

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
" DR. AGOSTINHO NETO".
GUANTANAMO.

PSEUDOQUISTE DEL PANCREAS. RESULTADOS QUIRURGICOS.

Dr. Angel Píriz Momblant¹, Dr. Guido Elías Leyva².

RESUMEN

Se realiza un estudio en 14 pacientes egresados del servicio de cirugía general del hospital docente "Dr. Agostinho Neto", con el diagnóstico de pseudoquiste del páncreas en el periodo comprendido entre los años de 1984 y 1999, en el que se obtuvieron las tasas de 3 por cada 100 mil ingresos hospitalarios y 3.8 por cada 10 mil ingresos en el servicio de cirugía general. El alcoholismo fue la primera causa de los pseudoquistes, con el 57.1 %. La edad promedio fue de 44 años, con una DS \pm 13.1 y una oscilación de 23 - 65 años. Los pacientes masculinos predominaron, con el 85.7 %. El tipo de operación que se realizó con mayor frecuencia fue la cistoduodenostomía (38.4 %), seguida por la cistoyeyunostomía (30.7 %). No hubo mortalidad quirúrgica. La mortalidad global fue de 7.1 %, y el promedio de supervivencia, de 7 años con una DS \pm 5.

Palabras clave: QUISTE PANCREATICO/Cirugía; QUISTE PANCREATICO/ etiología; QUISTE PANCREATICO/epidemiología.

INTRODUCCION

Los pseudoquistes aparecen luego de una lesión del tejido pancreático y su conducto, debido a una pancreatitis aguda o crónica, un traumatismo y a causa idiopática.

Esta afección es poco frecuente, pero no rara. Autores como Yeo¹, Newell² y Colhoum³ informan sobre su aparición entre el 2% y el 18 % de los pacientes que han padecido de pancreatitis aguda o crónica. La resolución espontánea o con tratamiento conservador oscila entre el 8% y el 25 % de los pacientes.¹⁻³

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

Los pseudoquistes pancreáticos, si no son diagnosticados y tratados a tiempo, pueden complicarse: infección, hemorragia, necrosis, perforación, fístulas internas - ascitis pancreática - y externas. En los pseudoquistes que tienen menos de seis semanas de evolución se han observado complicaciones en el 20 % de los pacientes, y en los que tienen más de seis semanas, en el 67 %. ¹ Esto se debe a su propiedad erosiva y expansiva, las cuales muestran una considerable mortalidad. Por estas razones está indicado el tratamiento quirúrgico de los mismos.

En nuestra provincia hemos hallado estos quistes; al no encontrar publicada referencia alguna en la provincia, y pocas en el país, nos decidimos a realizar este trabajo, para conocer su comportamiento, el resultado quirúrgico y aumentar la casuística nacional.

MATERIAL Y METODO

Se realiza un estudio prospectivo en 14 pacientes egresados del servicio de cirugía general con el diagnóstico de pseudoquistes del páncreas, en el período comprendido entre los años 1984 y 1999.

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, y fueron procesados en una computadora Pentium, utilizando el paquete estadístico EpiInfo V 6.03, y los resultados se expresaron en tablas. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la tasa, el porcentaje, el promedio y la desviación estándar.

RESULTADOS Y DISCUSION

En nuestro trabajo observamos una tasa de 3 por cada 100 mil ingresos en el hospital, y de 3, 8 por cada 10 mil ingresos en el servicio de cirugía general. Algunos autores¹⁻³ informan entre el 2 % y el 10 %, y otros entre el 11 % y el 18 % en su aparición como complicación de una pancreatitis aguda o crónica.

Nosotros obtuvimos el 57.1 % por alcoholismo y el 35.7 % por causa desconocida (Tabla 1). Barthet⁴ informa el 83, 3 % de causa alcohólica y Sanfey⁵ el 44, 3 %. Lanskish⁶ informa que los pseudoquistes se desarrollan, significativamente, más frecuentemente en alcohólicos que en los pacientes con otras causas ($P < 0.001$ y $P = 0.007$).

