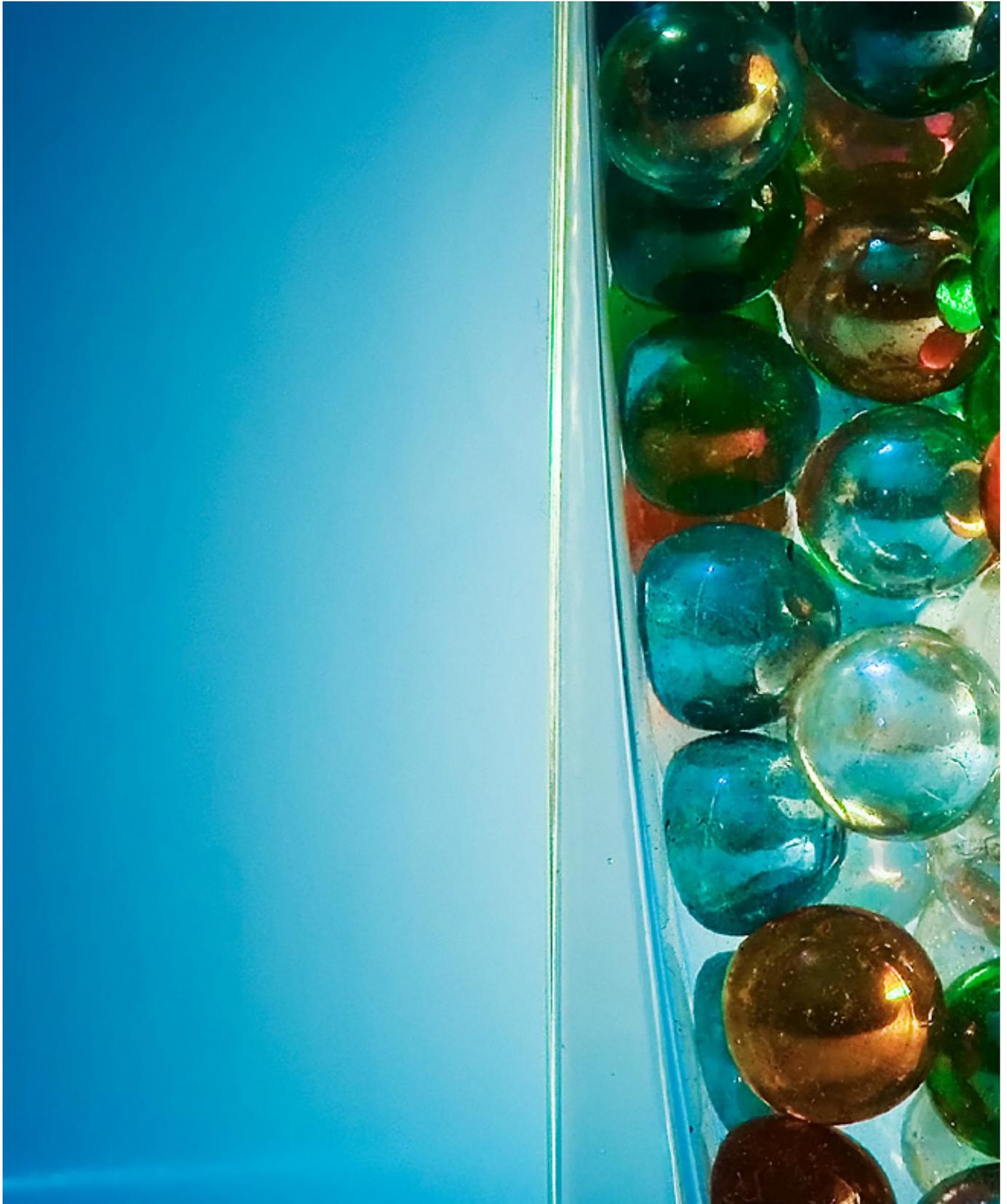




**Libros
Virtuales
IntraMed**



PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Los pseudoquistes pancreáticos (PQP) comprenden más del 80% de las lesiones quísticas del páncreas y causan complicaciones en el 7-25% de los pacientes con pancreatitis o trauma pancreático.

