

Cartas al Director

Pseudoquiste traumático de páncreas

Palabras clave: Pseudoquiste. Traumatismo páncreas.

Key words: Pseudocyst. Pancreatic trauma.

Sr. Director:

La compresión del páncreas contra la columna vertebral durante un traumatismo abdominal cerrado es una complicación rara (2-4%) y severa que en la mayoría de los casos (60-80%) asocia otras lesiones, frecuentemente hígado y bazo.

Varón de 35 años con antecedentes de hepatitis A remitido a nuestro hospital desde su Mutua de accidentes con diagnóstico radiológico (TAC) de hematoma en transcavidad de los epiploones secundario a accidente de tráfico con traumatismo abdominal cerrado cinco días antes. El paciente refería dolor epigástrico continuo acompañado de anorexia sin otra sintomatología. En la exploración se aprecia abdomen distendido, doloroso a la palpación con peristaltismo disminuido y constantes estables. Practicado nuevo TAC abdominal confirma la existencia de una colección líquida de baja densidad de 7,5 x 7,5 cm entre estómago y páncreas etiquetada como posible pseudoquiste pancreático. Para llegar a un diagnóstico de certeza se decide practicar punción con control radiológico extrayendo muestra para estudio (Fig. 1). El análisis bioquímico del mismo confirma cifras elevadas de amilasa (35.000 UI/L). Dada la mejoría clínica del paciente y la estabilidad de la colección en ecografías posteriores el paciente es dado de alta cinco días después. Controles radiográficos sucesivos solicitados desde consultas externas informan de reducción de tamaño de la colección hasta su resolución completa trascurridos 15 meses del accidente.

Discusión

Morgagni realizó en 1761 la primera descripción de un

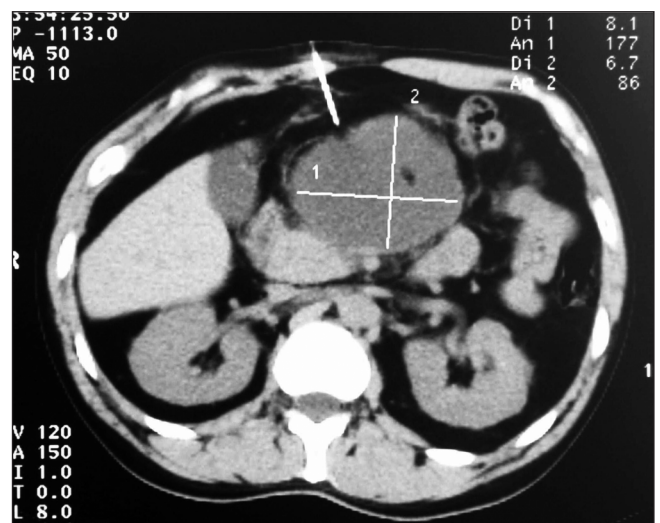


Fig. 1. Corte de tomografía que muestra la colección en transcavidad y punción guiada por TAC.

pseudoquiste de páncreas. Actualmente se define como una colección que contiene un líquido rico en amilasas, desarrollada a partir del páncreas, sin pared propia, estando esta constituida por los órganos vecinos (1). Los traumatismos sobre el páncreas son responsables de la tercera causa de pseudoquistes, por detrás de la pancreatitis crónica y aguda, siendo la clasificación más utilizada la de *American Association for the Surgery of Trauma* (1). La impactación de manubrios de bicicleta o moto con lesión del conducto ocasiona el 69% de los pseudoquistes en los niños (2). El diagnóstico preoperatorio puede ser extremadamente difícil porque las lesiones retroperitoneales ocasionan clínica tardía (6-8 horas) e inespecífica (dolor epigástrico con irradiación a espalda y defensa muscular moderada) (3). Las pruebas complementarias rutinarias son de escasa utilidad, de hecho la elevación de amilasa en suero es el dato más constante y aparece sólo en un 60-70% de los casos (1), todo ello condiciona un retraso diagnóstico y terapéutico gravado con una elevada mortalidad (20-30%) (1,2). El TAC abdominal es

la prueba de elección para detectar lesiones parenquimatosas en una fase precoz (4). La resonancia magnética nuclear y la colangiografía retrógrada endoscópica son de utilidad para determinar la integridad del conducto pancreático principal (3,6). La evolución natural es a la resolución espontánea en el 60% de los casos por lo que se acepta universalmente que el tratamiento de elección del pseudoquiste no complicado es la observación y seguimiento radiológico durante 6-8 semanas (1-6). Las indicaciones del drenaje son la persistencia del pseudoquiste con aumento de tamaño más allá de 6 semanas, y la aparición de síntomas o complicaciones. La aspiración simple se ha abandonado por la alta tasa de recidivas (70%) (5,6). El drenaje percutáneo con *pig-tail* se indica en pacientes de alto riesgo quirúrgico así como en lesiones inmaduras o infectadas, con un porcentaje de éxito del 90%. Un drenaje endoscópico a estómago o duodeno es de elección en pseudoquistes secundarios a pancreatitis crónica o postraumáticos, y en aquellos de paredes delgadas (< 1 cm) y que improntan en la luz gastrointestinal. Si existe fístula puede colocarse un stent transpapilar endoscópico para facilitar su resolución (5,6). La resección pancreática se limita únicamente a casos de pseudoquistes hemorrágicos, lesiones múltiples sobre una pancreatitis crónica o aquellos responsables de una sintomatología dolorosa (1). Por otra parte la cirugía derivativa interna es de elección en lesiones de pared gruesa generalmente secundarias a pancreatitis aguda necrotizante.

M. C. Casamayor Franco, C. Yáñez Benítez, E. Hernando Almuñí, L. A. Ligorred Padilla, F. Zorraquino Ponz¹ y F. Baque Sanz

*Servicios de Cirugía General y ¹Radiología.
Hospital San Jorge. Huesca*

Bibliografía

1. Oláh A, Issekutz A, Haulik L, Makay R. Pancreatic transaction from blunt abdominal trauma: Early versus delayed diagnosis and surgical management. *Dig Surg* 2003; 20: 408-14.
2. Patton JH, Lyden SP, Groce MA, Pritcard E, Keneth GM, Kudsk A, et al. Pancreatic trauma. A simplified management guideline. *J Trauma* 1997; 43: 234-41.
3. Chrysos E, Athanasakis E, Xynos E. Pancreatic trauma in the adult: current knowledge in diagnosis and management. *Pancreatology* 2002; 2: 365-78.
4. Bradley EL, Young PR, Chang MC, Allen JE, Baker CC, Meredith W, et al. Diagnosis and inicial management of blunt pancreatic trauma. Guidelines from a multi-institutional review. *Ann Surg* 1998; 227: 861-9.
5. Williams JK, Fabian TC. Pancreatic pseudocyst: recommendations for operative and nonoperative management. *Am Surg* 1992; 58: 199-205.
6. Martínez R, Vicente J, Andreo L, Baltasar A. Drenaje no quirúrgico del pseudoquiste de páncreas. *Rev Esp Enferm Dig* 2001; 93 (9): 606-14.