

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PROTOCOLOS SOBRE EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA CONSULTA GENERAL DEL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER EN SANTO DOMINGO EN EL PERÍODO ENERO 1998-MARZO 2003**

---

**Dr. Vicente Calcaño\***  
**Rosario Inés De la Cruz Aguiló\*\***  
**Arturo Lau Cheng\*\***  
**José Cepeda\*\*\***

**RESUMEN**

Los pseudoquistes pancreáticos son acumulaciones localizadas de líquidos con valores altos de enzimas pancreáticas. Suelen ser una complicación de pancreatitis (tanto aguda como crónica), aunque pueden presentarse después de traumatismos y a diferencia de los verdaderos quistes no poseen tejido epitelial. A través de los años los pacientes con pseudoquistes pancreáticos han sido tratados con diversos métodos quirúrgicos, algunos de los cuales, traen complicaciones graves a los mismos, pudiendo llegar a desembocar en la muerte, y es debido a esto que las técnicas a utilizar son muy discutidas en la actualidad. Es por esta razón que se diseñó esta investigación, cuyo propósito fue determinar cuál es el mejor tratamiento a utilizar en pacientes que presentan pseudoquistes.

---

\* Médico-Cirujano del Hospital Salvador B. Gautier.

\*\* Estudiantes de medicina del INTEC.

\*\*\* Estudiante de medicina del INTEC y coordinador de la investigación.

Para ello se utilizó un método retrospectivo-comparativo tomando como muestra a cinco pacientes, siendo los mismos estudiados en lo que respecta a edad, sintomatología, etiología, complicaciones y procedimientos quirúrgicos, a través de un protocolo de investigación.

Al finalizar, el estudio arrojó que un 40%(dos pacientes) de los casos fueron tratados con drenaje interno de los cuales, un caso fue tratado con cistogastrostomía (50%) y otro con cistoyeyunostomía (50%), por otra parte dos pacientes fueron tratados con resección pancreática (40%) y el 20%(un caso) restante correspondió a drenaje externo; los tratamientos endoscópicos y percutáneos no fueron utilizados.

Tras concluir se determinó que el mejor tratamiento quirúrgico es el drenaje interno, específicamente la cistoyeyunostomía, ya que tiene menos secuelas, menos mortalidad y resulta útil en cualquier localización del pseudoquiste.

#### **PALABRAS CLAVES**

Páncreas. Pancreatitis. Pseudoquiste pancreático. Drenaje. Resección pancreática.

#### **Introducción**

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones localizadas que contienen concentraciones elevadas de enzimas pancreáticas. Se encuentran encapsulados por una capa de inflamación crónica y fibrosis. A diferencia de los verdaderos quistes, los pseudoquistes carecen de revestimiento epitelial.<sup>1, 2, 3</sup> Las paredes están compuestas de tejido necrótico, tejido de granulación y tejido fibroso.<sup>2</sup> Suelen ser uniloculares, lo que ayuda a distinguirlos de los quistes neoplásicos, que tienden a ser multiloculares.<sup>4</sup> Alrededor del 85% de los pseudoquistes se localizan en el cuerpo o en la cola del páncreas, y el 15% en la cabeza.<sup>2, 5</sup>

A través de los años los pacientes con pseudoquistes pancreáticos han sido tratados con diversos métodos quirúrgicos

siendo estos el drenaje externo, drenaje interno y la resección, algunos de ellos, traen complicaciones graves, pudiendo llegar a desembocar en la muerte del paciente. Y es frente a este problema que es necesario determinar el mejor curso de acción; siendo este el motivo que impulsa a esta investigación: mejorar la calidad de vida de los pacientes, y reducir la mortalidad.

