

Pseudoquiste pancreático infectado. Presentación de caso clínico

Agustín Buero¹, Fernando Iglesias¹, Ezequiel A. Silberman¹, Hernán Ruiz¹, Mariano L. Bregante¹, Eduardo A. Porto¹

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 47 años, sin antecedentes patológicos de relevancia consulta por cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución. Se localizaba en región epigástrica, era de intensidad moderada-severa y se asociaba a náuseas-vómitos. En el laboratorio solicitado se obtuvo 13.400 GB y enzimas pancreáticas elevadas (amilasa 948 / lipasa 7342). La ecografía informó vesícula de paredes finas, alitiásica. Se interpretó el cuadro clínico como una pancreatitis aguda R1 Apache 9, por lo que se decide su pase a unidad de cuidados intensivos en donde se inicia tratamiento médico. A pesar del mismo y al no presentar mejoría clínica se decide solicitar una TAC de abdomen al 5to día de internación, que informó páncreas aumentado de tamaño. Ausencia de realce en cabeza-cuello compatible con necrosis pancreática (**Figura 1**).

El paciente evoluciona con registros febriles asociados a leucocitosis. Se inicia tratamiento ATB por probable foco infeccioso asociado a catéter venoso central. A pesar de ellos no presentó mejoría del cuadro clínico, con registros febriles persistentes, por lo que se solicita una nueva TAC abdominal (13er día de internación), que informó: páncreas aumentado de tamaño con ausencia de realce en cabeza y cuerpo (necrosis). Marcada alteración de planos grasos peri pancreáticos con colección líquida de 180 × 80 mm. Líquido libre perihepático, periesplénico y espacio rectovesical (**Figura 2**).

Ante la persistencia del SIRS, la falta de respuesta al tratamiento médico y no haber presentado mejoría a pesar de los ATB para el supuesto foco asociado a catéter se interpreta como necrosis-colección líquida infectada, por lo que se inicia ATB ev (imipenem) y colocación de drenaje percutáneo de tipo multipropósito de

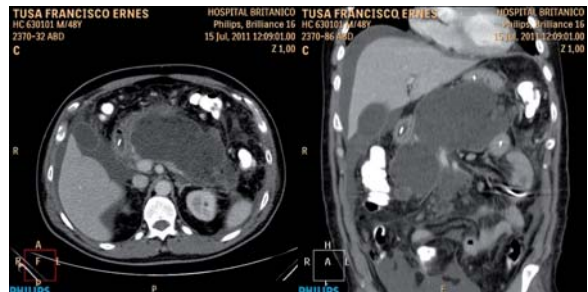
10.2 Fr guiado por TAC mediante técnica de Seldinger. Los resultados de la muestra tomada fueron: coloración de Gram, no se observan bacterias; leucocitos, 5-10 por campo; cultivo, negativo.

Presentó buena evolución clínica con un débito diario por el drenaje de 50-250 ml con mejoría de los parámetros de laboratorio y una franca disminución tamaño de colección líquida (pseudoquiste pancreático agudo) con egreso hospitalario al 39no día de internación. En control ambulatorio (al mes de su egreso) presentó obstrucción del drenaje lo que requirió su recambio. A los 20 días de dicho procedimiento consulta a

Figura 1. TAC: necrosis transparenquimatosa con porción viable de páncreas distal.



Figura 2. TAC: colección líquida aguda de 180 × 80 mm.



1. Servicio de Cirugía General, Hospital Británico de Buenos Aires. CABA, Argentina.

Correspondencia: Agustín Buero, Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, (1280) CABA, Rep. Argentina | Tel: (+54911)38290370 | Fax (+5411)43096998 | email: a_buero@hotmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Figura 3. Necrosis intraquistica (AP: citoesteatonecrosis con sectores supurados).



la guardia por dolor abdominal asociado a registros febriles con leucocitosis. Con el diagnóstico de pseudoquiste pancreático infectado se inicia antibioticoterapia ev (imipenem). Una vez resuelto el cuadro y durante la misma internación se decide realizar una cistoyeyunoanastomosis. (AP: citoesteatonecrosis con sectores supurados) (Figura 3).

El paciente presentó una buena evolución posoperatoria.

