

Pseudoquiste pancreático y embarazo

Romeo Castillo-Castellanos,⁽¹⁾ Felipe Pavón-del Rivero,⁽¹⁾ Gustavo E. Beauregard-Ponce,⁽¹⁾ José L. Castaneda-Flores,⁽¹⁾ Gustavo Garciacabañez-Cruz,⁽¹⁾ Luz M. Rivas-Moreno⁽¹⁾
romeo_cas@hotmail.com

RESUMEN

Los pseudoquistes forman aproximadamente el 75% de todas las estructuras quísticas del páncreas, la causa más frecuente es la pancreatitis aguda, grave o necrosante y los traumatismos pancreáticos, su localización es principalmente corpocaudal en más del 60% de los casos. La mayoría de los pacientes con esta patología presentan dolor abdominal, así como otros síntomas menos específicos como: náuseas, vómito, ictericia y pérdida de peso. La primera manifestación clínica es generalmente una tumoración palpable, dolorosa en el abdomen superior.

Se emplean varios tipos de procedimientos: resección, drenaje quirúrgico, endoscópico o laparoscópico.

En este trabajo, se presenta el caso de una paciente diabética con pseudoquiste pancreático y embarazo, lo cual es una asociación clínica poco frecuente, el tratamiento seleccionado fue el drenaje quirúrgico interno a través de una quistogastrostomía transgástrica, por ser más fácil y rápida de realizar, evitando al máximo los riesgos quirúrgicos y anestésicos al producto.

Palabras claves: Pseudoquiste pancreático, diabetes, quistogastrostomía y embarazo.

SUMMARY

Pseudocyst are approximately 75% of all pancreatic cystic structures, mainly caused by acute pancreatic cystic structures, mainly caused by acute pancreatitis serious, necrosant pancreatitis, and pancreatic traumatism in a corpocaudal location in more than 60%. Most of patients present abdominal pain and other unespecific symptoms such as nausea, vomit, icterus and loss of weight. The first clinical manifestation is generally a palpable and painful tumor in the upper abdomen. Several kind of procedures are used; resection, surgical drainage, endoscope and laparoscope.

In this review, a diabetic pregnant patient with pancreatic pseudocyst is presented, which is an unusual association. Selected treatment was surgical drainage through a transgastric cystic gastrostomy because it's easier and quick to practice, avoiding surgical and anesthetic risks to fetus.

Keywords: Pancreatic, pseudocyst, diabetes, cystic gastrostomy and pregnancy.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 35 años de edad, con los siguientes antecedentes: hija de padre diabético; 4 tíos con diabetes mellitus tipo 2; tabaquismo desde los 17 años; alcoholismo crónico desde los 18 años, con una frecuencia de cada 8 días, llegando a la embriaguez. Apendectomía hace 19 años. Diabetes mellitus insulín dependiente desde hace un año.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 13 años, con un ritmo de 25 por 4, inicio de vida sexual activa a los 16 años, gesta: III, parto: II, aborto: 0, cesárea: 0, fecha de última menstruación: 25/12/00.

Inicia su padecimiento el 21/06/00, con dolor muy intenso y continuo en epigastrio, posterior a la ingesta de alimento muy grasoso, con irradiación a hipocondrio derecho e hipocondrio izquierdo, acompañándose de náuseas y vómito de contenido gástrico, e hipertermia no cuantificada. A la exploración física, se encontró en malas condiciones generales, diaforética. Fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos (UCI) el 23 de junio de 2000, con el diagnóstico de pancreatitis grave con los siguientes criterios, de acuerdo a la clasificación del Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubiran" (INNSZ): hemodinámicos: taquicardia de 123 por minuto, tensión arterial sistólica de 90 mm hg; hematológicos: leucocitosis de 23 000 por mm³; presencia de ascitis; metabólicas: glicemia de 470 mg/dl, calcio sérico de 7.8 mg. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) el 23/06/00, la cual reportó pancreatitis aguda con extensa colección líquida retroperitoneal y mesentérica, esteatosis hepática, esplenomegalia leve, derrame pleural basal izquierdo.

El 26/06/00 se realizó ultrasonograma (US) abdominal el que reportó páncreas aumentado de grosor irregular, con presencia de pseudoquiste en cola del páncreas.

Se manejó 4 días en la unidad de cuidados intensivos, 3 días en unidad de terapia intermedia (UTI) y 3 días en hospitalización, a base de hidrotterapia, antibióticos y alimentación parenteral total, evolucionando satisfactoriamente, por lo que fue egresada el 6/07/00.

