

Manejo Quirúrgico de Pseudoquiste Pancreático: Cistogastroanastomosis. Reporte de caso



Rev Guatem Cir Vol. 31 (1) - 2025

Juan Mazariegos¹, Marvin Arévalo²

¹Residente II cirugía general, ²Cirugía laparoscópica avanzada. Hospital General San Juan de Dios. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Autor correspondiente: Juan José Mazariegos Recinos. Email: j.j.mazariegos95@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El pseudoquiste pancreático es la acumulación de líquido formado por enzimas digestivas jugo pancreático e incluso contenido hemático dentro de las paredes conformadas por tejido de granulación y fibrosis. Su incidencia es de 1 cada 100,000 adultos por año, con una prevalencia del 6 al 18.5%. Además, representa el 20 al 40% de las pancreatitis crónicas, con una resolución espontánea del 3%, como factor de riesgo. Se presenta un paciente de 23 años con cuadro de pancreatitis crónica recurrente. Con historia de dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos, con dolor irradiado en "banda de cinturón" e ictericia. Con antecedente de manejo de pancreatitis recurrente. Métodos: Mediante un abordaje por cirugía abierta por línea media supra-para-infra-umbilical, se realiza colecistectomía y exploración de vía biliar dilatada más colocación de tubo de Kehr por un defecto de llenado en la vía biliar. Posteriormente, se realizó una incisión en la cara anterior gástrica, mediante un angiocat No. 14 G con jeringa de 20 ml, bajo visión directa se punciona transgástrica en dirección parasagital derecha, se obtuvieron aproximadamente 190 cc de líquido serosanguinolento y se procede a realizar la cistogastroanastomosis. Resultados: El diagnóstico postoperatorio fue un pseudoquiste pancreático, realizando control de tomografía a las 2 semanas evidenciando pseudoquiste disuelto, tubo de Kehr en adecuada posición y funcional, paciente adecuada evolución post operatorio.

Palabras claves: pseudoquiste pancreático, colecistitis aguda.

ABSTRACT

Surgical Management of Pancreatic Pseudocyst: Cystogastroanastomosis. Case report

Pancreatic pseudocyst is the accumulation of fluid formed by digestive enzymes, pancreatic juice and even blood content within the walls made up of granulation tissue and fibrosis. Its incidence is 1 in 100,000 adults per year, with a prevalence of 6 to 18.5%. Furthermore, it represents 20 to 40% of chronic pancreatitis, with a spontaneous resolution of 3%, as a risk factor. A 23-year-old patient with recurrent chronic pancreatitis is presented. With a history of pain in the right upper quadrant associated with nausea and vomiting, with radiating "belt band" pain and jaundice. With a history of management of recurrent pancreatitis. The surgical treatment was a cystogastroanastomosis with a supraparaumbilical incision approach, with pseudocyst drainage with open percussion, cholecystectomy and bile duct exploration were performed for choledocholithiasis and leaving a Kehr tube drainage. The preoperative diagnosis was made through a thorough clinical evaluation, in addition to complementary studies supported by computed tomography with oral and intravenous contrast medium. The postoperative diagnosis was a pancreatic pseudocyst, with a CT scan performed after 2 weeks showing a dissolved pseudocyst, a Kehr tube in adequate position and functional, and the patient's postoperative evolution was adequate.

Keywords: pancreatic, pseudocyst, acute, cholecystitis.

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste pancreático es una complicación de los cuadros inflamatorios del órgano, con acumulación de líquido en la transcavidad de los epiplones causado por pancreatitis aguda y por diversos cuadros de agudización de pancreatitis crónica.¹ Una causa poco frecuente es la obstrucción del drenaje biliar pancreático y los traumatismos a ese órgano. De acuerdo con la etiología, el pseudoquiste aparece en 20 a 40% de los casos de pancreatitis crónica, 70 a 78% se asocia con pancreatitis postalcohólica seguida por pancreatitis crónica idiopática en 6 a 16%, y en 6 a 8% para pancreatitis crónica de etiología biliar.²

Lo común es que aparezca en los 30 primeros días del cuadro agudo de pancreatitis con resolución espontánea en 50% de los casos.³ Cuando se trata de pancreatitis crónica, se presenta en las primeras seis semanas, con una reabsorción sin intervención quirúrgica incluso de 50%; sin embargo, cuando el quiste mide 6 cm o más, rara vez desaparecerá espontáneamente.⁴