El promedio de edad fue de 44 años, $DS \pm 13.1$, y la oscilación entre 23 - 65 años. Barthet⁴ ofrece un promedio similar al nuestro, con 45 años, $DS \pm 16$; Sanfey⁵ halla un promedio de edad de 48, 6 ($DS \pm 16,4$), ligeramente superior al nuestro, y Safioleas⁷

encuentra un promedio de 61 años con oscilación entre 19 y 82 años, promedio superior al presentado por nosotros. Codorniu⁸ señala un promedio de edad de 30 años y oscilación entre 17 y 64 años. Lanskish⁶ encontró en su trabajo que la edad más frecuente es entre los 31 años y los 40 años de edad, lo cual coincide con la edad pico de los pacientes alcohólicos.

En nuestro trabajo predominaron los pacientes del sexo masculino sobre las del femenino (85,7%). Barthet⁴, Sanfey⁵ y Safioleas⁷ registran igual predominio, aunque con cifras distintas a la informada por nosotros. Terán Porcayo⁹ refiere el 64,0 % para las del sexo femenino.

La operación (Tabla 2) que se realizó con mayor frecuencia fue la cistoduodenostomía (38,4 %), seguida por la cistoyeyunostomía (30,7%) y la cistogastrostomía (15,3 %). Safioleas⁷ halla el 69,2 % para la cistogastrostomía y 11,5 % para la cistoyeyunostomía; Sanfey⁵ informa que al 47 % de sus pacientes se les efectuó drenaje interno o resección, y Pérez¹⁰ publica que al 27,5 % de sus enfermos se le efectuó el drenaje interno y al 2,5 % la resección. Terán Porcayo⁹ registra el 92,3 % de derivaciones internas. Pavlovsky¹¹ concluye en su informe de 98 pacientes con pseudoquiste pancreático que el drenaje interno es la operación a escoger para el tratamiento del pseudoquiste maduro sin complicaciones y el inmaduro complicado.

Las técnicas quirúrgicas empleadas por nosotros son las mismas que utilizan los autores antes mencionados y otros.^{2,8,12,13} Consideramos que los pacientes deben ser individualizados a la hora de realizar la técnica quirúrgica, y no utilizar la misma para todos los pacientes, pues esto traería malos resultados.

Los tres procedimientos para tratar los pseudoquistes del páncreas son: el drenaje percutáneo, el acceso endoscópico y el quirúrgico.

El procedimiento a escoger depende de varios factores: estado general del paciente, localización, tamaño y número del pseudoquiste, comunicación o no con el conducto pancreático, si está o no infectado, sospecha de malignidad y la experiencia del imagenólogo y del endoscopista.

El drenaje percutáneo es seguro y eficaz, y debe ser el primer tratamiento a escoger en pacientes con poco riesgo, pared del pseudoquiste inmadura (menos de seis semanas) o que esté infectado. No se debe realizar en los pacientes que tengan hemorragia intraquística o ascitis pancreática.

El drenaje percutáneo debe ejecutarlo un endoscopista con experiencia en los pacientes afectados de pseudoquiste con paredes maduras, en pequeños pseudoquistes y en los localizados en la cabeza del páncreas.

El tratamiento quirúrgico es el proceder tradicional y preferido en muchos centros hospitalarios. El mismo está indicado en grandes pseudoquistes, en la pancreatitis crónica asociada a pseudoquiste, en la sospecha de malignidad y en los fracasos del drenaje percutáneo y el endoscópico.

Pitchumoni ¹⁴ opina que no se han realizado estudios prospectivos y aleatorios para evaluar los resultados de estos tres procedimientos, y así poder escoger el de mejores resultados.

Al parecer, como vimos anteriormente, cada paciente debe ser individualizado y aplicarle el mejor proceder.

Tuvimos una mortalidad quirúrgica de 0. La mortalidad global fue de 7,1 % y se trató de un paciente, no diagnosticado, que falleció; la necropsia informó que se trataba de una hemorragia intraquística del páncreas. Yeo¹ refiere que la mortalidad quirúrgica oscila entre el 5 % y el 12 % en las series revisadas por él. Newell² informa el 4 %, Lo¹⁵ el 5%, Safioleas⁷ el 11,5 %, Codorniu⁸ el 25 %, Terán Porcayo⁹ y Pérez¹⁰ al igual que nosotros, no tuvieron mortalidad quirúrgica.

La supervivencia promedio de nuestros pacientes es de 7 años, DS \pm 5, con un campo entre 2-15 años, Terán Porcayo⁹ refiere un seguimiento promedio de 10 años y 4 meses.