Es preciso destacar que esta no es la única investigación cuya inquietud le ha llevado a realizar este estudio; otros autores como los Drs. Defilló y Grullón, han abordado de manera clara este tema, presentándose su trabajo en la revista *Acta médica Dominicana*, correspondiente al período Julio-agosto de 1984; en donde se nos presenta el tratamiento, la sintomatología y los resultados de un caso de pseudoquiste pancreático en el Hospital Robert Reid Cabral.<sup>6</sup>

De la misma manera los Drs. Casaretto, Menoyo y Peralta abordaron este tema, presentándose los resultados de su investigación con el título *Seudoquiste De Páncreas, Su Tratamiento Quirúrgico*, en la revista argentina *La prensa médica Argentina* en Abril del 2002. Se destaca en ella un estudio retrospectivo para determinar cuál es el mejor método quirúrgico a utilizar y presentando los diversos pasos que se deben efectuar para el tratamiento del pseudoquiste pancreático.<sup>7</sup>

Respecto a la metodología es preciso aclarar que el estudio posee un método retrospectivo-comparativo, ya que se trabajó con records de años anteriores y, se buscó sopesar los tratamientos para así determinar cual de todos es el más apropiado.

Sabiendo esto, se diseñó esta investigación, con el propósito de demostrar que “El mejor tratamiento quirúrgico para el pseudoquiste pancreático es el drenaje interno hacia el intestino”.

Ya conocido esto, es menester presentar el problema.

Los pseudoquistes en ocasiones emigran en sentido retroperitoneal hacia el mediastino o la pelvis.<sup>3</sup> La mayor parte de las ocasiones los pseudoquistes se encuentran en la trascavidad de los epiplones detrás del estómago, pero también pueden ocurrir a grandes distancias del páncreas (p. ej., cuello, mediastino, pelvis). La edad promedio del paciente cuando se diagnostican es de 45 años.<sup>1</sup>

Estos persisten durante tanto tiempo como el quiste permanezca en continuidad con el conducto pancreático que se rompió. Si la comunicación entre el conducto pancreático y el pseudoquiste se llega a cerrar de manera secundaria a cicatrización, el contenido líquido del quiste se absorbe y desaparece el pseudoquiste.<sup>8</sup> Los pseudoquistes representan más del 75% de las lesiones quísticas de este órgano.<sup>9</sup>

Los pseudoquistes pancreáticos suceden principalmente por pancreatitis aguda o crónica (90%) y traumatismo (10%).<sup>1, 2, 4</sup> En estos últimos los pseudoquistes se desarrollan después de una lesión contusa de la parte alta del abdomen en la cual se rompe el conducto pancreático principal o una de sus ramas primarias.<sup>10</sup>

En la clínica, los pacientes con pseudoquistes pancreáticos se presentan con dolor abdominal alto que es el síntoma de presentación habitual y se encuentra en más del 90% de los pacientes, acompañados de una sensación de saciedad. Los síntomas no específicos en el momento de la presentación del paciente incluyen náusea y vómito así como pérdida de peso, y el examen físico muestra hipersensibilidad abdominal en la mayoría de los enfermos y masas abdominales presentes en menos de la mitad. El dolor es continuo, atroz y a menudo colapsante.<sup>11</sup>

Entre los métodos de diagnósticos del pseudoquiste pancreático se encuentran: la tomografía computarizada (TC), la sonografía, el ultrasonido y la radiografía. Siendo la TC, la más específica y sensible ya que posee una resolución superior y una localización más precisa.

Los datos de laboratorio de estos pacientes no son específicos. Muchos tienen elevada la amilasa sérica, y en un pequeño porcentaje de enfermos se encuentra evidencia de anomalías en las pruebas de funcionamiento hepático.

La inspección local del abdomen evidencia en los quistes y pseudoquiste de cierto tamaño, una tumefacción circunscrita que, muchas veces, contrasta con el enflaquecimiento del enfermo.<sup>12</sup>

Ya que el pseudoquiste no puede ser tratado con medicamentos, el único tratamiento eficaz es el quirúrgico, siendo estos el drenaje externo, drenaje interno, resección, el drenaje percutáneo y el endoscópico.

### **Materiales y métodos**

Para la realización de esta investigación se utilizó el método retrospectivo comparativo, ya que se tomó en cuenta el pasado en aras de resolver un tema presente, se utilizaron datos y documentos pasados comparando los diversos criterios para determinar similitudes y diferencias sopesando así los diversos tratamientos.

Para lograr los objetivos, se acudió al Hospital Salvador B. Gautier; en donde se revisaron los libros de cirugía de los años correspondientes al estudio, ubicados en la sala de cirugía y la oficina directiva, tras conocer los números de records y nombre de los pacientes se recurrió a la oficina de archivos para revisarlos y así obtener la información necesitada.