En la actualidad no existe un procedimiento quirúrgico estandarizado para tratar el pseudoquiste pancreático porque depende de la habilidad y experiencia del cirujano, de las condiciones generales del paciente y de la infraestructura en equipo quirúrgico en donde se realice el

procedimiento. Sin embargo, la anastomosis en la pared posterior del estómago, a la pared anterior del quiste, ofrece discreta ventaja (que no es estadísticamente significativa) con la vía laparoscópica, cuando se compara con la vía convencional. La laparoscopia, al tener mínima invasión, requiere menor tiempo de recuperación del paciente, con menos días de estancia hospitalaria y síntomas postoperatorios, y menor movilidad del procedimiento y, desde luego, inicio temprano de la vía oral e incorporación a las actividades de la vida diaria.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 23 años, originario y residente de la Ciudad de Guatemala. Consulta por dolor abdominal de 3 días de evolución. En los últimos tres días tuvo dolor abdominal, de predominio en el hipogastrio, y sensación de saciedad temprana y náusea, asociada a ictericia generalizada. Al ingreso, refirió únicamente como antecedente pancreatitis tres semanas previas y coledocistitis. En la exploración física solo se encontró paciente afebril, ictericia en escleras, dolor leve a la palpación profunda en el epigastrio e hipocondrio, signo de Murphy negativo. Los exámenes de laboratorio reportaron: leucocitos 11,780 células/mL, neutrófilos 82.46%, hemoglobina 13 g/dl, hematócrito 39%, plaquetas 414,000 cél/ml, glucosa 117 g/dl, deshidrogenasa láctica 271 UI/L, TGO 84 U/L, TGP 208 U/L, GGT 565 UI/L, amilasa 404 UI/L, bilirrubina total 8.59 mg/dl, Bilirrubina directa 7.16 mg/dl proteínas totales 8.0 g/dl.

Paciente se ingresa a servicio de emergencia con diagnósticos pancreatitis aguda, colecistitis aguda e ictericia colestásica secundario a compresión de la vía biliar extrahepática por pseudoquiste pancreático.

La tomografía computarizada abdominal mostró que el páncreas estaba en una situación normal,

con formación de una lesión quística parasagital derecha con un volumen aproximadamente 230.8 cc (Figura 1) de 92 y 62 cms en sus ejes mayores, interior hipodenso con 10 μ h en promedio (Figura 2). El reporte final fue de pseudoquiste pancreático e importante efecto de masa en las estructuras periféricas evidenciándose compresión de la vía biliar extrahepática.

Se evaluó paciente en la unidad de emergencia con tratamiento médico de pancreatitis aguda. A las 48 horas, paciente con resolución de pancreatitis, con base en los hallazgos tomográficos anteriores y los antecedentes clínicos, se optó

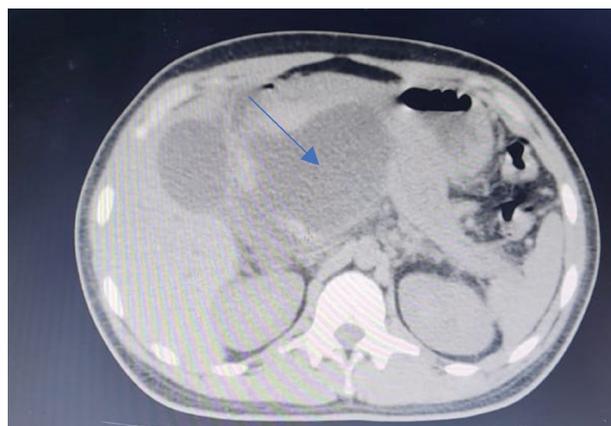


Figura 1. Tomografía abdominal; corte axial con pseudoquiste pancreático con un volumen de 230 cc.



Figura 2. Tomografía abdominal; corte coronal se evidencia pseudoquiste pancreático con compresión de la vía biliar extrahepática.

por la exploración quirúrgica de la cavidad para drenaje. Mediante un abordaje por cirugía abierta a través de la línea media supra-para-infra-umbilical, se lleva a cabo una colecistectomía y exploración de vía biliar dilatada, junto con la colocación de tubo de Kehr por un defecto de llenado en la vía biliar. Posteriormente, se realizó una incisión en la cara anterior gástrica, mediante un angiocat No. 14 G con jeringa de 20 ml, bajo visión directa, se punciona transgástrica en dirección parasagital derecha, se obtuvieron aproximadamente 190 cc de líquido serosanguinolento y se procede a realizar la cistogastroanastomosis (Figura 3).

Se realiza gastrostomía anterior utilizando sutura prolene 3-0, con puntos continuos (figura 4), se verifica la hermeticidad con prueba neumática, se lavó y se exteriorizó mediante Jackson Pratt por contraapertura. Procedimiento terminó sin complicaciones.

Durante el postoperatorio se colocó una sonda nasogástrica para vigilancia estrecha de las secreciones y se retiró a las 24 horas. Enseguida se inició dieta enteral que progresó con éxito tolerando adecuadamente. La evolución del paciente ha sido adecuada, con una disminución de bilirrubina total, sin dolor, drenaje Jackson Pratt con secreción mínima, tubo de Kehr funcional y tolerando dieta enteral, se dió egreso a los 5 días postoperatorio, sin eventualidades y complicaciones.

DISCUSIÓN

El pseudoquiste pancreático es una de las complicaciones derivadas de cuadros inflamatorios agudos pancreáticos recurrentes en el Hospital San Juan De Dios. Con el apoyo de estudios de imagen como ultrasonidos y tomografías, se ha llevado a un mejor diagnóstico y plan quirúrgico a estos pacientes, así disminuir morbilidades al tener un diagnóstico temprano.

