

COMPRENDIENDO EL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO A CONSECUENCIA DE PANCREATITIS AGUDA

UNDERSTANDING PANCREATIC PSEUDOCYST: CLINICAL CASE REPORT AS A RESULT OF ACUTE PANCREATITIS

Dr. Mora Pérez Jorge Alberto¹, Odeth Y. Ayala-Montoya², Lucía Cabanillas-Galindo², Francisca M. Romero-Mendoza², Dulce C. Vasquez-Álvarez²

¹Médico cirujano general. Profesor Horacio Soria No. 63, esq. Colosio y Dr. Noriega, Plaza Consultorios, local 2, Colonia Centro, C. P. 83000.

²Estudiante de décimo semestre de la licenciatura en medicina. Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora, Unidad Regional Centro, Campus Hermosillo. Blvd. Luis Donald Colosio, esq. con Reforma, C. P. 83000.

Identificador ORCID: Ayala-Montoya O. 0009-0005-4345-6459, Cabanillas-Galindo L. 0009-0004-1732-7453, Romero-Mendoza F. 0009-0007-6185-9635, Vasquez-Álvarez D. 0009-0002-4060-2359.

*Correo electrónico de autor de correspondencia: lucia_cg2000@hotmail.com

RESUMEN

Los pseudoquistes pancreáticos son acumulaciones de líquido rodeadas de tejido inflamatorio no epitelial. Ocurren como una complicación de pancreatitis aguda, crónica, postraumática o postquirúrgica. Las complicaciones suelen sospecharse cuando existe persistencia o recurrencia de dolor abdominal, aumento tardío de enzimas pancreáticas en suero, incremento o deterioro de fallas orgánicas y/o sepsis.

Se reporta el caso de un hombre de 41 años de edad con diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante con la presencia de un pseudoquiste pancreático. Inició el padecimiento con dolor abdominal, náuseas y vómitos persistentes.

Los pseudoquistes pancreáticos son una entidad clínica desafiante asociada a múltiples factores etiológicos y dan lugar a complicaciones significativas en los pacientes.

Un diagnóstico oportuno está dado por la realización de una anamnesis, además de estudios de imagen, los cuales son: tomografía axial computarizada, ultrasonografía y resonancia magnética.

La evolución del paciente a lo largo del tiempo refleja la importancia de un enfoque interdisciplinario, que combina técnicas endoscópicas, quirúrgicas y clínicas para abordar esta de la pancreatitis.

Palabras clave: pseudoquiste pancreático, colección peripancreática, colelitiasis, pancreatitis

ABSTRACT

Pancreatic pseudocysts are collections of fluid surrounded by non-epithelial inflammatory tissue. They occur as a complication of acute, chronic, post-traumatic or postsurgical pancreatitis. Complications of these are usually suspected when there is persistence or recurrence of abdominal pain, late increase in pancreatic enzymes in serum, increase or deterioration of organ failure and/or sepsis. Pancreatic pseudocysts are a challenging clinical entity associated with multiple etiological factors and lead to significant complications in patients.

The case of a 41-year-old man with a diagnosis of acute necrotizing pancreatitis with the presence of a pancreatic pseudocyst is reported. He began the condition with abdominal pain, nausea and persistent vomiting.

A timely diagnosis is given by taking a history, in addition to imaging studies, which are: computed tomography, ultrasound sonography and magnetic resonance imaging.

The patient's evolution over time reflects the importance of an interdisciplinary approach, which combines endoscopic, surgical and clinical techniques to address this complication of pancreatitis.

Keywords: pseudoquiste pancreático, colección peripancreática, colelitiasis, pancreatitis

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos son acumulaciones de líquido rodeadas de tejido inflamatorio no epitelial y maduran en un plazo de 4 a 6 semanas. Ocurren como una complicación de pancreatitis aguda, crónica, postraumática o postquirúrgica. La mayoría de ellos desaparecen por sí solos y únicamente los casos complicados o sintomáticos requieren tratamiento.¹

Su nombre “pseudo” establece la deficiencia de tejido epitelial, como es característico de los quistes; este se encuentra rodeado por una pared fibrosa o tejido de granulación sin material sólido en su interior.²

La incidencia del pseudoquiste pancreático es de 1:100 000 por año, con una prevalencia que oscila entre 6-18 %.¹ En un estudio sobre pacientes con pancreatitis crónica que presentaban pseudoquiste, entre el 70 % y el 78 % tenían pancreatitis crónica inducida por el alcohol, entre el 6 % y el 16 %, pancreatitis crónica idiopática y entre el 6 % y el 8 %, pancreatitis biliar crónica.⁴

