

Cartas al Director

Síncope en paciente con antecedente de pancreatitis aguda

Palabras clave: Pancreatitis aguda. Pseudoquiste. Shock hipovolémico. Hemorragia.

Key words: Acute pancreatitis. Pseudocyst. Hemorrhage. Hypovolemic shock.

Sr. Director:

El pseudoquiste pancreático aparece en el 1,6-4,5% (1) de los casos de pancreatitis aguda; sin embargo, puede conllevar

una serie de complicaciones agudas potencialmente graves, entre las que destacan: la hemorragia intraquística, la infección y la ruptura del mismo. Si estas situaciones no permiten un adecuado control del paciente será precisa la indicación de cirugía abdominal urgente.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 43 años, con antecedentes de diabetes, que ingresa por una pancreatitis aguda alitiásica moderada. A las dos semanas, refiere dolor agudo en hemiabdomen izquierdo y náuseas, sin otros síntomas. A la exploración, se palpa una gran ocupación del hemiabdomen izquierdo sin irritación peritoneal. Analítica: triglicéridos y lipasa elevados, resto bioquímica, hemograma y coagulación normal. Durante la exploración, sufre un síncope bajando el hematocrito de 40 al 21%, requiriendo trasfusión de 6 concentrados de he-

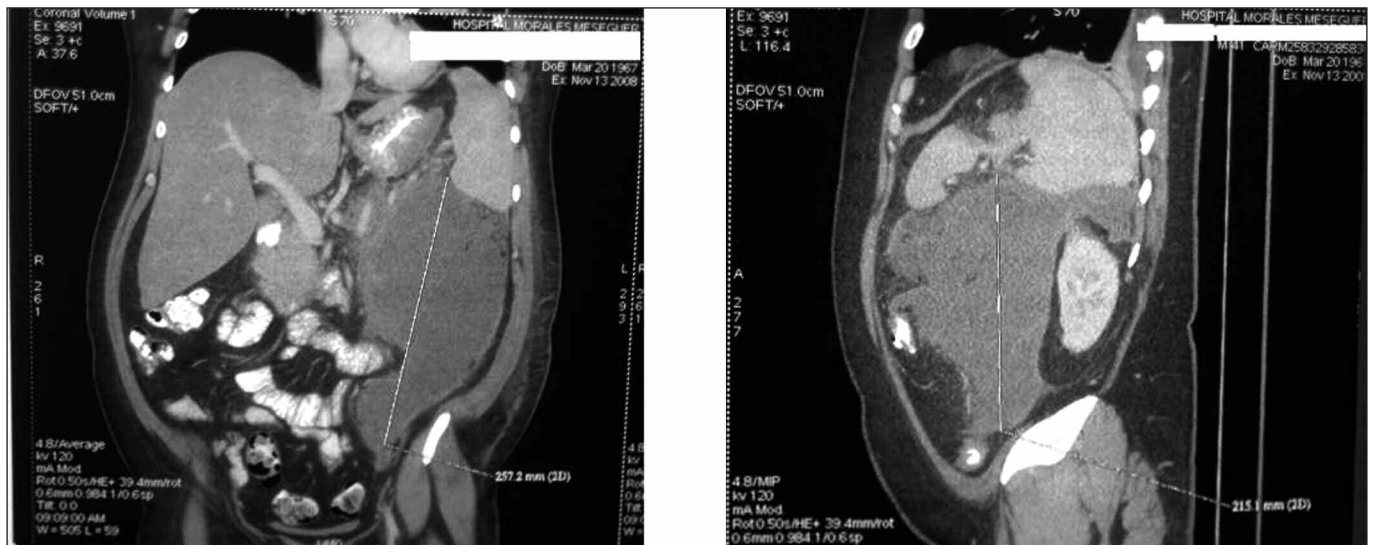


Fig. 1. Cortes coronal y sagital de TC donde se objetiva pseudoquiste pancreático de 17 x 27 cm de tamaño que rodea cola de páncreas y ocupa espacio pararenal anterior, gotiera paracólica izquierda, hasta la pelvis, realizando efecto masa sobre el riñón izquierdo.

matías, quedando estable. Se realiza prueba de imagen (Figs. 1 y 2), que informa de pseudoquiste pancreático hemorrágico de 17 x 27 cm de diámetro. El paciente ingresa en UCI donde permanece estable. Al cabo de una semana, el paciente es programado para intervención quirúrgica realizando una quisto-yeyunostomía. Transcurre un postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta a la semana de la intervención.

Discusión

La hemorragia del pseudoquiste pancreático es una complicación muy poco frecuente –entre el 6-31% (2) de los pseudoquistes– y, que además tiene diferentes formas de presentación: o bien como una anemia, si la pérdida de sangre es crónica, o bien como un shock hipovolémico si es una hemorragia masiva; esto hace que sea una patología de difícil diagnóstico y que no nos sorprenda que implique una mortalidad entorno al 50% (2).

Por este motivo, ante un paciente con antecedentes de pancreatitis que comience con dolor agudo y palpación de una masa intraabdominal se debe sospechar una hemorragia intraquística (como fue nuestro caso) o el desarrollo de complicaciones esplénicas (como el pseudoaneurisma de la arteria esplénica), particularmente si dicha ocupación se presenta en el cuadrante superior izquierdo del abdomen o si refiere dolor en el hombro izquierdo (2). Cabe destacar que es necesaria una rápida actuación médica, en estos casos, para posibilitar un adecuado manejo hemodinámico del enfermo y plantearse distintas opciones terapéuticas de forma programada.

Está indicado un tratamiento invasivo del pseudoquiste pancreático cuando, o bien presenta una complicación aguda (infección, ruptura y hemorragia), o bien es sintomático, pudiendo optar por diferentes técnicas: drenaje percutáneo, quirúrgico o endoscópico. En nuestro caso el drenaje quirúrgico fue la técnica de elección por las características del pseudoquiste: hemorrágico y con detritus en su interior –contraindicación (3) para

drenaje percutáneo y endoscópico–; sin embargo, exceptuando contraindicaciones evidentes, la técnica de elección dependerá del protocolo existente en cada hospital, así como de la habilidad terapéutica de los profesionales, pues se ha demostrado hasta un 60-90% (4) de éxito a través de las vías endoscópica y percutánea, equiparando a la cirugía clásica (90%); sin embargo, los datos aportados por las técnicas no quirúrgicas hacen referencia al éxito en el drenaje, nunca a la resolución definitiva del pseudoquiste. Por ello es necesario un estudio prospectivo aleatorizado que compare las tres técnicas directamente.

Concluimos destacando de nuevo la importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento a tiempo de la hemorragia del pseudoquiste pancreático, debido al alto porcentaje de éxitos que presenta, por eso, es imprescindible incluir dicha patología en el diagnóstico diferencial de todo paciente con antecedentes de pancreatitis que sufra un síncope con la exploración sugestiva ya descrita.

M. P. Guillén-Paredes, M. Mengual-Ballester y
J. L. Aguayo-Albasini

*Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer.
Murcia*

Bibliografía

1. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 38-47.
2. Ammori BJ, Madan M, Alexander DJ. Haemorrhagic complications of pancreatitis: presentation, diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 316-25.
3. Aghdassi A, Mayerle J, Kraft M, Sielenkamper A, Heidecke CD, Lerch M. Pancreatic pseudocysts when and how to treat? *HPB* 2006; 8: 432-41.
4. Aljarabah M, Ammori BJ. Laparoscopic and endoscopic approaches for drainage of pancreatic pseudocysts: a systematic review of published series. *Surg Endosc* 2007; 21: 1936-44.