

CASO CLÍNICO

Tratamiento endoscópico con stent de pseudoquiste pancreático traumático.

Reporte de caso

Endoscopic treatment with traumatic pancreatic pseudocyst stent.

Case report

José Enrique Torres ⁽¹⁾, Martín Salvatierra ⁽²⁾, Gonzalo Perrone ⁽³⁾.

DOI: 10.31837/cir.urug/2.1.4

Recibido: 14 de noviembre 2017
Aceptado: 9 de julio de 2018

Resumen

Los pseudoquistes pancreáticos son las lesiones quísticas más comunes del páncreas, y se forman por disrupción ductal pancreática. Son complicaciones de la pancreatitis aguda, crónica y del traumatismo pancreático.

Presentamos el caso de una paciente de 20 años con traumatismo cerrado de abdomen, desarrollando luego de 12 semanas pseudoquiste pancreático. Se realizó drenaje endoscópico trans gástrico y colocación de stent con buena evolución.

Palabras claves: Endoscopía, pseudoquiste pancreático,

Abstract

Pancreatic pseudocysts are the most common cystic lesions of the pancreas, and are formed by pancreatic ductal disruption. Complications of acute, chronic pancreatitis and pancreatic trauma.

We present the case of a 20-year-old patient with closed abdominal trauma, developing pancreatic pseudocyst after 12 weeks. Gastric endoscopic drainage and stent placement with good evolution were performed.

Keywords: Endoscopy, pancreatic pseudocyst,

(1) Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Región Norte, Hospital Regional Salto, Salto-Uruguay. quiquetorres31@hotmail.com

(2) Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Región Norte, Hospital Regional Salto, Salto-Uruguay.

(3) Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Región Norte, Hospital Regional Salto, Salto-Uruguay.



Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, 20 años, siniestro de tránsito, conductora de moto embiste a auto, sufriendo traumatismo cerrado de abdomen superior.

Al ingreso, paciente sin insuficiencia ventilo-respiratoria, hemodinamia estable.

Dolor a la palpación de epigastrio e hipocondrio izquierdo.

En la evolución en sala comienza dolor en epigastrio y vómitos. Amilasemia 2100 unidades/litro. Con diagnóstico de Pancreatitis Aguda Traumática se solicita Tomografía Computada de abdomen y pelvis con contraste intravenoso: solución de continuidad del cuerpo y la cola pancreática, edema peri pancreático y liquido peri pancreático.

Colangio Resonancia Nuclear Magnética y Resonancia de abdomen: Fractura pancreática de cuerpo y cola. (Figura 1).

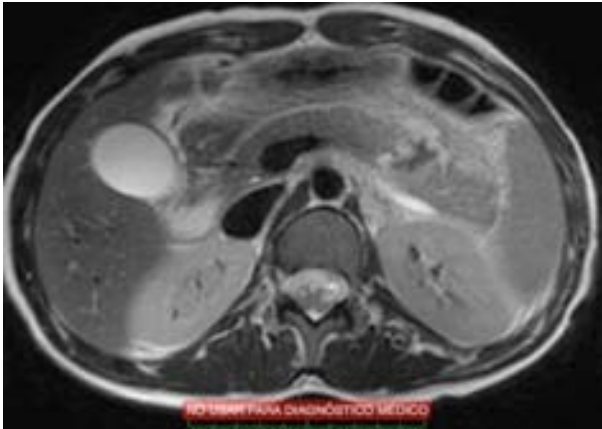


Fig. 1. Resonancia Nuclear Magnética.

Buena evolución y posterior alta del servicio.

A las 12 semanas consulta por dolor y distensión abdominal, plenitud precoz y vómitos.

Tumoración a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, de 10 centímetros de diámetro.

Tomografía Computada de abdomen y pelvis con contraste intravenoso: colección pancreática (9,3 cm de diámetro) con desplazamiento de cámara gástrica. (Figura 2).