D'Egidio y Schein, en 1991, clasificaron los pseudoquistes como tipo 1 (“pseudoquistes post necróticos agudos”, que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda y se asocian con un conducto pancreático normal), tipo 2 (también “post necróticos”, pero con pancreatitis aguda superpuesta a crónica y probablemente quistes con comunicación ductal) y tipo 3 (quistes “de retención”, asociados siempre a pancreatitis crónica y comunicación quiste-ducto).⁵

Los pseudoquistes pancreáticos que se encuentran relacionados con la pancreatitis aguda están sujetos a cualquier agente causal de la misma, incluyendo procedimientos como colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o trauma. Generalmente, estos son estériles, pero pueden convertirse en focos infecciosos, necesitando tratamiento antibiótico de amplio espectro y drenaje hasta en 30 % de los casos.

Las complicaciones de estos suelen sospecharse cuando existe persistencia o recurrencia de dolor abdominal, aumento tardío de enzimas pancreá-

CASO CLÍNICO

ticas en suero, incremento o deterioro de fallas orgánicas y/o sepsis. Una o más de estas manifestaciones indican la necesidad de realizar estudios de imagen para detección y categorización.

La tomografía axial computarizada (TAC) contrastada establece relación de localización (pancreática, peripancreática, etc.), contenido (líquido, gas, etc.), presencia y grosor de las paredes de las mencionadas colecciones, así como presencia más extensión de alteraciones perfusionales en parénquima pancreática. El ultrasonido simple (USG) y contrastado junto con la resonancia magnética (RM) también son herramientas utilizadas para caracterización y seguimiento de dicho cuadro clínico, siendo importantes para la obtención de información precisa sobre el contenido e indicio de tratamiento.⁶

Caso clínico

Paciente masculino de 41 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial en tratamiento con losartán de 50 mg y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina de 500mg, sin antecedentes quirúrgicos. Ingresó al hospital el 16 de abril de 2023 por dolor abdominal de 12 h de evolución en epigastrio con abdomen globoso, náuseas y vómitos. Se le realizó tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, donde se observaron datos de pancreatitis con cambios inflamatorios, líquido peripancreático e importante distensión de la vesícula biliar por coledocistitis. A los 7 días se le realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) por coledocolitiasis y pancreatitis aguda severa; 24 horas después se le realizó colecistectomía laparoscópica con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar remitida y colecistitis aguda, colocándole un drenaje tipo Blake. Con mejoría clínica y sin eventualidades, se da de alta 5 días después.

Reingresa el 5 de mayo por dolor abdominal, náuseas de 24 horas de evolución y vómitos en 4 ocasiones, con hiperbilirrubinemia más patrón colestásico y elevación de transaminasas. Se le realizó TAC ese mismo día, donde se reportaron cambios por pancreatitis aguda, con clasificación Balthazar E (tabla 1) más aparente necrosis de aproximadamente 10 % a nivel de la cabeza; colección peripancreática, una en la corredera parietocólica izquierda y una de menor tamaño entre la curva mayor del estómago y el bazo.

Desde su ingreso se encontró con menor dolor por ajuste de manejo analgésico, alerta, pálido, hidratado, tórax con ruidos respiratorios presentes, precordio rítmico y de buen tono, abdomen con peristalsis y extremidades sin edema.

A las 72 horas de su reingreso se realizó USG por protocolo con hallazgos que sugieren bilioma de 110 cc en topografía de vesícula biliar, cambios inflamatorios pancreáticos con formación de colección peripancreática de 710 cc aproximadamente, esteatosis hepática moderada y líquido libre a nivel de hueso pélvico y periesplénico.

Se le colocó catéter central y se le realizó RM simple y contrastada con conclusión de bilioma con volumen de 175 cc con catéter de drenaje fuera de colección, cambios por pancreatitis necrohemorrágica que afecta un 30 % de volumen pancreático, clasificación Balthazar E, con colección peripancreática con volumen de 290 ml.

El 10 de mayo se le realiza una colangiografía en donde no se logró observar el conducto pancreático por efecto de volumen en colección peripancreática de grandes dimensiones. Presentó mala tolerancia a la vía oral, sin datos de irritación peritoneal.

CASO CLÍNICO

El día 17 de mayo se realiza endoscopia con un diagnóstico de compresión de antro y duodeno secundario a pseudoquiste pancreático en formación.

Al día siguiente se le realizó USG en donde se observó colección peripancreática con volumen de 434 ml y alteración difusa de la ecogenicidad del páncreas por proceso inflamatorio en resolución. Egresó de estancia hospitalaria el día 19 de mayo por mejoría clínica.

