

Pseudoquiste de Páncreas Drenaje interno con cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux

Dr. Italo Braghetto, A. Bahamondes,
Int. Renato Gana G.

La ruptura de un conducto pancreático usualmente asociada a obstrucción distal provoca la extravasación del líquido pancreático fuera del sistema ductal pancreático, cuyas causas más frecuentes son las pancreatitis agudas necrohemorrágicas, trauma pancreático y daño quirúrgico (1). La efusión peripancreática puede resolverse espontáneamente (20 a 70%) o si persiste puede encapsularse en la retrocavidad siendo delimitado por una pared fibrosa y las vísceras vecinas conformándose un pseudoquiste después de 6 a 8 semanas (2). Importante es el diagnóstico diferencial con otras lesiones quísticas del páncreas (cistoadenomas, cistoadenocarcinomas, etc), en el cual los estudios de imagenología (TAC, ultrasonografía, pancreatografía) juegan un rol importante (1,2,3, 4).

Varias alternativas terapéuticas han sido utilizadas en el tratamiento del pseudoquiste pancreático (PQP) no resuelto espontáneamente: drenaje percutáneo, drenaje endoscópico transgástrico o duodenal, drenaje quirúrgico interno (cistogastro o cistoyeyunostomía) o externo y resección quirúrgica. Estas alternativas se indican dependiendo de varios factores (5,6) tales como tamaño, ubicación, presencia de infección, etc. Todo PQP no resuelto espontáneamente presenta entre un 19 y 40% de complicaciones, por lo tanto, debe ser tratado con alguna de las alternativas mencionadas (7).

Servicio de Cirugía Hospital San José y Departamento de Cirugía Hospital Clínico U. de Chile.

En este artículo presentamos un caso clínico de PQP gigante, tratado con el empleo de una cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 39 años con antecedentes de Colectomía y Coledocostomía por Colectitis aguda y Coledocolitiasis 6 años antes de su cirugía. Comienza a presentar dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo irradiado al dorso, de aproximadamente dos meses de evolución, permanente, de carácter vago. Además, nota aumento de volumen en dicha zona. No tiene antecedentes traumáticos, no refiere hábitos alcohólicos. Aparentemente seis meses previos a su ingreso actual, refiere cuadro abdominal agudo mal estudiado que regresó espontáneamente y que se interpretó como probable episodio de pancreatitis aguda.

ESTUDIO. Dados los antecedentes descritos se practica:

1.- Ecotomografía abdominal: revela gran masa redondeada hipocóica, de aspecto sólido, de situación retroperitoneal en relación a la cara interna del bazo pero independiente de éste, que desplaza el estómago hacia ventral en su porción vertical, que puede depender de la cola del páncreas y que mide 13 por 15 cm. de diámetro. (fig.1).

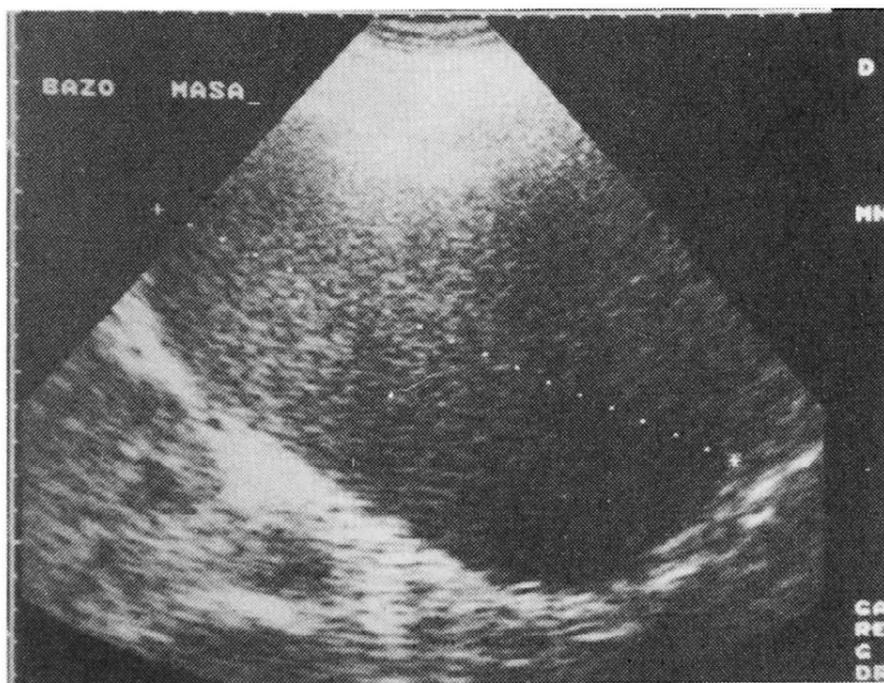


Figura 1: Ecotomografía Abdominal: Gran masa en relación a la cara posterior del estómago.