DEFINICIONES

PSEUDOQUISTE AGUDO: colección de fluido pancreático rico en enzimas rodeado de una pared bien definida de tejido fibroso o de granulación no epitelizada que aparecen como consecuencia de un ataque de pancreatitis aguda (PA) o trauma pancreático y que requiere 4-6 semanas para su formación.

PSEUDOQUISTE CRÓNICO: Colección de fluido pancreático rodeado de una pared no epitelizada de tejido fibroso o de granulación, que aparece como consecuencia de una pancreatitis crónica (PC) y carece de antecedentes de episodios de PA.

PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS

- ❖ **Frecuencia:** Variable y no bien establecida. Aproximadamente el 5-10% de las PA y el 10-20% de las PC desarrollan PQP.
- ❖ **Localización:** Generalmente intra o peripancreáticos. Se han descrito localizaciones inusuales (cuello, mediastino, intrahepáticos, escroto, etc)
- ❖ **Tamaño y número:** Varía desde 1-2 cm hasta 30 cm de diámetro. Generalmente son únicos (80-90%). Los múltiples a menudo se asocian a pancreatitis alcohólica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dependen principalmente de la localización y el tamaño del PQP y de la presencia o no de complicaciones. Pueden ser:

Dolor abdominal, náuseas, vómitos, saciedad precoz, ictericia, pérdida de peso, síndrome febril/sepsis, abdomen agudo/hipotensión arterial/shock hipovolémico, disnea (derrame pleural izquierdo), ascitis pancreática, hemorragia digestiva alta (trombosis de la vena esplénica asociado a HTP segmentaria y/o formación y rotura de várices gástricas)

DIAGNÓSTICO

SOSPECHA CLÍNICA

- ❖ Dolor abdominal persistente tras un episodio de PA
- ❖ Recurrencia del dolor abdominal tras resolución clínica ini-

cial de una PA

- ❖ Elevación persistente de amilasa en sangre y orina tras episodio de PA
- ❖ Aparición de masa abdominal palpable tras episodio de PA o trauma pancreático

CONFIRMACIÓN Imágenes o endoscópico

- ❖ Ecografía abdominal
- ❖ TAC de abdomen con contraste oral y endovenoso
- ❖ Ecoendoscopia (EUS)
- ❖ Colangiopancreatografía por RNM

OTROS MÉTODOS

- ❖ Punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión quística guiada por ECO, TAC o EUS para obtener líquido y analizar:
 - ▶ Aspecto
 - ▶ Viscosidad
 - ▶ Enzimas
 - ▶ Marcadores tumorales
 - ▶ Citología

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

LESIONES QUÍSTICAS DEL PANCREAS

- ❖ Pseudoquistes (80%)
- ❖ Neoplasias quísticas (10%)
- ❖ Quistes congénitos del páncreas (5%)
- ❖ Otros (5%)
 - ▶ Quiste hidatídico
 - ▶ Enfermedad de Von Hippel-Lindau.
 - ▶ Tumores neuroendócrinos
 - ▶ Enfermedad Poliquística

CONDUCTA

INDICACIONES ABSOLUTAS DE DRENAJE / RESECCIÓN

- ❖ Sintomático
- ❖ Crónico

- ❖ En fase de crecimiento
- ❖ Complicado
- ❖ No se puede descartar naturaleza neoplásica de la lesión

- ❖ No complicado
- ❖ Tamaño estable o decreciente

INDICACIONES RELATIVAS DE DRENAJE

- ❖ Duración > 6 semanas.
- ❖ Tamaño > 6 cm de diámetro
- ❖ Anomalías del ducto pancreático principal (estenosis, litiasis, disrupción)
- ❖ Pseudoquistes múltiples.