Acudió el 2/05/01 a la consulta externa de cirugía, refiriendo dolor en hipocondrio y flanco izquierdo, embarazo de 18 semanas de gestación (SDG) por fecha de última regla (FUR). A la palpación se siente tumoración en la región referida, por lo que se canalizó al servicio de ginecología

⁽¹⁾ Hospital General "Dr. Juan Graham Casasús," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

CASO CLÍNICO

para el control de su embarazo.

El 2/07/01 se ingresó al servicio de urgencias, por presentar dolor tipo cólico, de moderada intensidad, de 2 días de evolución en hipocondrio y flanco izquierdo; a la exploración física se observó la presencia de tumoración en hipocondrio izquierdo de aproximadamente 15x10 cm, de consistencia dura y dolorosa a la palpación profunda; útero grávido por embarazo de 27 SDG por US. Es valorada por el servicio de medicina interna, para el manejo de su diabetes y por el servicio de ginecología, para el manejo del embarazo. El US del 3/07/01, reportó pseudoquiste pancreático de 16.4 x 12.7 cm, con paredes de 5 mm. La TAC del 10/07/01 reporta pseudoquiste pancreático de un diámetro de 16 x 12.5 x 20 cm (Fig. 1), con extensión de la porción inferior a la pelvis izquierda, y compresión moderada del útero (ocupado por partes fetales), desplazándolo a la derecha (Fig. 2).



FIGURA 1. La TAC muestra el pseudoquiste pancreático.



FIGURA 2. La TAC muestra el pseudoquiste y el producto de 29 semanas de gestación.

Considerando el alto riesgo de ruptura del pseudoquiste, se decidió intervenir quirúrgicamente el 17/07/01, realizándose derivación interna a través de una quistogastrostomía

transgástrica (Fig. 3). El US realizado dos días después del postoperatorio, reportó embarazo de 28-29 SDG con producto único vivo (PUV), con peso de 1,500 gr. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, egresando a los 6 días de la cirugía.¹⁵

El estudio histopatológico del fragmento del pseudoquiste reportó: tejido fibroso con cambios de inflamación granulomatosa crónica. Tres semanas (16/08/01) después de la cirugía es valorada por consulta externa de cirugía, encontrándose asintomática, con buena cicatrización de la herida quirúrgica, cursando con embarazo de 32 SDG, con frecuencia cardíaca fetal de 140 por minuto (Fig.4).



FIGURA 3. Muestra la quistogastrostomía transgástrica.



FIGURA 4. Paciente postoperada de 3 semanas de evolución y embarazo de 32 semanas.

INTRODUCCIÓN

La inflamación pancreática no respeta los planos, aunque el exudado residual puede restringirse a espacios definidos.¹ La continuidad de los espacios retroperitoneales permite la extensión del líquido pancreático hacia el tórax por arriba y el escroto por abajo, así como hacia los espacios retroperitoneales izquierdos, a los espacios perihepáticos y peripancreáticos, al mesocolon transverso y el epiplon gástrico.^{2,3}

Se llama acumulación de líquido pancreático a la que se

produce en el espacio peripancreático, como consecuencia de la ruptura patológica o traumática de su conducto. La causa más frecuente de los pseudoquistes es la pancreatitis aguda, grave o necrosante y los traumatismos pancreáticos abdominales, esta puede ocurrir como primer suceso en un páncreas previamente sano, como es el caso de las pancreatitis de etiología biliar, o complicar la evolución de la pancreatitis crónica, secundaria a distintos factores causales.⁴

Morgagni, realizó en 1761 la primera descripción de un pseudoquiste de páncreas.⁵ Jordan y Durth diferenciaron a las lesiones quísticas del páncreas en quistes verdaderos y pseudoquistes, esta diferenciación estuvo basada fundamentalmente en la presencia de revestimiento capsular epitelial en los primeros y carencia de revestimiento en los segundos.^{6,7} La localización de los pseudoquistes es principalmente corpocaudal en más del 60% de los casos; multifocales en 10 a 15% de los casos,⁵ y forman aproximadamente el 75% de todas las estructuras quísticas pancreáticas. Los quistes de retención son responsables del 10% y los quistes congénitos del 5% y aproximadamente 10% son neoplásicos.