A los pacientes incluidos en la muestra se les aplicó un protocolo de investigación, creado con los parámetros más frecuentes de los pseudoquistes, estando incluidos la etiología, los tratamientos, el método diagnóstico, entre otros (ver anexo 1).

De ahí que el principio de inclusión fuera el diagnóstico posquirúrgico de pseudoquiste y su tratamiento en el hospital Salvador B. Gautier, y los principios de exclusión fueran, la falta de datos en los records (entre los mismos la etiología y el tratamiento), el diagnóstico postoperatorio diferente a pseudoquiste, inhabilidad de revisar los records, e incoherencia en los datos del paciente.

Se mantuvo la confidencialidad de los datos y la identidad de los pacientes en anonimato.

### **Resultado y discusión**

Como preámbulo y para lograr la mejor comprensión de los resultados, se colocaron las diversas opciones para el tratamiento de los pseudoquistes así como sus posibles complicaciones.

Las opciones para el tratamiento de pseudoquistes incluyen drenaje interno, resección, drenaje externo y técnicas percutáneas o endoscópicas.<sup>1, 8</sup> La cirugía electiva debe posponerse hasta que el pseudoquiste esté maduro, es decir la pared es lo bastante firme para sostener las suturas. Ello requiere 4 a 6 semanas en los que surgen durante una pancreatitis aguda; en los que se originan por pancreatitis crónica no es necesario esperar.<sup>1</sup>

El drenaje interno es la cirugía que se prefiere en casos de pseudoquistes no complicados que necesitan intervención. Existen 3 opciones para el drenaje interno incluyendo el dre-

naje hacia un muñón yeyunal de Roux en Y desfuncionalizado (cistoyeyunostomía), drenaje hacia el estómago (cistogastrostomía) y drenaje hacia el duodeno (cistoduodenostomía). La cistoyeyunostomía es el método más versátil y útil para el drenaje del quiste y es más apropiado cuando el pseudoquiste se presenta en cualquier sitio, ya sea en la base del mesocolon transversal o cuando no está adherida a la pared gástrica posterior, es decir la Cisteyeyunostomía mediante asa de yeyuno en Y de Roux se utiliza para descomprimir y efectuar el drenaje interno de otros pseudoquistes no muy cercanos al estómago o al duodeno en el cual se anastomosa el quiste a un extremo del yeyuno en Roux de Y.<sup>1,8,10</sup>

La cistogastrostomía se lleva a cabo cuando el pseudoquiste está adherido a la pared posterior del estómago. Cuando ella sea posible, la cistogastrostomía es un procedimiento más rápido y menos exigente desde el punto de vista técnico que la cistoyeyunostomía de Roux en Y. La cistoduodenostomía tiene utilidad limitada y se aplica a pseudoquistes en la cabeza del páncreas que tengan como límite 1 cm. de distancia de la luz del duodeno. La cistoduodenostomía es potencial para la formación de fístula duodenal. Se puede hacer mejor si se sigue la técnica semejante a la de la cistogastrostomía, se abre la pared lateral del duodeno y se hace una conexión entre el pseudoquiste pancreático y el duodeno a través de una duodenotomía. La mayoría de los pseudoquistes se drenan de manera interna mediante cistoyeyunostomía o cistogastrostomía.<sup>8</sup>

La terapéutica excisional de los pseudoquistes pancreáticos se usa en una minoría de casos y, por regla, se limita a resecciones pancreáticas distales para pseudoquistes que se encuentren en la cola de la glándula si la cabeza y el cuerpo son normales o presentan alteraciones mínimas (como en los pseudoquistes traumáticos).<sup>1,8</sup>

La pancreatectomía distal con o sin esplenectomía es un procedimiento que impone un reto desde el punto de vista técnico, debido a inflamación peripancreática o periquística. Después de Pancreatectomía distal, en caso de que se encuentren obstruido el conducto pancreático proximal, se indica el drenaje del páncreas restante mediante la pancreatoyeyunos-tomía en Roux de Y.<sup>8</sup>