El 28 de junio reingresa por dolor abdominal, náuseas y vómitos, se le realizó TAC el mismo día con impresión diagnóstica de páncreas heterogéneo por nódulo hipodenso con extensión de la cabeza a la cola sin reforzamiento al medio de contraste y densidad líquida de aproximadamente 23.9 cm en su eje mayor (transversal) y volumen de 687 cc que sugiere pseudoquiste pancreático, hernia inguinal izquierda de contenido graso y atelectasia subsegmentaria basal izquierda. Se da de alta el mismo día.

Reingresó el 12 de julio 2023 por dolor abdominal, náusea, vómitos y saciedad temprana. Se le realizó TAC simple y contrastada el 17 de julio que reporta pseudoquiste pancreático de grandes dimensiones en seguimiento, con volumen aproximado de 1878 ml y hernia inguinal izquierda.

El 21 de julio otro TAC arrojó los mismos hallazgos. El paciente se observa con desnutrición, persistencia de colecciones y pseudoquiste, el cual había reducido de tamaño, pero persiste daño íleo e intolerancia oral. Ese mismo día se le realizó endoscopia para realizar drenaje del pseudoquiste con colocación de prótesis plásticas.

El 23 de julio se realizó TAC de tórax y abdomen que, al comparar con estudio previo, el médico radiólogo, encontró que mostraba cambios post-

quirúrgicos con reducción de tamaños y presencia de otra colección anterior al páncreas, con un volumen aproximado de 97 cc.

El paciente presentó sepsis abdominal post quirúrgica de drenaje de pseudoquiste con falla renal aguda, manifestando dolor cólico e intolerancia oral, por lo que se continuó con nutrición parenteral y se escala esquema antibiótico. El 24 de julio se evidenció perforación de víscera hueca, por lo que se hizo TAC de abdomen simple y contrastada con conclusión de pseudoquiste pancreático de grandes dimensiones en seguimiento, presentando aire en su interior y presencia de catéter de derivación gástrica con colección intraabdominal en el espacio entre el estómago y el pseudoquiste, y aire libre peritoneal.

Posteriormente, se le realizó una laparoscopia diagnóstica con aseo de cavidad peritoneal y drenaje laparoscópico de pseudoquiste con endoscopia transoperatoria.

El 25 de julio la tinción de líquido drenado del pseudoquiste mostró cocos Gram positivos, por lo que se elevó esquema antibiótico con linezolid.

El 26 de julio el paciente se encontró con hemoglobina de 8.3 g/dl y se le transfundieron paquetes eritrocitarios sin complicaciones.

El 28 de julio se tuvieron cultivos positivos para E. Coli resistente a carbapenémicos en líquido de colección.

El 3 de agosto se colocó nuevo acceso vascular yugular izquierdo por sospecha de infección.

El 12 de agosto se hizo TAC de abdomen simple y contrastada con pancreatitis con colección de cuerpo y cola con derivación a estómago, siendo menor al comparar con previos.

CASO CLÍNICO

El paciente egresa el 14 de agosto por mejoría clínica.

Reingresa el día 5 de septiembre del 2023, se le realizó TAC de abdomen simple y contrastada con conclusión de pseudoquiste pancreático con presencia de sondas de derivación gástrica más colección residual en cola de páncreas, se apreció mejoría franca en relación con estudios previos, atelectasias laminares en lóbulos superior derecho e inferior izquierdo, y hernia inguinal izquierda.

Se egresó al paciente el día 8 de septiembre. Con plan de endoscopia para inicios de noviembre y retiro de prótesis plásticas de la cistogastrostomía endoscópica. El paciente aún con deterioro físico en fase de recuperación por la sepsis y el pseudoquiste pancreático.

Tabla 1. Clasificación de Balthazar

| Grado | Hallazgos tomográficos |
|-------|---|
| A | Páncreas normal |
| B | Aumento de tamaño focal o difuso |
| C | Páncreas con inflamación peripancreática |
| D | 1 colección intra o extra pancreática |
| E | 2 o más colecciones y/o gas retroperitoneal |

Clasificación usada en los hallazgos tomográficos de las alteraciones pancreáticas-peripancreáticas.

Discusión

Los pseudoquistes pancreáticos son una entidad clínica desafiante asociada a múltiples factores etiológicos y dan lugar a complicaciones significativas en los pacientes. Un diagnóstico oportuno está dado por la realización de una anamnesis, además de estudios de imagen, los cuales son: TAC, USG y RM.