La mayoría de los pacientes con pseudoquistes pancreáticos tienen dolor abdominal, pueden estar presentes también síntomas menos específicos como náuseas, vómito, ictericia y pérdida de peso. La primera manifestación clínica es generalmente una tumoración dolorosa en el abdomen superior,⁶ que predisponen al desarrollo de complicaciones,^{6,8,9} tales como infección de su contenido, hemorragia por erosión directa de un vaso sanguíneo¹⁰ o la formación de pseudoaneurisma, hemorragia variceal por trombosis esplénica, ascitis pancreática, con presión extrínseca de la vena cava e ictericia, entre otras; dichas complicaciones ocurren entre el 15 y 30% de los pacientes portadores de pseudoquistes.⁷

Gracias a nuevas técnicas de imagen, la historia natural de los pseudoquistes pancreáticos es mejor conocida.¹¹ Según algunos autores, la tasa de resolución espontánea varía del 8 al 80%, con un promedio del 40%, en particular los de diámetro inferior a 35 mm para Barther, de 50 mm para Bradley y Ford o de menos de 20 cm para Walt; esto sucede en una media de 6 semanas y en todos los casos son menos de un año de evolución.

D'égido y Schein han propuesto una clasificación de los pseudoquistes en función de su origen: el tipo I corresponde a los que aparecen después de un episodio de pancreatitis aguda, el tipo II corresponde a los que aparecen después de un episodio de pancreatitis aguda sobre una crónica. El tipo III es un pseudoquiste de retención característico de la pancreatitis crónica.

Dentro de los métodos más útiles se encuentran: la tomografía computarizada, la ultrasonografía abdominal, la ultrasonografía endoscópica, la ultrasonografía laparoscópica, y el análisis del líquido del quiste; pero la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es

el método más específico y que con mayor facilidad diagnóstica tales lesiones.¹² Una desventaja de la CPRE instrumentada es la necesidad inevitable del drenaje simultáneo de todas las acumulaciones del líquido peripancreático para evitar abscesos.¹³

Es importante diferenciar entre los pseudoquistes y lesiones quísticas neoplásicas para orientar el tratamiento antes de la operación.

Se emplean varios tipos de procedimientos quirúrgicos para tratar los pseudoquistes: resección, drenaje externo y drenaje interno, ya sea quirúrgico, endoscópico o laparoscópico.

A los pacientes con lesiones caracterizadas por pseudoquistes se le puede hacer drenaje interno por medio de endoscopia, con colocación de una endoprótesis, a condición de que sea posible la aposición directa al estómago o al duodeno, también es una opción el drenaje del pseudoquiste por laparoscopia orientada por ultrasonido laparoscópico y es útil si son imposibles o ineficaces los tratamientos endoscópicos. En una serie pequeña de pacientes se ha realizado quistogastrostomía laparoscópica y cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux con engrapamiento de las anastomosis, con buena evolución, sin complicaciones ni recurrencia radiográfica.¹²

El tratamiento más recomendado para un pseudoquiste pancreático es el drenaje interno quirúrgico, en los pseudoquistes localizados directamente por detrás del estómago se prefiere la quistogastrostomía. La quistoduodenostomía puede ser utilizada si el pseudoquiste está adherido al duodeno, la quistoyeyunostomía puede utilizarse en todas las demás circunstancias.

La excisión de los pseudoquistes es el procedimiento definitivo, sin embargo, generalmente se practica solo cuando el pseudoquiste se localiza en la cola del páncreas, la cabeza y el cuerpo del órgano son relativamente normales. El drenaje externo, consiste en dejar un drenaje en la cavidad quística. Está indicado particularmente en los pseudoquistes infectados, cuyo drenaje percutáneo es imposible o ineficaz. Las nuevas opciones no sólo facilitan el diagnóstico preciso, sino que también subrayan su importancia. La diferencia entre los pseudoquistes agudos y crónicos, la presencia o ausencia de infección, restos necróticos, y la patología asociada de la vía biliar y del conducto pancreático deberían modificar la elección del tratamiento. Si se utiliza una opción terapéutica conservadora, entonces se debe estar seguro de que la lesión es un pseudoquiste y que no se trata de una neoplasia.¹⁴

DISCUSIÓN

Los pseudoquistes del páncreas se relacionan principalmente con pancreatitis y traumatismos abdominales, pueden alcanzar un gran tamaño y extenderse a la cavidad peritoneal.

La asociación de pseudoquiste pancreático con embarazo

CASO CLÍNICO

es poco frecuente.