La indicación para drenaje externo de pseudoquistes del páncreas es cuando hay una gran infección, datos de inestabilidad en el transoperatorio que impidan la intervención quirúrgica más complicada y cuando hay pseudoquistes inmaduros de paredes delgadas no fibrosas que no permitan drenaje interno seguro.<sup>8</sup> En otras palabras, se prefiere drenaje externo cuando la pared del quiste no es lo bastante gruesa para permitir su anastomosis con la luz del intestino. Se sutura una sonda de diámetro grande en la luz del quiste y el otro extremo se exterioriza a través de la pared abdominal. Casi 20% de las operaciones de drenaje externo se complica por fístulas pancreáticas, que suelen cerrar en unos meses. Las fístulas y quistes recurrentes son más comunes cuando el quiste se comunica con el conducto pancreático.<sup>1</sup>

Se ha informado el drenaje endoscópico percutáneo de los pseudoquistes pancreáticos, pero es raro que estén indicados. El drenaje percutáneo se asocia con alta tasa de recidiva y riesgo potencial, aunque pequeño, de lesión visceral; además después de un drenaje percutáneo de pseudoquiste normalmente se forma una fístula pancreática.<sup>5</sup> El drenaje percutáneo o endoscópico de los pseudoquistes parece estar indicado en pacientes que no son candidatos para cirugía y que requieren descompresión de grandes pseudoquistes para el tratamiento sintomático. Los pacientes asintomáticos con pseudoquistes estables no se benefician de las técnicas de tratamiento percutáneo o endoscópico.<sup>8</sup>



En los casos en los que no se produce la resolución espontánea pueden aparecer complicaciones graves, como: dolor causado por la expansión de la lesión y la presión sobre otras vísceras, rotura, hemorragia y absceso. Si el pseudoquiste aumenta de volumen y se complica con rotura, hemorragia y absceso se debe intervenir quirúrgicamente.<sup>2</sup>

Las complicaciones más temibles de los pseudoquistes son hemorragias, rotura e infección.<sup>(1)(4)</sup> La primera ocurre casi en 6% de los pacientes, la rotura al tubo digestivo o la cavidad peritoneal en 7% y las infecciones en 14%. Otras complicaciones incluyen obstrucción del tubo digestivo (duodeno o estómago) en 3% y del colédoco en 6%.<sup>1</sup>

Con frecuencia la hemorragia es tan rápida que impide procedimientos diagnósticos y es necesario operar de inmediato.<sup>1</sup>

Si el pseudoquiste se rompe libremente a la cavidad peritoneal, el paciente puede presentar síntomas y signos de peritonitis aguda. En el tratamiento de una rotura libre es necesario operar de inmediato, irrigar la cavidad peritoneal y por lo general drenar al exterior el quiste. La rotura libre de un pseudoquiste es una complicación grave: la mortalidad es de 15%.<sup>1</sup> Casi siempre sobreviene un shock, y la mortalidad varía desde el 14%, si la rotura no se asocia a hemorragia, hasta más del 60% si se produce dicha asociación. La rotura y la hemorragia son las principales causas de mortalidad en el pseudoquiste pancreático.<sup>2</sup> La rotura al tubo digestivo puede causar vómitos o diarrea, pero no suele ser una urgencia quirúrgica.<sup>1</sup>

Es posible que la infección de un pseudoquiste ocurra en las primeras semanas después de formarse, como complicación de un episodio de pancreatitis grave. Para comprobarla se realiza un drenaje percutáneo del quiste guiado por US o

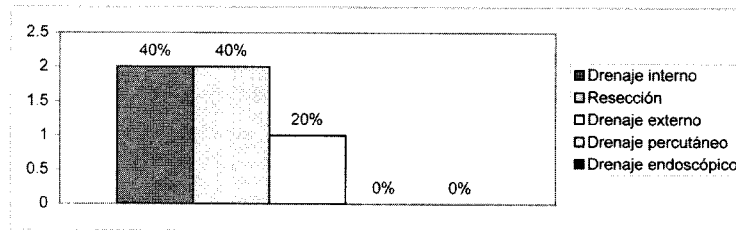
TC. Los pseudoquistes infectados pueden resolverse de manera permanente con drenaje percutáneo por una semana más o menos; sin embargo, si no logra una mejoría clínica rápida debe operarse. Pero aquellos que están adheridos al estómago pueden drenarse por cistogastrostomía. De otra manera el drenaje debe ser externo porque es posible que la línea de sutura de una cistoyeyunostomía en Roux en Y no cicatrice en un campo quirúrgico infectado.<sup>1</sup>