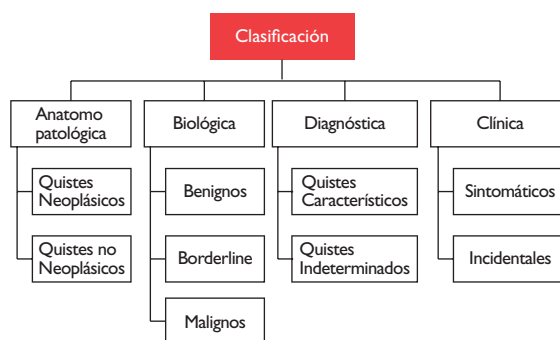
Discusión

Las lesiones quísticas del páncreas constituyen un grupo heterogéneo de patologías con diferentes hallazgos histopatológicos y conducta biológica, pero con similar apariencia radiológica. Con esa denominación se incluyen desde quistes benignos inflamatorios como el pseudoquiste, hasta neoplasias quísticas premalignas o malignas precursoras del adenocarcinoma de páncreas. No existe una clasificación formal de las lesiones quísticas del páncreas y por lo tanto es posible clasificarlas de varias formas (Figura 4).

El paciente descrito presentó un quiste no neoplásico, benigno, sintomático. Específicamente un pseudoquiste, definido como: colección de líquido pancreático rodeada por una pared fibrosa o por tejido de granulación no epitelizado y originada como consecuencia de una pancreatitis aguda, crónica o trauma. Corresponde a su vez clasificarlo como agudo ya que estos son secundarios a un ataque de pancreatitis aguda, de cualquier etiología, en un páncreas previamente sano, a diferencia de los crónicos, que se dan en pacientes con pancreatitis crónica.

Desde el punto de vista etiopatogénico, el ataque de pancreatitis aguda origina una disrupción del conducto pancreático principal o alguna de sus ramas, produciendo una colección líquida adyacente al páncreas y rica en enzimas pancreáticas. Esta colección se denomina colección líquida aguda, se caracteriza por aparecer en los primeros días luego del inicio del ataque y no tiene una pared definida. La colección líquida aguda pue-

Figura 4. Formas de clasificación de las lesiones quísticas del páncreas.



de resolverse espontáneamente o persistir varias semanas. La persistencia de la colección líquida aguda produce una respuesta inflamatoria profunda en la superficie serosa de los órganos adyacentes, lo que resulta en la formación de una pseudocápsula o pared. Este proceso lleva entre 4 a 8 semanas y el producto final es una colección líquida con pared que se denomina pseudoquiste agudo. En pacientes sin necrosis pancreática significativa, la ruptura ductal se produce en un conducto secundario y los pseudoquistes se caracterizan por no tener necrosis en su interior. En los que presentan necrosis significativa, la ruptura ductal se produce en el conducto pancreático principal y por ello los pseudoquistes presentan necrosis en su interior.

La presencia en la TAC temprana de necrosis transparenquimatosa con páncreas viable es un factor predictivo para el desarrollo del pseudoquiste.

En relación con la historia natural, la resolución espontánea de las colecciones líquidas es un evento frecuente (50%). En los pseudoquistes, sin embargo, la resolución espontánea es controvertida, con cifras que oscilan entre el 10 al 70%. La probabilidad de resolución de un pseudoquiste está básicamente en relación con el tamaño del pseudoquiste y al tiempo de evolución. Varios trabajos como los de Warshaw² y Bradley³ afirman que la probabilidad de resolución espontánea es muy baja en pseudoquistes que tienen más de 6 cm y persisten por más de 6 semanas de evolución.

El paciente reportado presentó inicialmente una necrosis transparenquimatosa con páncreas viable proximal que evolucionó hacia una colección líquida aguda de 18 × 8 cm con necrosis pancreática asociada, la cual se perpetuó por más de 6 semanas conformando un pseudoquiste de gran tamaño, por lo que la probabilidad de resolución espontánea era muy baja.

Una vez realizado el diagnóstico de pseudoquiste se debe evaluar: la presencia de necrosis pancreática (RMN es el método de elección), la madurez de la pared (una pared de más de 5 mm tiene la firmeza necesaria para permitir un drenaje quirúrgico o endoscópi-

co) y el punto de mayor declive (los pseudoquistes que sobrepasan la curvatura mayor del estómago deben derivarse hacia yeyuno y los que no la sobrepasan hacia el estómago).