2.- TAC abdomen: gran formación quística de 17 cm. de diámetro que forma cuerpo con la cola del páncreas y rechaza hacia adelante y arriba el fórnix y cuerpo gástrico. Es de contorno bien delimitado, con una pared delgada y finas calcificaciones. El quiste contiene líquido y gas formándose un nivel hidroaéreo. El gas puede corresponder a infección o fístula con víscera hueca. Páncreas de aspecto normal, Wirsung sin dilatación. Conclusión: probable PQP infectado, ¿Quiste hidatídico? (fig.2).

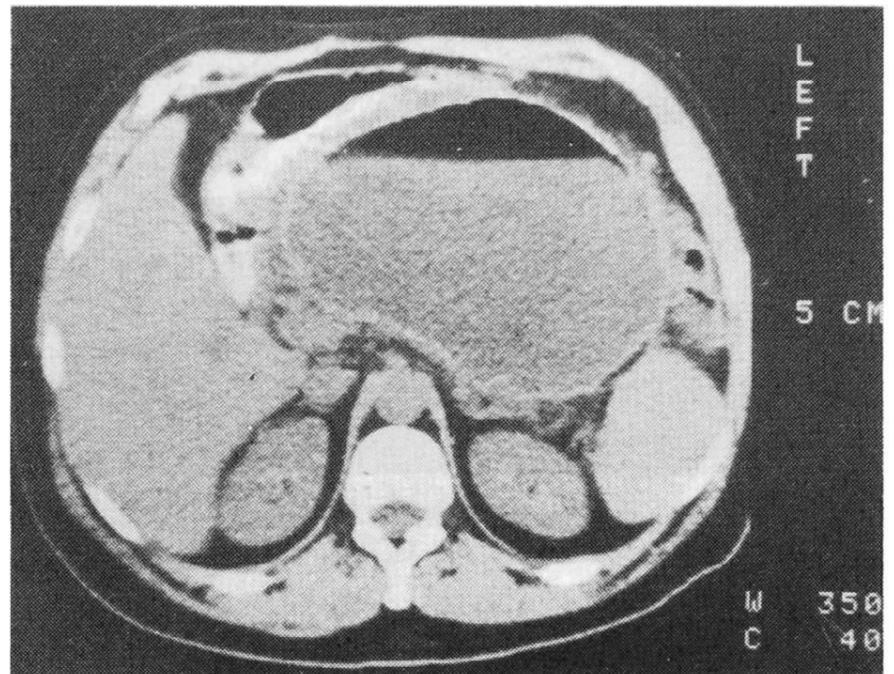


Figura 2: TAC Abdominal muestra masa quística de 15-17 cms. de diámetro en relación a cuerpo y cola de páncreas.

3.- Panendoscopia digestiva: sólo refiere compresión y solevantamiento de la pared posterior gástrica.

4.- ERCP: refiere destrucción de sistema ductal hacia la cola del páncreas sin existir extravasación del medio de contraste.

5.- Enzimas pancreáticas: normales

6.- Hemograma: leucocitos 11.400; Bac 5; Linfocitos 11; VHS 104.

7.- Pruebas hepáticas: Bil. Tot.: 2.4 - Bil. Directa: 1.2.- Bil. Indirecta: 1.2.