CONCLUSIONES

- 1- La tasa para los pseudoquistes la consideramos relativamente alta en nuestro medio.
- 2- El promedio de edad, el predominio del sexo masculino y el alcoholismo como causa de los pseudoquistes coinciden con los hallados por los autores consultados.
- 3- La cistoduodenostomía fue la operación más frecuentemente realizada entre los pacientes con pseudoquistes, resultado que no coincide con los de otros autores. Estos pacientes deben ser individualizados a la hora de escoger la técnica quirúrgica, ya que efectuar siempre la misma traería malos resultados.
- 4- No hubo mortalidad quirúrgica y la mortalidad global se halla dentro de los límites informados por otros autores.
- 5- La supervivencia de los pacientes operados es buena.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Yeo Ch J, Batisdas J A, Lynch-Nyhan A, Fishman E K, Zinner M J, Cameron J L. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. *Surgery Gynecology and Obstetrics* 1990; 170: 411 - 17.
2. Newell A K, *et al.* Are cystgastrostomy and cystyeyunostomy equivalent operations for pancreatic pseudocysts? *Surgery* 1990; 108 (4): 635 - 40.
3. Colhoum E, Murphy J J, Mac Erlean, Bernard D P. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts. *Br J Surg* 1984; 21: 131- 2
4. Barthet M, Sakaël J, Bodiou-Bertei C, Bernard J P. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 1995; 42 (3): 208-13.
5. Sanfey H, Aguilar M, Jones R S. Pseudocysts of the pancreas, review of 97 cases. *Am Surg* 1994; 60 (9): 661 - 8.
6. Lanskish P G, Burchard Reckert S, Petersen M, Lehnick D, Schirren C A, Stockmann F, Kohler H. Etiology and age have only a limited influence on the course of acute pancreatitis. *Pancreas*. 1996 Nov; 13(4): 344-9.
7. Safioleas M, Misiakos E, Karatzas G, Manti C, Marselos P, Tzatzadokis N. Therapeutic strategies for pancreatic pseudocysts. *J R Coll Surg Edinb* 1995; 40 (3): 192 -5.
8. Codorníu D, Sierra Enrique E, Cayón Rodríguez J. Pseudoquistes del páncreas. Resultados del tratamiento quirúrgico practicado en 8 pacientes. *Rev Cub Cir* 1985; 24 (4): 336- 350.
9. Terán Porcayo, M, Aiello Crocifoglio V, Oñate Ocaña L F, Beltrán Ortega A. Experiencia con 14 casos de pseudoquiste pancreático. *Rev Gastroenterol Mex*: oct-dic 1999; 64(4): 171-7.
10. Pérez G A, Valera R, Navas N, Mora C. Pseudoquiste pancreático. 10 años de revisión. *GEN* 1994; 48 (1): 29 - 33.
11. Pavlovsky M, Perejaslov A, Chooklin S, Dovgann Y. Current management of pancreatic pseudocysts. *Hepato-gastroenterology*. 1998; 45(21): 846-8.
12. Bockus H L. *Gastroenterología: Quistes del páncreas*. Habana: Editorial Científico Técnica. Ed. Revolucionaria, 1984:1223 - 1236.
13. Bradley III E L. *Tratado de Patología Quirúrgica*. Davis - Christopher: Páncreas. Habana: Editorial Científico Técnica. Ed. Revolucionaria, 1985: 1284 - 6.
14. Pitchumoni CS, Agarwal N. Pancreatic Pseudocysts. When and how should drainage be performed? *Gastroenterol Clin North Am*. 1999 Sep; 28 (3): 615-39.

15. Lo SK, Rowe A. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. *Gastroenterologist*. 1997 Mar; 5(1): 10-25.

TABLA 1. PSEUDOQUISTES. CAUSAS.

CAUSAS	NO	%
ALCOHOLISMO	8	57.1
DESCONOCIDA	5	35.7
TRAUMÁTICA	1	7.2
TOTAL	14	100

TABLA 2. PSEUDOQUISTES. TIPO DE OPERACIÓN.

OPERACIÓN	NO.	%
CISTODUODENOSTOMÍA	5	38.4
CISTOYEYUNOSTOMÍA	4	30.7
CISTOGASTROSTOMÍA	2	15.3
PANCREATECTOMÍA DISTAL	1	7.8
DRENAJE CON SONDA	1	7.8
TOTAL	13	100

Mortalidad quirúrgica: 0

Mortalidad global: 7.1 %

Promedio de supervivencia: 7 años DS ± 5

Oscilación: 2-15 años