

Pseudoquiste pancreático post traumática

Pancreatic post-traumatic pseudocyst

Julio Ramírez Sotomayor, Carlos Adorno; Ramón Rodríguez, Dennis Cabral, Maximiliano Ferreira

Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay

RESUMEN

Los traumatismos pancreáticos presentan varios tipos de complicaciones, y de acuerdo a la complicación presentada un alto índice de morbilidad asociado. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico, con una variante al tratamiento convencional de este tipo de lesiones; generalmente de resolución quirúrgica de acuerdo al tipo de lesión.

Palabras clave: pseudoquiste pancreático, derivación cistogástrica.

ABSTRACT

The pancreatic trauma, have several types of complications. According to the complication it presents a high index of morbidity and mortality. The objective of this work it is to present a clinical case, with a variant to the conventional treatment of this type of injuries; generally surgical resolution according to the type of injury.

Keywords: pancreatic pseudocyst, cystogastric bypass.

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste pancreático es una colección de jugo pancreático, limitada por una pared no epitelizada, como consecuencia de una pancreatitis aguda o crónica, trauma pancreático.

Las colecciones líquidas se clasifican de acuerdo a su evolución en el tiempo; en menos de 6 semanas colecciones líquidas y más de 6 semanas en pseudoquiste. Las menores de 6 semanas en mayor proporción tienden a reabsorberse de forma automática y las mayores a 6 semanas generalmente no se reabsorben de forma espontánea.

Generalmente las lesiones pancreáticas post traumáticas son en alto porcentaje a consecuencia de traumatismos cerrados de abdomen, y generalmente de acuerdo al tipo de lesión son de índole quirúrgica, este es un caso de una cistogastroderivación endoscópica.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 22 años de edad, con antecedente de traumatismo abdominal por traumatismo cerrado de abdomen por golpe con balón de fútbol en región epigástrica. Refiere cuadro de 4 días de evolución antes del ingreso de dolor en epigástrico de tipo puntada, de gran intensidad, que irradia a ambos hipocondrios, el cuadro se acompaña de náuseas pero no de vómitos, que no cede con la ingesta de analgésicos comunes, niega fiebre y otro síntoma acompañante.

Él asistió con dicho cuadro clínico a otro servicio por lo cual se le realizó una laparotomía exploradora donde se constata líquido serohemático + cistonecrosis + apéndice inflamado, motivo por el cual deciden el traslado a nuestro servicio.

Al ingreso en nuestro centro asistencial el paciente ingresa con buena mecánica respiratoria, hemodinámicamente estable, afebril. Los datos de valor en el laboratorio de ingreso son lipasa y amilasa en sangre elevada más de 3 veces lo normal. Se decide realizarle una tomografía con doble contraste de abdomen y pelvis en donde se constata la sección completa de la cabeza pancreática (*Figura 1*).

Al 4to día paciente presenta mala evolución, con ascenso de glóbulos blancos y con picos febriles, motivo por el cual se indica una laparotomía exploradora + drenaje de colección + lavado + secado + colocación de drenaje multiten; en donde se constata 50 cc de líquido reaccional, colección en celda pancreática de 50 cc, hematoma hepático subcapsular en segmento I, cistonecrosis a nivel de la cabeza del páncreas, necrosis grasa del ligamento falciforme. Obs: se envía muestra a anatomía patológica, que retorna material fibroleucocitario necrótico compatible con necrosis pancreática.


En el post operatorio, el paciente presenta débito de líquido pancreático a nivel de los drenajes, confirmado por laboratorio con disminución posterior y retiro de ambos drenajes. Paciente con buena evolución clínica buena tolerancia vía oral, es dado de alta con control tomográfico posterior a los 1 mes.



Figura 1: Se observa sección completa del cuello del páncreas.

Recibido: 18 julio de 2019 - Aceptado 22 julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Maximiliano Ferreira. Email: maxifer1000@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

Paciente vuelve para su control tomográfico posterior en donde se constata pseudoquiste pancreático post traumático. Queda internado y se decide realización de derivación cistogástrica por vía endoscópica (**Figura 2**). Luego se le programa su derivación cistogástrica (**Figura 3**).

Se realiza control tomográfico a las 48hs post procedimiento en donde se observa disminución de dicho pseudoquiste, con pequeñas imágenes de área difusa (**Figura 4**).

Se decide su alta médica, con las siguientes indicaciones.

- IBP c/24hs por 10 días.

- Dieta hiperproteica e hipercalórica.

- Control tomográfico a los 30 días.

En el control tomográfico posterior a los un mes se observa que la anterior colección ya no se observa; el drenaje tipo pigtail migra y probablemente es excretado por material fecal. Posteriormente es enviado de alta para su seguimiento ulterior a los 6 meses; en el cual vuelve en donde no se constata imagen alguna de alteración pancreática, se le solicita estudios para insuficiencia pancreática a los 1 año.

