Valladares F. Pseudoquiste y absceso pancreático: cistogastrostomía como tratamiento de elección, reporte de 8 casos. *RevMed Post UNAH* 1999.
- Dinesh Singhal, Rahul Kakodkar, Randhir Sud, Adarsh Chaudhary. Issues in management of pancreatic pseudocysts. *JOP. J Pancreas (Online)* 2006;
- Bruno MJ, Dellinger EP, Forsmark CE, Lamer P, Levy P, Maravi-Poma E, et al. Determinant-based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation. *Ann Surg.* 2012.
- Appasani S, Thandassery RB, Abujam I, R. Myriads of markers and scoring systems for multiple events in acute pancreatitis: which do we mix and when do we match? *Gastroenterology* 2012.
- Wu BU, Hwang JQ, Gardner TH, Repas K, Delee R, Yu S, et al. Lactated Ringer's solution reduces systemic inflammation compared with saline in patients with acute pancreatitis. *ClinGastroenterol Hepatol* 2011.
- Fernández-Cruz L, Cesar-Borges G, López-Boado MA, Navarro S. Minimally invasive surgery of the páncreas in progress. *Langenbecks Arch Surg.* 2005.
- Lerch MM, Stier A, Wahnschaffe U, Mayerle J. Pancreatic pseudocysts: observation, endoscopic drainage, or resection? *DtschArzteblInt* 2009.
- Habashi S, Draganov P. Pancreatic pseudocyst. *World JGastroenterol* 2009.
- Vargas RD, Sepúlveda-Copete M, Zuleta JE, Hani AC. Casereport: treatment of pancreatic pseudocysts with endoscopic transpapillary drainage. *Rev Col Gastroenterol* 2010.