En las patologías de pancreatitis es esencial la anamnesis que permita establecer el diagnóstico y determinar su inicio y severidad. Para lograr esto es necesario considerar las características del pseudoquiste pancreático, en las que es fundamental tomar en cuenta que en las lesiones mayores de 5 cm la resolución espontánea es mínima y requiere de un tratamiento quirúrgico temprano.

El seguimiento de estos pacientes se lleva a cabo durante dos meses subsecuentes, con una vigilancia minuciosa de los sínto-



Figura 3. Se observa incisión en cara anterior del estómago para punción transgástrica en dirección parasagital derecha.

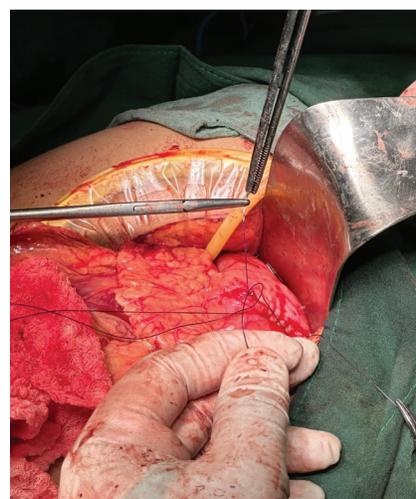


Figura 4. Cierre con puntos continuos de incisión en la cara anterior del estómago.

mas. La evolución clínica tórpida es la indicación para realizar una nueva tomografía. Además, la severidad de las manifestaciones clínicas y la imagenología son la pauta para considerar el tratamiento apropiado del pseudoquiste pancreático.

El drenaje percutáneo, guiado por tomografía e incluso por ultrasonido son opciones que, junto con el intervencionismo endoscópico, ofrecen alta seguridad y drenaje eficaz de la colección. Sin embargo, su uso es limitado para disminuir los síntomas compresivos de manera urgente porque la mayor parte de los pseudoquistes se vuelven a formar 24 horas después del drenaje. Es por esto, se recomienda aprovechar este tiempo para mejorar las condiciones del paciente y planear el drenaje quirúrgico definitivo a corto plazo.

La intervención quirúrgica es la opción terapéutica para tratar pacientes con pseudoquiste pancreático cuando persisten los síntomas condicionados por el efecto de masa de la colección (compresión de la vía biliar extrahepática), y a quienes ya se les hizo drenaje percutáneo o endoscópico y tienen recidiva; la tasa de éxito es alta y con baja morbilidad y mortalidad

La cistogastroanastomosis es una técnica que ofrece mínima modificación de la anatomía del

aparato digestivo, con drenaje continuo que contribuye al colapso de las paredes del pseudoquiste. La controversia entre el uso de la laparoscopia en comparación con la vía convencional para realizar el drenaje del pseudoquiste aún existe. La mínima invasión en manos adiestradas ofrece pronta recuperación, con inicio temprano de la vía oral (considerado a las 24 horas), menor dolor posoperatorio y disminución de los días de estancia intrahospitalaria.⁴

CONCLUSIÓN

La cistogastroanastomosis por vía laparoscópica es una opción que facilita el drenaje continuo del líquido a la cavidad gástrica, con bajo índice de recidiva, menor morbilidad y mortalidad. Estas ventajas sobre una cirugía abierta se pueden mencionar: aceptación más temprana alimentación enteral y menor convalecencia, que hacen de este procedimiento el ideal para esta patología.

Generalmente, el drenaje quirúrgico se reserva para un drenaje percutáneo o endoscópico fallido. El drenaje endoscópico evita la necesidad de drenaje externo, con una tasa alta de éxito a largo plazo y debe realizarse cuando el pseudoquiste este transgástrico o transduodenal adyacente a la pared gastroduodenal.⁵

REFERENCIAS

1. Khanna AK, Satyendra K, Kumar P. Review Article. Pancreatic Pseudocyst: Therapeutic Dilemma. *International J Inflammat* 2012 (2012);Article Id 279476, 7 pages. doi:10.1155/2012/279476 isponible en <http://www.hindawi.com/journals/iji/2012/279476/>
2. Ramírez CG, De La Peña MS, Liho NA. Cistogastroanastomosis laparoscópica en el tratamiento de pseudoquiste pancreático: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cirug Endoscóp* 2010;11:20-24.
3. Miskic D, Pitlovic V, Latic F, Samardzic J, Miskic B, Latic- Hodzic L. Laparoscopic Transgastric Gastrocystostomy Pancreatic Pseudocyst. *Med Arh* 2011;65(6):371-372.
4. Agalianos C, Passas I, Sideris I, et al. Revisión de opciones de manejo de pseudoquistes pancreáticos. *Trans/gastroenterol Hepatol* 2018; 3:18.
5. Fabbri C, Luigiano C, Lisotti A, et al. Tratamientos guiados por ecografía endoscópica. ¿estamos obteniendo evidencia basa en una revisión sistemática? *Mundial J Gastroenterol* 2014; 20:8424.