Cartas al Director

Marsupialización de pseudoquiste pancreático gigante

Palabras clave: Pseudoquiste pancreático gigante. Marsupialización.

Key words: Gigant pancreatic pseudocyst. Marsupialization.
Sr. Director:

El drenaje de los pseudoquistes pancreáticos puede ser quirúrgico, percutáneo o endoscópico. Antiguamente el tratamiento quirúrgico era considerado el “gold standard”, aunque no estaba exento de una importante morbilidad. Hoy en día se tiende a realizar tratamientos mínimamente invasivos. Presentamos un caso en el que, dadas las características del pseudoquiste no fue posible la realización de técnicas no invasivas llevando a cabo una evacuación quirúrgica con buenos resultados.

Caso clínico

Paciente varón de 60 años con historia de varios episodios de pancreatitis aguda de origen enólico. Presentó un cuadro de fiebre, afectación del estado general, dolor abdominal, náuseas y vómitos alimenticios. Ingresó en el Servicio de Urgencias donde se objetivó la existencia de inestabilidad hemodinámica con una taquicardia sinusal a 130x' e hipotensión arterial (TA: 80/50 mmHg) motivo por el cual fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

En la exploración física a su llegada a la UCI destacó la existencia de una gran distensión abdominal, con un abdomen doloroso de forma difusa y la palpación de una masa a nivel epigástrico que se extendía hacia hipocondrio izquierdo. En las determinaciones sanguíneas realizadas se observó una leucocitosis con importante desviación izquierda, hiperglucemia, y una elevación discreta tanto de las cifras de bilirrubina como de las enzimas hepáticas. Tras su estabilización, se realizó un TAC

abdominal observando un pseudoquiste pancreático de 17 x 8 centímetros de diámetro que desplazaba las asas intestinales y comprimía el estómago (Fig. 1).

Fig. 1.

Se intentó el drenaje transgástrico mediante ecoendoscopia pero no fue posible dado que la compresión ejercida por la masa imposibilitó la progresión del endoscopio. Así mismo, se realizaron varios intentos de drenaje percutáneo siendo todos ellos infructuosos. Por este motivo, se decidió realizar una evacuación quirúrgica procediendo a la marsupialización del pseudoquiste mediante quistogastrostomía obteniendo un total de 4 litros de material purulento. La evolución posterior fue satisfactoria siendo dado de alta de la UCI a los 6 días de ingreso.

Discusión

La pancreatitis aguda es una enfermedad compleja que puede afectar tanto al páncreas, como a órganos adyacentes y a distancia, demostrándose por alteraciones en la microvascularización

tanto del páncreas, como del hígado, colon y pulmones y cuyas complicaciones son difíciles de prevenir (1). Entre dichas complicaciones se encuentra el pseudoquiste pancreático. Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones líquidas que se desarrollan en el páncreas o en el tejido adyacente al mismo. Generalmente son ricos en secreciones pancreáticas que proceden de la ruptura de los sistemas ductales del páncreas. La mayor parte de las colecciones relacionadas con las pancreatitis aguda se resuelven espontáneamente y sólo una pequeña parte requiere de tratamiento quirúrgico (2).

El drenaje de los pseudoquistes puede ser quirúrgico, percutáneo o endoscópico. Antiguamente el tratamiento quirúrgico era considerado el “*gold standard*”, aunque no estaba exento de una importante morbilidad. Hoy en día se tiende a realizar tratamientos mínimamente invasivos. El empleo de la endoscopia como método diagnóstico y terapéutico en las patologías pancreáticas ha sufrido un incremento muy significativo desde su introducción hace 25 años (3). El abordaje quirúrgico vía endoscópica permite evitar las incisiones en la cavidad abdominal, disminuyendo el riesgo de infección, así como el dolor postoperatorio y obteniendo un resultado más estético (4,5).

B. Suberviola Cañas, A. González Castro, M. S. Holanda,
J. C. Rodríguez y E. Miñambres

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Santander*

Bibliografía

1. Poves Prim I, Fabregat Prous J, Garcia Borobia FJ. El fracaso orgánico precoz como mejor factor predictivo de mortalidad en la pancreatitis aguda. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96: 705-13.
2. Beckingham JJ, Krige JE, Bornman PC, Terblanche J. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. *Br J Surg* 1997; 84: 1638-45.
3. Brugge WR, Van Dam J. Medical progress: Pancreatic and biliary endoscopy. *N Engl J Med* 1999; 341: 1808-16.
4. Ko CW, Kalloo AN. Per-oral transgastric abdominal surgery. *Chin J Dig Dis* 2006; 7 (2): 67-70.
5. Vilmann P, Saftoiu A. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy: equipment and technique. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 1646-55.