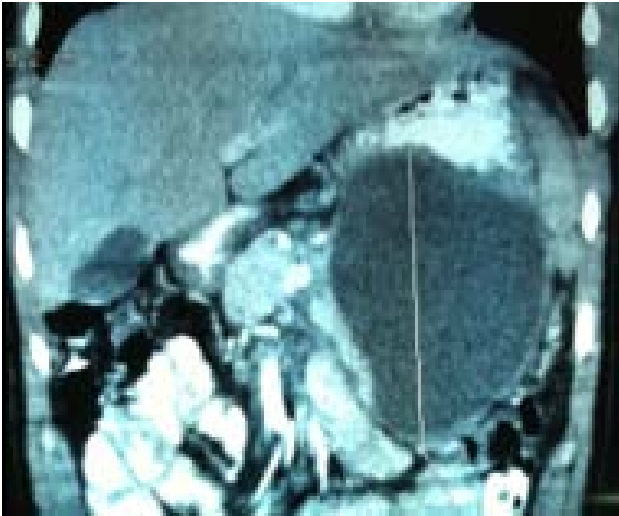


Figura 2. Tomografía Computada Pseudoquiste Pancreático

Con diagnóstico de pseudoquiste pancreático sintomático se plantea drenaje mínimamente invasivo endoscópico trans gástrico.

Se realiza quistogastrostomía endoscópica (Figura 3) con colocación de stent de plástico tipo doble pigtail calibre 10 french de 5 cm de longitud sin complicaciones.



Figura 3. Quistogastrostomía Endoscópica

Con buena evolución clínica luego del procedimiento se otorga alta.
Asintomática con control ambulatorio a las dos semanas del procedimiento.
Luego la paciente no concurre más a controles.



El pseudoquiste pancreático se define como la colección de fluido de más de 4 semanas, rico en amilasa y otras enzimas pancreáticas, como consecuencia de pancreatitis aguda, crónica o trauma. (1). Para realizar el diagnóstico éste se basa en métodos de imagen como la Tomografía Computada y la Resonancia Nuclear Magnética. Se observan lesiones redondeadas, bien delimitadas con contenido hipoecoico, homogéneo de tamaño muy variable. Aunque suelen ser uniloculares en ocasiones presentan septos fibrosos. (2).

En cuanto al arsenal terapéutico se cuenta con el drenaje endoscópico, percutáneo y quirúrgico. A su vez el endoscópico se puede realizar transpapilar o transmural. (3). En el caso de nuestra paciente se realizó el abordaje endoscópico pero la elección entre uno u otro abordaje es seleccionada para cada paciente.

El drenaje endoscópico es menos invasivo que la cirugía, no necesita drenaje externo y tiene un porcentaje de éxito a largo plazo muy alto, presenta menor estadía hospitalaria, menor dolor postoperatorio.

La modalidad transpapilar se usa cuando el pseudoquiste tiene comunicación con el conducto pancreático, no siendo el caso de nuestra paciente.

La modalidad transmural puede realizarse guiado por US o sin este. (4).

El abordaje percutáneo ecoguiado se realiza fundamentalmente ante complicaciones infecciosas o síntomas compresivos y está contraindicado en quistes contienen material sanguinolento o sólido. (5).

El drenaje quirúrgico comunica la cavidad del pseudoquiste y el estómago o el intestino delgado. Éste abordaje normalmente es reservado para pacientes que no toleran o se ha fallado con el drenaje percutáneo o endoscópico. (6)

Bibliografía

- 1- Samuelson AL, Shah RJ. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. *Gastroenterol Clin N Am.* 2012;41(1): 47-62.
- 2- Domínguez Muñoz JE, Larino-Noia J, Iglesias-García J. Diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas pancreáticas. *Medicine.* 2012;11(8):505-9.
- 3- Rodríguez D'Jesus A, Fernández Esparrach G, Saperan E. Tratamiento endoscópico del pseudoquiste de páncreas: aspectos prácticos. *Gastroenterol Hepatol* 2011; 34(10):711-6



- 4- Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol* 2009;15(1):38-47.
- 5- Akshintala VS, Saxena P, Zaheer A, Rana U, Lennon AM, et al. Comparative evaluation of outcomes of endoscopic versus percutaneous drainage for symptomatic pancreatic pseudocyst. *Gastrointest Endosc*, 2014;79(6):921-8.
- 6- Zhao X, Feng T, Ji W. Endoscopic versus surgical treatment for pancreatic pseudocyst. *Dig Endosc* 2016;28:83-91.