INDICACIONES DE MANEJO EXPECTANTE

- ❖ Asintomático

INDICACIONES DE CPRE

- ❖ Previo al drenaje endoscópico (permite confirmar o descartar comunicación del PQP con Wirsung) (Conducta adoptada por nuestro servicio)
- ❖ Presencia de fugas o fístulas pancreáticas
- ❖ Ascitis pancreática
- ❖ Pancreatitis crónica con sospecha de estenosis del Wirsung
- ❖ Ictericia secundaria a compresión del quiste sobre la vía biliar principal

Tratamiento

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	DRENAJE EXTERNO	Indicación	PQP pared inmadura (< 4-6 semanas de evolución)
		Morbilidad 36% Mortalidad 10% Recurrencia 18%	PQP complicados (infección, hemorragia, rotura)
	DRENAJE INTERNO	Indicación	PQP no complicados
	Opciones	PQP pared madura (> 4-6 semanas de evolución)	Quistogastrostomía
		Morbilidad 7% Mortalidad 1%	Quistoduodenostomía
	RESECCIÓN	Indicación	Quistoyeyunostomía (elección en PQ gigantes Y PQ múltiples)
		Morbilidad 19% Mortalidad 1.6%	PQP complicados Duda sobre naturaleza neoplásica de la lesión Localizados en cuerpo y cola con o sin compromiso esplénico

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	DRENAJE TRANSPAPILAR	Indicación	PQP comunicado con Wirsung PQP de pared inmadura PQP que comprimen vía biliar
		Contraindicación	Falta de comunicación del PQP con Wirsung Presencia de Pseudoaneurisma
		Éxito 78% Recurrencia 11% Escasa Morbilidad y nula mortalidad	
	DRENAJE TRANSMURAL	Condiciones	Tabique de separación Maduro (tejido fibroso) Espesor no > 2 cms.
		Opciones	C/Abombamiento parietal Quisto gastrostomía Quisto duodenostomía
			S/ Abombamiento parietal y/o HTP EUS
		Contraindicación	Presencia de pseudoaneurisma
		Recurrencia 18% 6%	En quistogastrostomía En quistoduodenostomía
		Complicaciones 20% Mortalidad <1%	hemorragia, perforación, infección añadida

TRATAMIENTO PERCUTÁNEO

CATETER

Indicación

Alternativa a la cirugía en PQP agudos con necesidad de intervención precoz (pobres candidatos a cirugía)

Contraindicación

Sospecha de malignidad
Hemorragia intraquística
Ascitis pancreática
Estenosis de Wirsung