Por los antecedentes clínicos y por los hallazgos al estudio se plantea el diagnóstico de PQP infectado más bilirrubinoestasis séptica. Por el tama-

ño y localización de la lesión se prefiere practicar una cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

CIRUGIA. Paciente en posición de Grassi, se practica incisión arciforme subcostal y se colocan dos valvas a un retractor metálico para obtener un adecuado campo quirúrgico, notándose el solevantamiento del estómago por la masa retrogástrica (fig 3). Esta

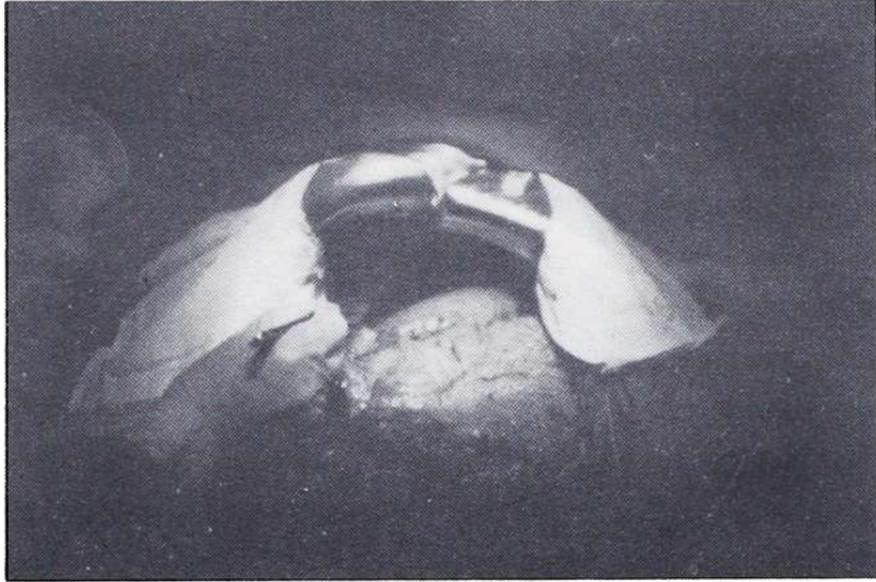


Figura 3: Solevantamiento gástrico por masa quística retrogástrica.

masa además hace eminencia hacia el mesocolon transversal, se puncionan y se aspiran 800 cc. de líquido seropurulento del que se toman muestra para cultivo. Se abre una ventana con electrobisturí resecando un trozo de 10 por 5 cm. para biopsia (fig 4). Sus

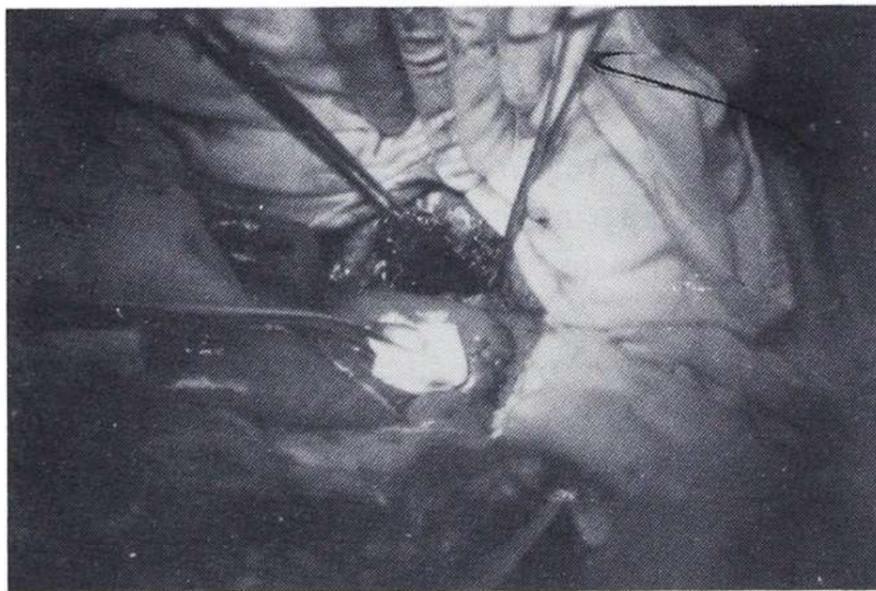


Figura 4: Apertura en la pared del pseudoquistes para anastomosis en yeyuno.

bordes se anastomosan a una asa desfuncionalizada en Y de Roux, con puntos de vycril 000 corrido dejando una sonda Foley transyeyunal dentro de la

cavidad quística (fig 5). El enfermo evoluciona sin complicaciones. El cultivo de pus intracavitario demostró E. Coli sensible a Quemicetina, Gentamicina que se mantienen por siete días. El débito del drenaje intracavitario fue entre 120 y 150 cc. de pus franco que se mantuvo por 20 días y luego fue disminuyendo progresivamente. Las amilasas del líquido demostró 500 unidades Caraway/100 cc.