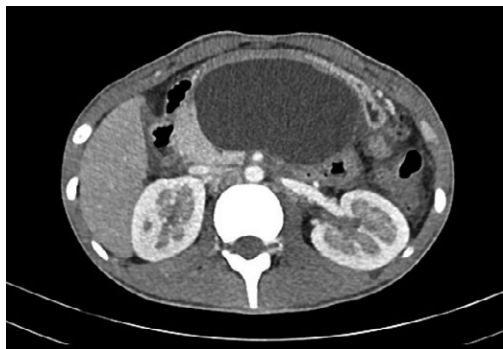


Figura 2: En el control tomográfico posterior se constata un pseudoquiste pancreático.



Figura 4: Control tomográfico posterior al procedimiento endoscópico.

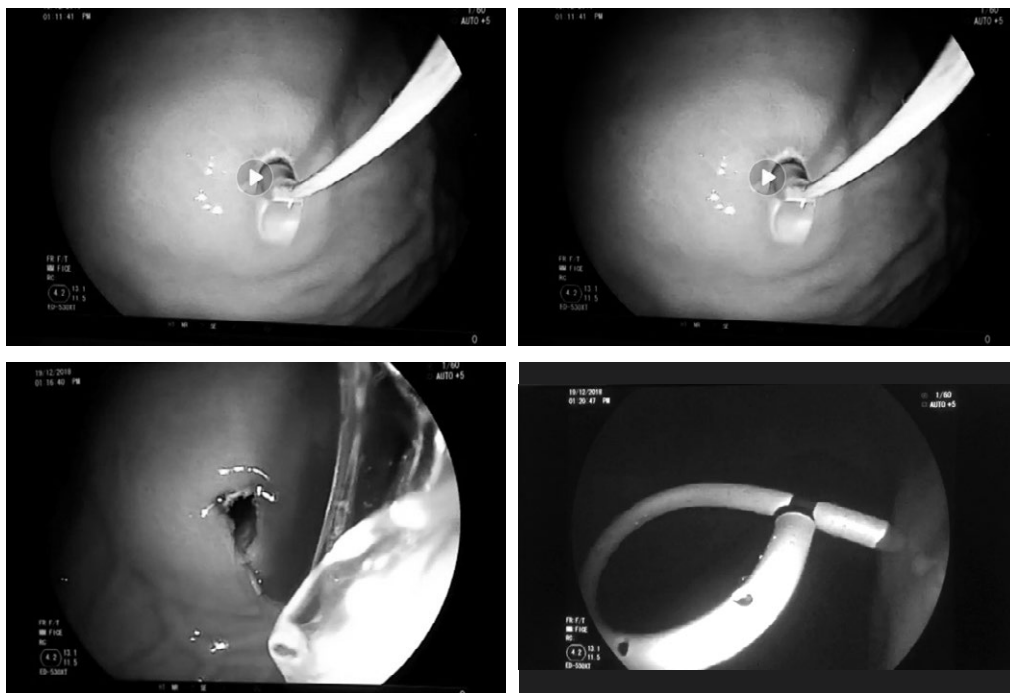


Figura 3: Derivación cistogástrica por vía endoscópica con colocación de drenaje pigtail; buen abombamiento del quiste en la cara posterior del estómago, incisión y Dilatación hidroneumática hasta 1 cm, drenaje de líquido pancreático claro.

DISCUSIÓN

En el caso reportado, es importante el antecedente de traumatismo abdominal cerrado, y la TAC que refiere sección completa de la cabeza del páncreas; las modalidades de tratamiento van desde la mera observación, en caso de descubrimiento de pseudoquistes pancreático asintomático, hasta la intervención, abierta o mínimamente invasiva. El drenaje endoscópico suele ser un tratamiento efectivo. En este caso y con los hallazgos intraoperatorios al realizar la laparotomía exploradora, y no constatar abundante necrosis, ni hallazgos sugerentes a alteración importante de la anatomía se decide el tratamiento expectante, y de acuerdo a la evolución clínica reoperar si fuera necesario; dándose una buena evolución por lo cual el paciente es reevaluado en su post operatorio media-

to y mandado de alta con controles tomográfico ulteriores.

El paciente vuelve al control por consultorio en donde refiere saciedad precoz y dispexia; se realiza una TAC simple de abdomen, en la cual se observa una gran colección líquida en la cara posterior del estómago. Por lo cual se presenta a servicio de Endoscopia y se decide su derivación cistogástrica; la cual se realiza sin complicaciones, y el posterior control tomográfico no arroja particularidades y es enviado de alta.

En conclusión el difícil manejo de este tipo de pacientes, por la forma en que se preconiza su tratamiento, que en general es agresivo; se pudiera dar a evaluar diferentes tipos de tratamientos menos invasivos de acuerdo al tipo de paciente y su evolución clínica.

REFERENCIAS

- 1- Wisner DH, Wold RL, Frey CH. Diagnosis and treatment of pancreatck injuries. Arch surg 1990; 125: 109-1133.
- 2- Nwariak Terracino A, Mileski Minsi J, Carrico J. Is octeotride benefical following pancreatk injury? The American Journal of Surgeru 1995; 170:582-5.
- 3- Cogbill TH, Moore EE, Kashuk JL. Changing trends in the management of pancreatic trauma. Arch Surg 1982; 117:722-6.