En la investigación se determinó que en enero de 1998 y marzo del 2003 fueron operados 7,260 pacientes en el Hospital Salvador B. Gautier, diez de los cuales ingresaron con diagnóstico preoperatorio de pseudoquiste pancreático; los mismos fueron estudiados en lo que respecta a edad, sintomatología, etiología, procedimiento quirúrgico realizado y complicaciones que presentaron los pacientes. De los 10 pacientes con la patología a estudiar, cinco fueron excluidos, cuatro debido a una serie de inconvenientes presentados con la recolección de sus datos (dos de ellos no aparecieron, uno presentaba falta de información y el otro no coincidía con el paciente a estudiar) y el otro porque presentó diagnóstico postoperatorio diferente a pseudoquiste.

Debido a esto, la muestra de la investigación se redujo a cinco pacientes, a los cuales se les aplicó el protocolo.

(Ver anexo 1).

**Gráfica 1: Tipos de tratamientos quirúrgico aplicados a pacientes con pseudoquiste pancreático que ingresaron a la cirugía del Hospital Salvador B. Gautier, enero 1998-marzo 2003.**



Fuente: Calcaño, De la cruz, Lau, Bio-intec XLV.

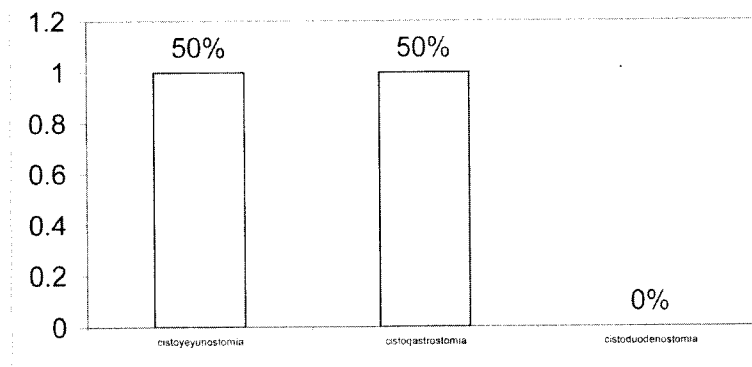
En el estudio, se obtuvo un 40% (dos casos) de drenaje interno de los cuales un caso fue tratado con cistogastrostomía (50%) y otro con cistoyeyunostomía (50%), por otra parte dos pacientes fueron tratados con resección (40%) y el 20% restante correspondió a drenaje externo (un caso); los tratamientos endoscópicos y percutáneos no fueron utilizados. (Ver gráfica 1)

El tratamiento preferido para pseudoquistes de páncreas no complicados es el drenaje interno por menor morbilidad.<sup>(13)(14)(15)</sup> En el estudio realizado, se practicaron igual número de drenajes internos como resecciones, siendo menor el drenaje externo, esto podría ser consecuencia de las complicaciones y la tasa de mortalidad que trae a los pacientes aunque pueda ser utilizada en cualquier localización del pseudoquiste.

De todos los casos revisados, sólo uno (20%) presentó complicaciones, siendo esta infección en la pared abdominal, resultado del drenaje externo practicado.

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los casos fue excluido por diagnóstico postoperatorio diferente a pseudoquistes, esto podría ser consecuencia de la aplicación de técnicas de diagnóstico por imagen no precisas.

**Gráfica 2: Tipos de drenaje interno aplicadas a pacientes con pseudoquiste pancreático que ingresaron a la cirugía del Hospital Salvador B. Gautier, enero 1998-marzo 2003.**



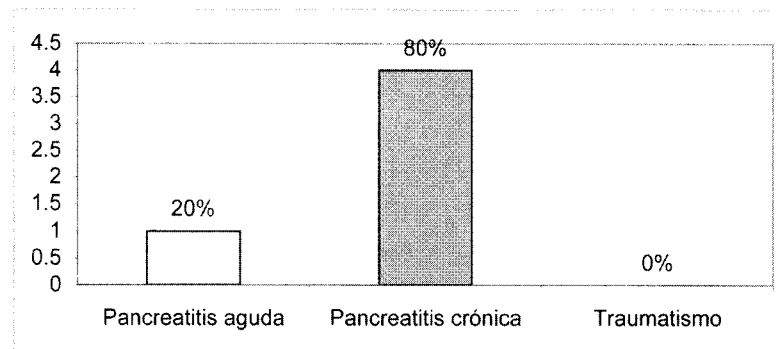
Fuente: Calcaño, De la cruz, Lau. Bio-intec XLV.