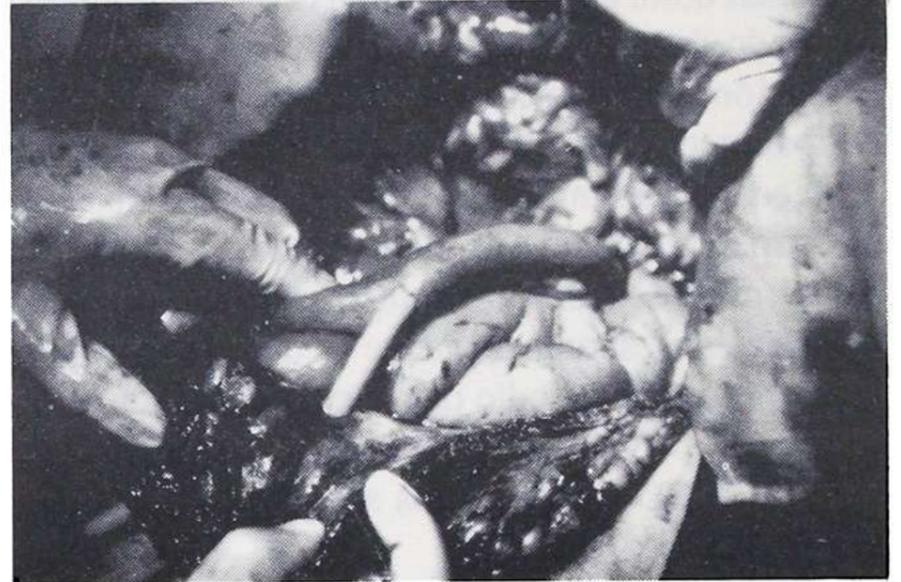


Figura 5: Control Sonda Foley transyeyunal y transanastomótica para drenaje de la cavidad.

Al mes se efectuó fistulografía de control de la cavidad quística por la sonda Foley mostrando reducción de su diámetro y se retira esta sonda a los 30 días del post operatorio. Control ecotomográfico realizado a los seis meses no revela cavidad residual. (fig 6).

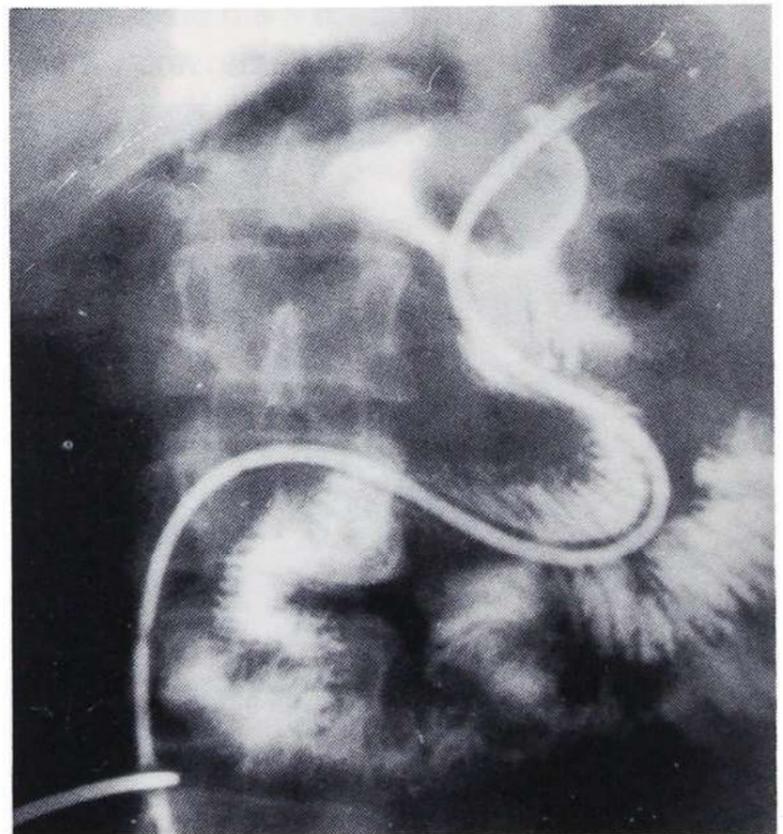


Figura 6: Control post-operatorio de la cavidad.