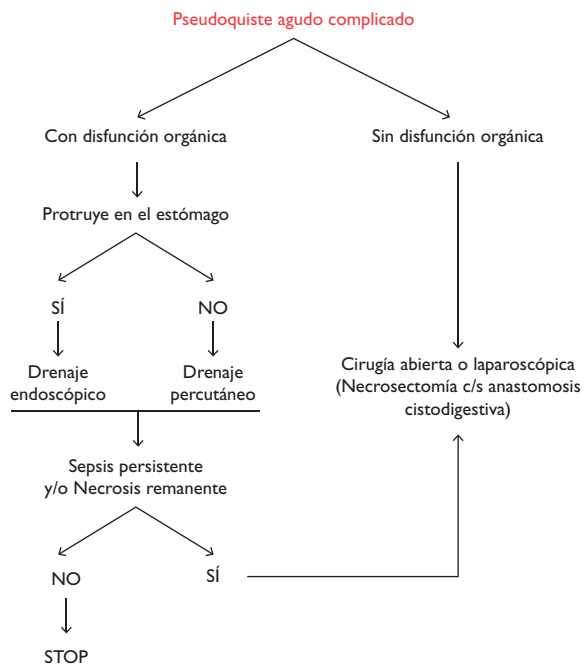
Las indicaciones de tratamiento son: la presencia de complicaciones como infección, hemorragia, ruptura, perforación, obstrucción biliar-gástrica o duodenal (indicaciones absolutas) y los asintomáticos que miden más de 6 cm y que persisten más de 6 semanas (indicación relativa).

Los objetivos del tratamiento en los pseudoquistes no complicados son eliminar la colección líquida, realizar necrosectomía completa intraquistica y completar una anastomosis del pseudoquiste con el tubo digestivo.

Dentro de las opciones terapéuticas se encuentran el drenaje percutáneo, el drenaje endoscópico, la derivación quirúrgica hacia el estómago o yeyuno y la cirugía endoscópica a través de orificios naturales (NOTES).^{5,6} En presencia de un pseudoquiste agudo complicado, el tratamiento debe ajustarse al estado general del paciente, teniendo en cuenta si el enfermo presenta o no disfunción orgánica: se lo debe estabilizar mediante una técnica poco invasiva para realizar posteriormente una derivación quirúrgica (**Figura 5**).

En el caso presentado, inicialmente ante la sospecha de infección de la colección líquida aguda se colocó un drenaje percutáneo ya no era posible un tratamiento radical por el regular estado general del paciente y por la inmadurez de su pared. Si bien el drenaje percutáneo cumple con solo uno de los objetivos descriptos anteriormente, es muy efectivo para drenar la colección líquida (tratamiento contempozador) pero carece de efectividad para cumplir el resto de los objetivos descriptos.^{4,5} Una vez madurado el pseudoquiste y ante la comprobación de su infección, se rea-

Figura 5. Algoritmo para el tratamiento del pseudoquiste agudo complicado.



lizó la cistoyeyuno anastomosis previa necrosectomía intraquistica.

Si bien en los últimos años se ha avanzado notablemente en el tratamiento del pseudoquiste con la incorporación de nuevas opciones terapéuticas, los principales factores que se deben tener en cuenta en la elección de la vía de drenaje son las condiciones clínicas del paciente y la presencia de necrosis pancreática y complicaciones.

Bibliografía

- Ocampo C. Relato oficial "Lesiones quísticas del páncreas". 82 Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, Argentina. 2011.
- Warshaw AL. Pancreatic cysts and pseudocysts: new rules for a new game. Br J Surg 1989;76:533-4.
- Bradley EL, 3rd. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: current concepts. Compr Ther 1980;6:58-65.
- Habashi S, Dragonov P. Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterol. 2009 Jan 7;15(1):38-47.
- Singhal D, Kakodkar R, Sud R, et al. "Issues in management of pancreatic pseudocysts". JOP. 2006 Sep 10;Vol 7 N° 5: 502-507.
- Gumaste V, Aron J. "Pseudocysts management: endoscopic drainage and other emerging techniques". J Clin Gastroenterol. 2010. 44:326-331.