En la gráfica 2 se puede apreciar los tipos de drenaje interno aplicados a pacientes con pseudoquiste pancreático que ingresaron a la cirugía del Hospital Salvador B. Gautier en enero 1998 a marzo 2003. En ésta se observa que la cistoduodenostomía no fue utilizada mientras que las técnicas restantes fueron utilizadas en igual proporción.

Por otra parte, los cinco (100%) pacientes presentaron pseudoquistes después de una pancreatitis, de los cuales el

80%(cuatro casos) era crónica y el 20%(un caso) aguda, siendo el 60%(tres casos) de éstas, de etiología alcohólica y no se presentaron casos de traumatismos (ver gráfica 3). En nuestro estudio predominaron los casos de pseudoquistes en hombre, encontrándose un 60%(tres casos), en contraste con las féminas que presentaron 40%(dos casos) coincidiendo esto con la información consultada.<sup>1</sup>

**Gráfica 3: Etiología de los pacientes con pseudoquiste pancreático que ingresaron a la cirugía del Hospital Salvador B. Gautier, enero 1998-marzo 2003.**



Fuente: Calcaño, De la cruz, Lau, Bio-intec XLV.

En la gráfica 3 se observa la etiología del pseudoquiste pancreático de los pacientes que ingresaron a la cirugía del hospital Salvador B. Gautier en enero de 1998 a marzo de 2003. En ésta se puede apreciar que aunque el traumatismo es una de las causas para el desarrollo de la patología del pseudoquiste pancreático en ninguno de los pacientes se presentó; sin embargo la pancreatitis crónica fue la etiología más fre-

cuenta, siendo la pancreatitis crónica alcohólica la etiología más común. Ajustándose esto con la literatura revisada.

Los métodos diagnósticos más utilizados fueron la tomografía computarizada (80%) y la sonografía (60%), sin utilización de ultrasonido o radiografía.

La sintomatología de los pacientes estudiados coincide con la sintomatología de la literatura revisada, ya que según éstas los síntomas de presentación habitual son el dolor abdominal<sup>1, 2, 4, 5, 11</sup> náusea y vómitos.<sup>1</sup> De los cinco pacientes tratados por pseudoquiste pancreático el 80% presentó dolor abdominal, vómitos y estado nauseoso, mientras que sólo el 20% presentó tos, mareo, intolerancia a las grasas, sensación de plenitud y distensión abdominal.

### **Conclusiones**

Las técnicas aplicables en los pseudoquistes pancreáticos dependen de factores como la ubicación y las complicaciones de los mismos, por ende debe estudiarse cada caso antes de aplicar las técnicas adecuadas.

Del mismo modo, los tratamientos percutáneo y endoscópico deben ser valorados para su utilización en pacientes no aptos para cirugía (valorando los resultados); ya que los mismos son poco utilizados en nuestro país. La pancreatitis alcohólica es la etiología más frecuente de los pseudoquistes. El drenaje externo no es recomendable, y si lo fuere, deben ser excluidos los demás, ya que el mismo presenta complicaciones como las infecciones.

### **Recomendaciones**

Tras ver los resultados obtenidos se recomienda estudiar

muy bien al paciente a operar, para así valorar la técnica adecuada a aplicar. Del mismo modo se sugiere que frente a un pseudoquiste que presente complicaciones e inmadurez se debe pensar en la utilización de la resección o del drenaje percutáneo o endoscópico; ya que la derivación interna no es la más apta para estos casos debido a que la línea de sutura de la misma puede no cicatrizar en un campo quirúrgico infectado, por otra parte como se ha demostrado el drenaje externo trae diversas complicaciones. También se propone el uso de técnicas más específicas y sensibles para determinar enfermedades, en este caso del pseudoquiste pancreático, para así evitar diagnósticos postoperatorios erróneos.