El paciente no presenta secuelas quirúrgicas a los dos años de operado. La anatomía patológica del trozo de pared quística mostró tejido fibrohiliario vascularizado y contenido fibrinoleucocitario sugere de PQP, aunque no es posible descartar quiste hidatídico infectado. El paciente al año de operado ha subido 10 kg. de peso.

COMENTARIO

1.- El diagnóstico de una lesión quística pancreática muchas veces resulta difícil, pues no

siempre está el antecedente de un cuadro pancreático agudo. Las lesiones quísticas pancreáticas corresponden a pseudoquistes pancreáticos (70%) 10% son quistes de retención, 2,3% son quistes congénitos y entre 10 y 15% son quistes neoplásicos. Actualmente se dispone de varios métodos de diagnóstico de imágenes que nos orientan junto a la clínica a un diagnóstico más preciso (8). En la TABLA 1 se presenta una lista de las lesiones erróneamente diagnosticadas como PQP y el diagnóstico diferencial radiológico entre un PQP y las lesiones neoplásicas según Lumsden y cols (8).

TABLA 1

<u>• Lesiones Pancreáticas erróneamente diagnosticadas con PQP.</u>	<u>• Lesiones no pancreáticas erróneamente diagnosticada como PQP.</u>	
Absceso pancreático	Quiste de Colédoco	
Necrosis pancreática infectada	Colédoco dilatado	
Adeno Ca pancreático con necrosis quística	Leiomioma gástrico	
Linfoma pancreático	Aneurismas art. hepática, esplénica, mesentérica	
Cistoadenoma	Quiste mesentérico	
Quiste retencional	Hematoma esplénico	
Quiste congénito		
<u>Metástasis hepáticas</u>		
<u>• Diagnóstico Diferencial</u>		
<u>• Radiológico</u>	<u>Neoplasia Quística</u>	<u>Pseudoquiste</u>
Nº quistes	Múltiple	único
Localización	Cuerpo Colon	Cabeza
Calcificación pared	10%	frecuente
Grosor pared	menos de 1 cm.	mayor de 1 cm.
<u>• Quirúrgico</u>		
Pared	delgada, transparente	gruesa, opaca
contenido	claro, mucoide, viscoso	opalescente, sanguinolento, uniforme.
Biopsia pared	Neoplasia	tejido fibroso
Páncreas	Textura normal	Alterado
Adherencia	No	Sí

Las causas originarias de PQP son principalmente:

—Pancreatitis aguda necrótica: el 50 % de las pancreatitis agudas se complican con la aparición de un PQP el cual se resuelve espontáneamente en un 20 a 70% de los casos. En pacientes con PQP de corta evolución (menos de 6 semanas), la resolución alcanza en promedio a 40%; en cambio aquellos de más larga evolución (7 a 12 semanas) la resolución espontánea es menos de un 10%. Un PQP menor de 5 cms. se resuelve en el 80% de los casos, entre 5-10 cms. 50% y menos aún en PQP mayor de 10 cms.

Cuando no se trata un PQP éste se acompaña entre de 30% a 40% de complicaciones de las cuales las más temida es la hemorragia que se acompaña de alta mortalidad, entre un 16 un 43%. Otras complicaciones son la formación de fístulas (13,0%) obstrucción biliar o duodenal (10%) complicaciones vasculares (6%-13%). De ahí entonces que se debe indicar un tratamiento en el momento adecuado, de acuerdo a las características de la lesión (ubicación, tamaño, grado de madurez, infección, etc).

Los procedimientos endoscópicos desarrollados recientemente tienen las ventajas del procedimiento mininvasivo. Dohmoto comunica un éxito de 80% mediante el uso de vía endoscópica, con drenaje transpapilares, transduodenales, transgástrico o con catéteres nasoquísticos. Los mejores resultados se han obtenido con drenaje cistoduodenal y cistogástrico con éxito entre 96 y 100% y recurrencias entre 9 y 17%. El drenaje endoscópico presenta buenos resultados siempre que esté bien indicado y debe aplicarse en quistes de mediano tamaño, ubicados en la cabeza o cuerpo del páncreas (no en la cola), con comunicación con el sistema ductal principal el cual no debe estar obstruido. Requiere como todo drenaje interno que el quiste esté maduro y no infectado.