Las tres causas principales de los pseudoquistes del páncreas son las pancreatitis crónicas, las pancreatitis agudas y los traumatismos del páncreas, en particular en el niño. Su tratamiento se basa esencialmente en el drenaje, pero sólo cuando son sintomáticos, en los que no son complicados, la resolución espontánea según algunos autores varía de 8 al 80%, con un promedio del 40% de los casos. La vigilancia mínima sucede en una media de 6 semanas y en todos los casos es menos de un año de evolución. En este caso, el pseudoquiste pancreático tenía una evolución de un año y además se encontraba asociado a un embarazo de 29 semanas de gestación cuando se intervino quirúrgicamente. El drenaje interno por vía quirúrgica de los pseudoquistes del páncreas queda actualmente como técnica de referencia, ya que se trata de un método válido expuesto a menores recidivas (menos del 30%). Debe realizarse de la forma más simple, evitando las disecciones extensas para así reducir el riesgo de fracaso o de fístula, otras técnicas que parecen interesantes, son la radiología intervencionista o a la endoscopia, las cuales pueden estar asociadas o no a la administración de octreotido, no obstante, sus tasas de recidivas son aún elevadas (10 a 50%), sus límites y su morbilidad no despreciable, y deben ser rigurosamente comparadas con la cirugía con el fin de validarlas en la práctica corriente.

CONCLUSIÓN

- Representa una asociación clínica poco frecuente.
- Se requiere de un abordaje multidisciplinario.
- La quistogastrostomía parece ser una técnica útil y segura cuando coexisten pseudoquistes y embarazos, sin descuidar el aspecto moral, ético y profesional de la medicina.

REFERENCIAS

1. Skandalakis JE, Gray SW, Rowe JS Jr: Complicaciones anatómicas en cirugía general. McGraw-Hill, 1983, pp. 148-

174.

2. Hubbard TB, Eilber FR and Oldroyd JJ: Retroperitoneal extension of necrotizing pancreatitis, Surg. Gynecol. Obstet. 1972, 134: 927.

3. Seymour I, Schwartz G, Ton Shires, Frank C. Spencer: Principios de Cirugía. 5a. Ed. Tomo II, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, 1991, pp: 1263-1286.

4. Herrera F Miguel, Uscanga F Luis, Robles Guillermo, Campuzano-Fernández Manuel: Páncreas, Mc Graw-Hill, México, 2000, pp: 177-187.

5. Enciclopedia Médica Quirúrgica, Técnicas Quirúrgicas, Aparato Digestivo, 1998, 40-886.

6. Amy M Kusske, Howard A Reber: Quistes de páncreas: Tratamiento Quirúrgico. Practical gastroenterology. Ed. Mexicana, 1997, vol. 4, No. 5: 18-22.

7. Cirujano General. Organo Oficial Científico de la Asociación Mexicana de Cirugía General: pseudoquistes del páncreas: resultados del tratamiento quirúrgico, 1995, vol. 17, No. 4.

8. Yeo Hv, Bastidas A, Zynch-Nyhan a, Fishman Ek, et al. The Natural History of Pancreatic Pseudocysts documented by computed tomography. Surg. Gyn. Obst. 1990; 70: 414.

9. Bradley el: pancreatic pseudocyst. In bradley el,(ed): complications of pancreatitis: Medical and Surgical management. Philadelphia w.b. Saunders, 1982; 124-153.

10. Adams DB, Zellner JL, Anderson MC. Arterial hemorrhage complicating pancreatic pseudocysts: role of angiography. J Surg res 1993; 54: 150-6.

11. Ahearne PM, Baillie JM, Cotton PB, Baker ME, Meyers WC, Pappats TN. An endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ercp) based algorithm for the management of pancreatic pseudocysts. Am j surg. 1992; 163: 111-6.

12. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía muy poco invasora, parte I. Ed. Interamericana; 1999; (4): 1199-1220.

13. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Pancreatitis Aguda y Crónica. Ed. Interamericana 1999; (4): 707-719.

14. The British Journal of Surgery: quistes y pseudoquistes pancreáticos: nuevas reglas para un nuevo juego. Ed. Española 1989, Vol. 2, no. 3.

15. Hospital General "Dr. Juan Graham Casasús," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Archivo clínico.

PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

Síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de gestación, durante el parto o en los primeros 14 días del puerperio y se caracteriza por hipertensión arterial, proteinuria y edema.

Se clasifica en:

Preeclampsia leve: elevación en la presión > 140/90, pero < 160/110; proteinuria < 3gr en orina de 24 horas; determinación de proteinuria mediante EGO o con tira

reactiva; edema leve (+) o ausente.

Preeclampsia severa: hipertensión arterial de 160/110 mmHg o mayor; proteinuria > 3gr en orina de 24 horas; edema generalizado progresivo, persistente y doloroso; cefalea y dolor en epigastrio; oliguria < 500 ml/hr; función hepática alterada y trombocitopenia.

Eclampsia: cuadro de preeclampsia leve o severa más convulsiones y/o estado comatoso.

Fuente: Manual de procedimientos "Arranque Parejo en la Vida," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.