### **Bibliografía**

- 1) Schwartz, Shires, Spencer, Galloway. Principios de cirugía. 7ma edición. México: Mcgraw-Hill Interamericana. 2000: Págs.1563-1595.
- 2) Braunwdd, Fauci, Kasper. Principios de medicina interna de Harrison. 14ta edición. España: Mcgraw Hill Interamericana, 1998: Págs. 1508, 1975-1990
- 3) Bennett, Plum. Tratado de medicina interna de Cecil. 20ma edición. México: Mcgraw Hill Interamericana, 1997: Págs. 836-843
- 4) Cotran Ranzis, Collins Tucker, Kumar. Patología estructural y funcional de Robbins. 6ta edición. México: Mcgraw-Hill Interamericana. Marzo 2000. Págs. 941-969
- 5) Yamada Tadataka. Textbook of gastroenterology. 2da edición. Philadelphia: lippincott. 1995. Págs. 2103-2104
- 6) Mejía Onidio, Díaz Espinal Fernando. Pseudoquiste del páncreas, presentación de un caso y revisión hospitalaria. Acta médica Dominicana nov-dic, 1984;6(6): Págs. 266
- 7) Casaretto Eduardo, Menoyo Alejandro, Bender Anatole. Pseudoquiste de páncreas, su tratamiento quirúrgico. La prensa médica Argentina abril 2002; 89(2): Págs. 124-129

- 8) Lysterly. Tratado de patología quirúrgica de Sabbiston. 14ava edición. México: Mcgraw Hill Interamericana, 1995: Págs. 1220-1222
- 9) Gauzit R., Barrat C., Codere C. Pancreatitis aguda necrotizante: enciclopedia médico quirúrgica E. 2000: 36-720
- 10) Nora Paul. Cirugía. 3ra edición. México: Mcgraw-Hill Interamericana. 1993. Págs. 833-837
- 11) Braunwdd, Fauci, Kasper. Principios de medicina interna de Harrison. 15ava edición. México: Mcgraw Hill Interamericana, 2002: Págs. 2089-2094
- 12) Surós. Semiología medica y técnica exploratoria. 7ma edición. España: Salvat. 1991. Págs. 461-464
- 13) Bradley E.L. III: Quistoenteroanastomosis Pancreática, el dominio de la cirugía. 3ra edición. Nyhus-Baker-Fischer, 1999: Págs. 1325
- 14) Gumaste Y, Pitchumoni. Pancreatic pseudocyst: drenaje interno. Gastroenterologist, 1996; 4: Págs. 33-43
- 15) Yemos K, Laopodis. Surgical Management Of Pancreatitis Pseudocyst. Minerva chir 1999; 54(6): Págs. 395-402.



ANEXO 1

**Protocolo de investigación.**

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_F \_\_\_M

**Etiología:**

\_\_\_ Pancreatitis aguda: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Pancreatitis crónica: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Traumatismo: \_\_\_\_\_

**Sintomatología:**

\_\_\_ Dolor abdominal. \_\_\_ Esteatorrea. \_\_\_ Signo de Turner.

\_\_\_ Ictericia. \_\_\_ Vómito y estado nauseoso.

\_\_\_ Signo de Cullen. \_\_\_ Fiebre. \_\_\_ Anorexia.

\_\_\_ Pérdida de peso.

Otros: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:**

**Imagen:**

\_\_\_ TC \_\_\_ Sonografía. \_\_\_ Radiografía.

\_\_\_ US \_\_\_ CPER.

Otros: \_\_\_\_\_

**Laboratorio:**

\_\_\_ Amilasa Sérica. \_\_\_ Lipasa Sérica. \_\_\_ Tripsinogeno. \_\_\_ Coprológico.

Otros: \_\_\_\_\_

**Tratamiento:**

\_\_\_ Drenaje externo.

\_\_\_ Drenaje interno \_\_\_\_\_

\_\_\_ Resección \_\_\_\_\_

\_\_\_ Percutaneo y endoscopico \_\_\_\_\_

**Complicaciones:**

\_\_\_ Infección. \_\_\_ Hemorragia. \_\_\_ Rotura.

**Otros:** \_\_\_\_\_

**Notas:** \_\_\_\_\_