El drenaje percutáneo probablemente disminuya el número de potenciales complicaciones y debe estar indicado como terapia inicial en aquellos pacientes críticos o con sospecha de infección quística. Una vez que el proceso séptico haya sido resuelto y si el quiste persiste debe iniciarse el drenaje quirúrgico

interno. El porcentaje de éxito del drenaje percutáneo varía entre un 13 y un 100% (promedio de 80%), pero el porcentaje de recurrencia es del 20-25%, incluso con formación de fístulas pancreato cutáneas. También aquellos PQP de gran tamaño probablemente no se resuelven con el drenaje percutáneo ni con los procedimientos endoscópicos y por lo tanto un drenaje quirúrgico es lo indicado (9).

Sin embargo, algunos podrían resolverse con tratamiento conservador con somatostatina. Hay casos en los cuales se ha observado resolución luego del uso de somatostatina y drenaje percutáneo aún en aquellos que existen fístulas pancreáticas externas (10).

Drenaje quirúrgico externo sólo tendría indicación como procedimiento de urgencia ya que presenta alta tasa de recidiva y en gran porcentaje se complica con fístula pancreático cutánea. Anderson observó complicaciones en 8 de 12 pacientes tratados con drenaje externo, Vitas presenta 66% de complicaciones con drenaje externo. Por lo tanto, una vez que se haya empleado esta técnica y persista la colección o la fístula puede intentarse algunos otros métodos complementarios como uso de somatostatina, drenaje o prótesis endoscópica y cirugía resectiva o de derivación (cistogastro, cistoyeyunostomía (13, 14, 15) (tabla 2).

TABLA 2

Tratamiento quirúrgico PQP			
Procedimiento	Morbilidad	Mortalidad	Recurrencia
Drenaje externo	24-67	0,5	20-30
Drenaje interno			
Cistogastro	20-36	5-16	10%
Cistoyeyuno	5-14	4,5	5%
Cistoduodeno	0-20	0-?	0-?
Resección	11-20	0	-
Aspiración	15	0	-

El drenaje quirúrgico cistogastro o cistoyeyuno estaría indicado en:

- Quistes (PQP) gigantes.
- PQP de cola de páncreas.
- Otra patología asoc. Colelitiasis
- Cuando falla un procedimiento endoscópico

Con respecto a una y otra técnica es cierto que la cistogastro es más fácil de realizar, pero se ha visto mayor número de complicaciones graves en cistogastro como la HDA masiva generalmente por aneurisma de la pared del quiste ya que se comunica el estómago (con más ácido) (6) a una pared desprovista de mucosa como es la cavidad quística. Falta aún un estudio tal vez prospectivo para ver realmente las ventajas de una técnica y otra.

La citogastroanastomosis está indicada especialmente en casos de pseudoquistes medianos inmediatamente adherentes con la pared gástrica posterior y es donde tiene mejores resultados. Como se menciona en un procedimiento fácil y ha sido el más frecuentemente empleado en nuestro país (70% de las derivaciones internas según lo reportado por Hernández y cols). En nuestro Hospital se ha empleado tanto la cistogastro como la cistoyeyunostomía (16, 17, 18). Sin embargo según lo reportado en la literatura la cistogastroanastomosis presenta complicaciones graves especialmente hemorragia, infección y recurrencia en comparación a la cistoyeyunoanastomosis. La hemorragia masiva de la cavidad en PQP se acompaña de un 30% de mortalidad y el tratamiento debe ser ligadura de los vasos y drenaje externo. (19)

La cistoyeyunostomía con Y de Roux si bien es un procedimiento más largo y no siempre se puede realizar. En opinión de varios autores debería ser la técnica de elección, pues se comunica la cavidad quística a un asa desfuncionalizada evitando la entrada de contenido ácido, alimentos y gérmenes a una cavidad sin revestimiento mucoso.

Está indicado especialmente en PQP grandes de cabeza y cuerpo pancreáticos (20).