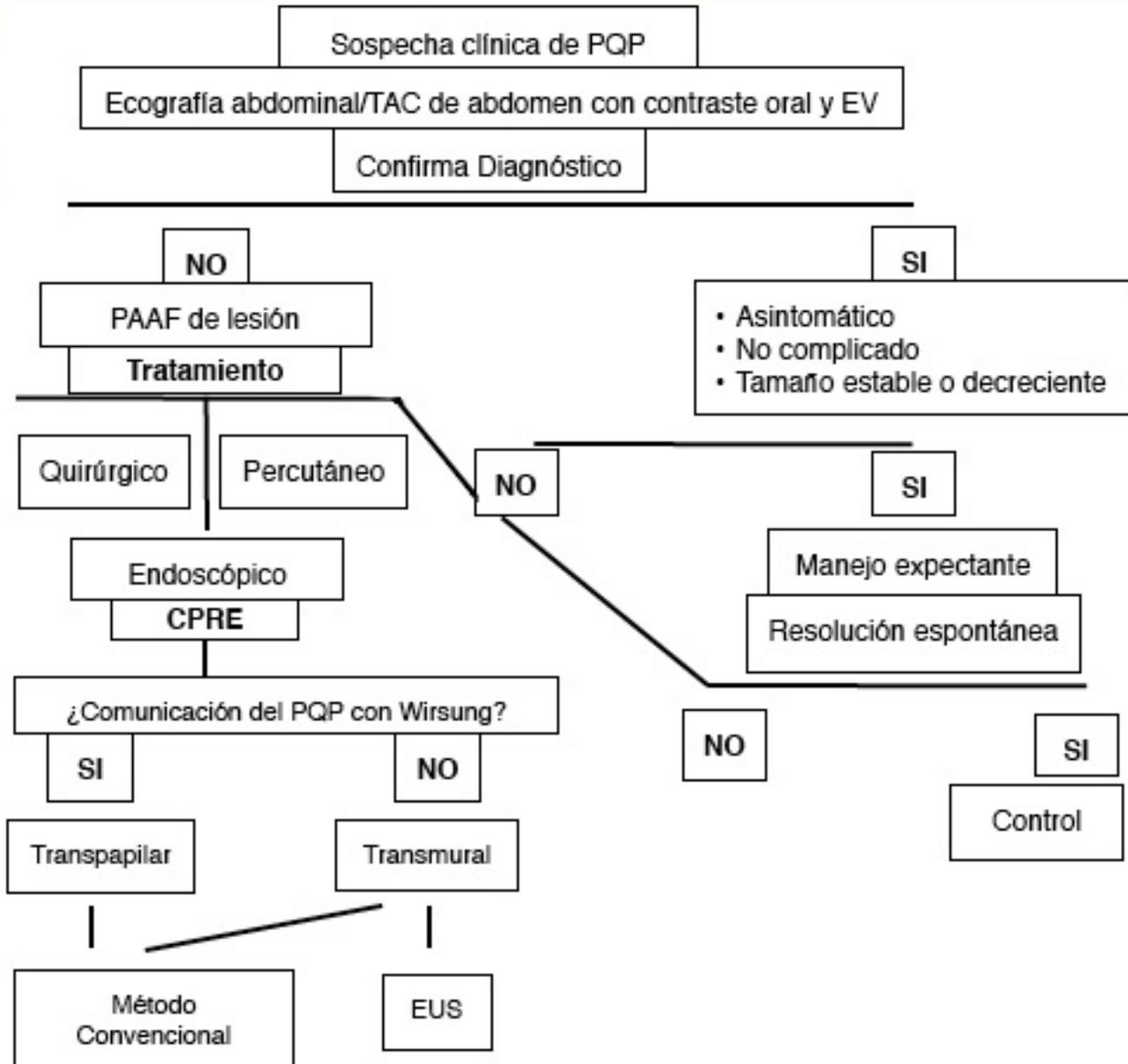
Exito 30-90%

Recurrencia 10%

Complicación 18%

Infección añadida, fistula cutánea

ALGORITMO



Bibliografía

1. Giovannini M. What is the best endoscopic treatment for pancreatic pseudocysts?. *Gastrointestinal endoscopy* 2006; 4:620-623.
2. Hookey L, debroux S, Dlhaye M, Arvanitakis M, Le Moine O, Devière J. Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques and outcomes. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006; 4:635-642.
3. Sandberg A, Dervenis C. Pancreatic pseudocysts in the 21st Century Part I: Classification, pathophysiology, anatomic considerations and treatment. *Journal of Pancreas* 2004; 5:8-18.
4. ASGE guideline: The role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inflammatory fluid collections of the pancreas. *Gastrointestinal Endoscopy* 2005; 61:363-368.
5. Boix Valverde J. Pancreatic Pseudocysts. *Gastroenterología integrada* 2000; 2:341-350.
6. Singhal D, Kakodkar R, Sud R, Chaudhary A. Issues in management of pancreatic pseudocysts. *Journal of Pancreas* 2006; 7:502-506.
7. AGA Institute. Technical review on acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2007; 132:2022-2044.