El USG, por su fácil acceso, es el método de primera elección para el diagnóstico del pseudoquis-

te pancreático, ya que evalúa el estado del páncreas y percibe la existencia de cálculos biliares. En el USG, el pseudoquiste se observa como una cavidad anecoica, con forma redondeada u ovalada, rodeado de una pared; sin embargo, cuando se trata de una pancreatitis aguda, este método es insuficiente para su diagnóstico.⁸

Por ello, se recurre a una segunda (TAC) y tercera técnica (RM). La TAC resulta útil en la evaluación de necrosis, colecciones, abscesos, así como en el seguimiento posterior, evolución de tamaño, contenido líquido y ubicación. La RM, por su sensibilidad, es de mayor utilidad para detectar necrosis, además de permitir conocer su relación y contacto con los órganos subyacentes.⁷

En el caso presentado, se encontraron agentes predisponentes agregados, como CPRE, diabetes mellitus tipo 2, edad del paciente, hipertensión arterial y obesidad, los cuales aumentan el porcentaje de riesgo.

Se realizaron estudios de imagen TAC, RM y USG, con y sin contraste, los cuales evidenciaron las características de los pseudoquistes, y la extensión de las lesiones en el páncreas y áreas circundantes.

Durante el tratamiento de este caso clínico se emplearon dos procesos quirúrgicos para el drenaje del pseudoquiste: una cistogastrostomía endoscópica, donde se le hizo una derivación del pseudoquiste hacia la cavidad gástrica; y un drenaje externo laparoscópico, debido a perforación de víscera hueca.⁷

Aun cuando el manejo clínico se realizó de forma detallada y rigurosa, con el transcurso del tiempo, surgieron complicaciones graves, como la sepsis abdominal y la falla renal aguda, lo que destaca la gravedad de la patología y la dificultad en su manejo.

CASO CLÍNICO

Este caso ilustra claramente la importancia de adaptar el tratamiento en función de la evolución de la enfermedad y de las complicaciones específicas que puedan surgir.

Conclusiones

A manera de conclusión, el pseudoquiste pancreático es una complicación poco frecuente de mucha importancia que puede llegar a poner en riesgo la vida del paciente. La evolución del paciente a lo largo del tiempo refleja la importancia de un enfoque interdisciplinario que combine técnicas endoscópicas, quirúrgicas y clínicas. Las complicaciones graves que surgieron en el caso analizado resaltan la gravedad de la patología y la dificultad de su manejo.

La importancia de la investigación sobre pseudoquistes pancreáticos es fundamental para diagnosticar estas afecciones y realizar un correcto seguimiento de su evolución; a su vez, auxilia en la clasificación de su severidad. Por otro lado, el estudio de estos es crucial para la determinación del tratamiento apto, evitando mayores complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente. En definitiva, su análisis contribuye a marcar la diferencia en la salud y calidad de vida de los pacientes que los padecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abaca D, Arcos J. Pseudoquiste pancreático secundario a pancreatitis por hipertrigliceridemia. RAPD Online. 2020; 43(3):113–7. <https://www.sapd.es/rapd/2020/43/3/01>
2. Guardado-Bermúdez A, Azuara-Turrubiates F, Javier A, Ardisson-Zamora, Josafat F et al. Pseudoquiste pancreático. Revisión y reporte de caso. Cirugía y cirujanos. 2014; 82(4):425-431. <https://www.redalyc.org/pdf/662/66231427010.pdf>
3. Puerto Lorenzo J, Torres Aja L, Cabanes Rojas E. Pseudoquiste de páncreas. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Finlay. 2020; 10(3):330-336. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000300330&lng=es
4. Hartanto Tan J, Chin W, Abdul Lateef Shaikh, Zheng S. Pancreatic Pseudocyst: Dilemma of its Recent Management (Review). Experimental and Therapeutic Medicine. 2020; 21(2). <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2020.9590#b17-etm-0-0-09590>
5. Valdés Hernández P. Endoscopia en pancreatitis aguda. En: Peláez Luna M, editor. GastroCentro: Controversias médico quirúrgicas en gastroenterología, 1st ed. Ciudad de México: CONACYT; 2020. p. 145. https://www.gastro.org.mx/uploads/2021/02/gastrocentro-2020-controversias-medico-quirurgicas-en-gastroenterologia_amg_60303d46eec13.pdf
6. Nealon WH, Walser E. Main Pancreatic Ductal Anatomy Can Direct Choice of Modality for Treating Pancreatic Pseudocysts (Surgery Versus Percutaneous Drainage). Annals of Surgery. 2002; 235(6):751–8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1422503/>
7. Mancilla A., Sanhueza S. Clasificación de Balthazar-Ranson. Gastrolat. 2010; 21(3):415-417. <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2010n300012.pdf>
8. Galindo F. Seudoquistes pancreáticos. En: Galindo F et al. Enciclopedia cirugía digestiva, t. IV. Argentina: SACD; 2017. p. 1-33. <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/2017-Seudoquiste-panc.pdf>