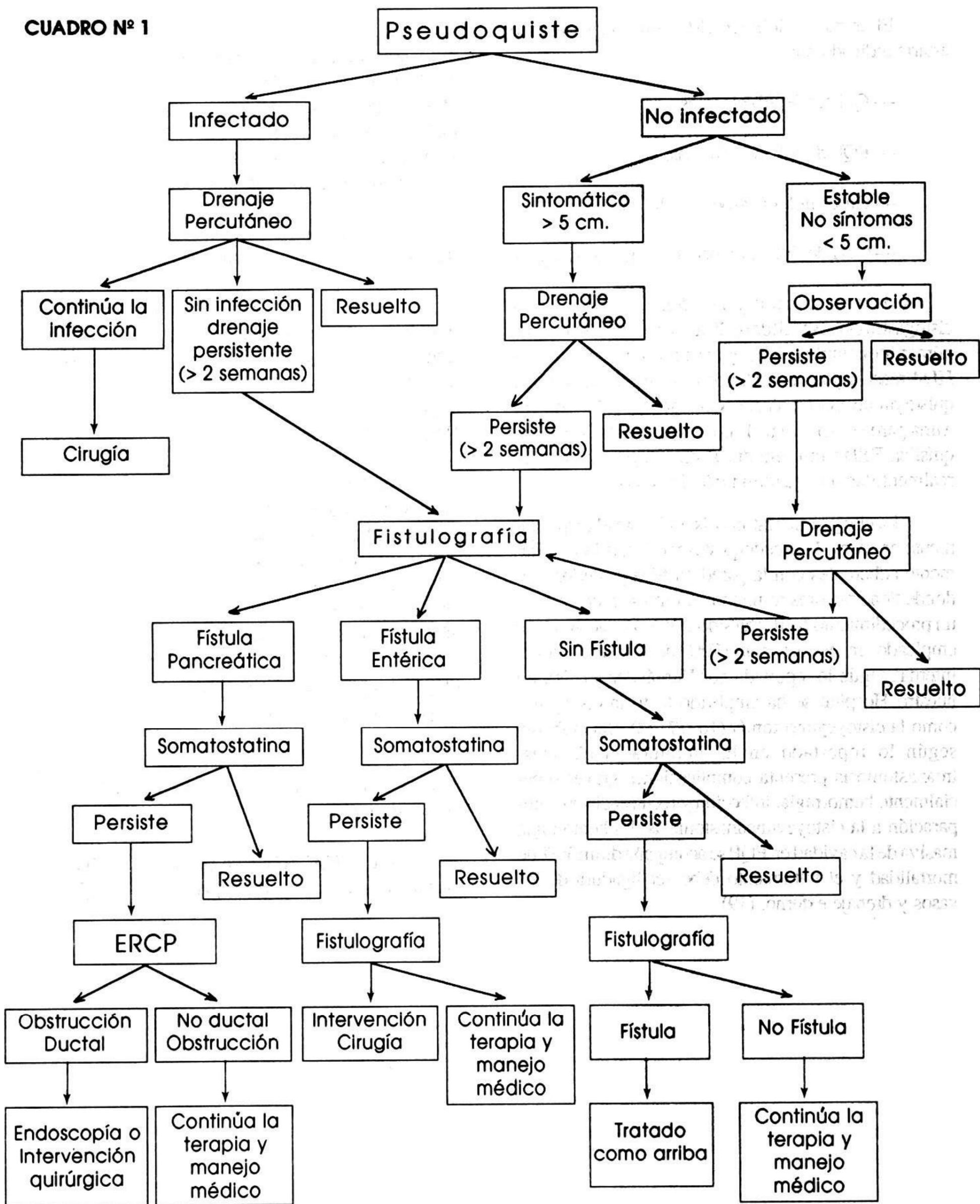
Por esta razón tiene aparentemente menos morbimortalidad y se asocia a mejores resultados a largo plazo. Si el pseudoquiste está en conexión con un sistema ductal dilatado, la indicación de Wirsung-yeyunostomía lateral o a veces terminal con Y de Roux ofrece los mejores resultados.

Muchos autores concuerdan que la resección del páncreas por pseudoquiste en ciertos casos debe ser indicada. Si no existe dilatación ductal, existen múltiples pseudoquistes especialmente en cuerpo o cabeza que no son apropiados para derivación interna, sólo es posible indicar la resección del páncreas, efectuando una operación de Whipple o pancreatectomía subtotal respetando el marco duodenal (21). Esta operación obviamente se acompaña de una mayor morbimortalidad.

En la tabla 2 se muestran los resultados de los diversos procedimientos quirúrgicos empleados en la literatura (20, 21, 22).

En el CUADRO 1 se presenta un algoritmo para un posible manejo de un paciente con PQP. (23).

CUADRO Nº 1



Referencias

- 1.- Frey Ch F. *Management of Pancreatic Pseudocyst. Postgraduate course (N° 3) American College of Surgeons Annual Clinical Congress 1991. 137-141.*
- 2.- Anderson R; Janzon M; Sundberg I; Bengmart S. *Pancreatic Pseudo cyst Br. J. Surg 1989; 76: 550-552.*
- 3.- Walt A; Bounman D.L.; Weaver DW. *The impact of technology on the management of Pancreatic Pseudocyst Arch. Surg. 1990; 125: 759-763.*
- 4.- Mullins RS; Malangoni MD; Berganimi TM et al: *Controversies in the management of Pancreatic pseudocyst Am J. Surg. 155: 165-172, 1988.*
- 5.- Huibretse K; Schneider B; Bright A. *Endoscopic Pancreatic drainage in chronic Pancreatitis. Gastrointestinal Endosc. 34: 9 - 15, 1988.*
- 6.- Adams D.; Anderson M. *Changing Concepts in the Surgical Management of Pancreatic Pseudocyst. The American Surgeons 58: 173-160, 1992.*
- 7.- Criado E; De Stefano A; Weiner T. *Long-term results of Percutaneous catheter drainage of Pancreatic Pseudocyst. Surg Gyn Obst 175: 293-298. 1992.*
- 8.- Lumsden A; Bradley III, EL. *Pseudocyst or cystic neoplasm? Differential Diagnosis and Initial Management of Cystic Pancreatic lesions. Hepatogastroenterol 36: 462-466. 1989.*
- 9.- Lang E; Paolini R; Pottmeyer A; *The efficacy of palliative and definitive percutaneous v/s surgical drainage of Pancreatic abscesses and pseudocysts A prospective study of 85 patients South Med. J. 1991; 84: 55-64.*
- 10.- Morali G; Braverman D; Shemesh D. *Successful treatment of Pancreatic Pseudocyst with a Somatostatin analogue and catheter drainage AM.J. Gastroent. 86: 515-18 - 1991.*
- 11.- Dohmoto M; Rupp. K.D. *Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts Surg. Endosc. 6: 118-124, 1992.*
- 12.- Ahearne PM; Baillie JM.; Cotton P; Bater M. *An Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Based algorithm for the management of Pancreatic Pseudocyst. Am J.Surg 163: 111-116, 1992.*
- 13.- Köhler H; Schafmayer A; Ludttefe; Lepsien G. *Surgical treatment of pancreatic pseudocyst. Brit J. Surg. 74: 813-815, 1987.*
- 14.- Andersson R; Jonson M; Sundberg I; Bengmart *Management of Pancreatic Pseudocyst Brit J. Surg. 76: 550-522, 1989.*
- 15.- Vitas G.; Sarr M. *Selected management of pancreatic pseudocyst: Operative v/s expectant management Surgery: 111: 123 - 130, 1992.*
- 16.- Hernández F; González R.; Havel; Flisfisch H; Justiniano C. *Pseudoquiste de Páncreas (PSQP). Tratamiento Quirúrgico. Rev. Chilena de Cirugía 41: 115-118, 1989.*
- 17.- Yarmuch J.; Burdiles P.; Schutte H.; Meza P. *Pseudoquiste de Páncreas. Rev. Chil. Cir. 43: 15-17, 1991.*
- 18.- Lasagna R.; Castillo L.; *Pseudoquiste de Páncreas post-traumatismo Abdominal Cerrado. Rev. Chil. Cir. 42: 182-184, 1990.*
- 19.- Bresler L.; Boissel P.; Grosdidier J.; Mayor H. *Pseudocyst and Pseudoaneurism caused by chronic Pancreatitis: Surgical Therapy. World J. Surgery 15: 649 - 653, 1991.*
- 20.- Rather J.; Warshaw L.G. *Pancreatic Pseudocyst - Choise of internal drainaje. Bull A.C.S. 70: 40, 1991*
- 21.- Kiviluoto.; Kivisaari L.; Kivilaakso E. *Pseudocyst in Chronic Pancreatitis Arch. Surg. 124: 240-243, 1989.*
- 22.- Williams F.; Fabian T.; *Pancreatic Pseudocyst: Recomendations for operative and non operative management. An Surg. 58: 199-205, 1992.*
- 23.- Sharp D. *Percutaneous Drainaje of Pancreatic Pseudocyst a prospective study. Invited commentary world J. of Surgery 16: 145 - 146. 1991.*