

## PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO PANCREATIC PSEUDOCYST

\*Urbina Rosero, Isabel Monserrath; \*\*Navarrete Álvarez Marco, Luis Edmundo.

\*Dra. en Medicina, Ambato, Ecuador. Correo electrónico: Monsisa\_13@yahoo.com

\*\*Dr en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía. Abogado de los Tribunales de la Republica.  
Correo electrónico: marco-navarrete@hotmail.com

### CASO CLÍNICO

**Resumen:** Paciente de 22 años, residente en el Coca con antecedente de Colecistitis al cursar su sexto mes de embarazo. Presentó epigastralgia, náusea y cefalea por lo que ingresó al Hospital del Coca con el diagnóstico de Pancreatitis Aguda por un mes sin mejoría por lo que la refieren al Hospital Provincial Docente Ambato encontrándose en los exámenes complementarios: Amilasa: 236UL; Lipasa: 219.3UL; Bilirrubina Directa: 0.41mg/dl; Bilirrubina Total: 0.64mg/dl; Glucosa: 105.2 mg/dl; Gama GT: 26 UL; Sodio: 139 mmol/L; Potasio: 3.24 mmol/dl; Cloro: 97 mmol/L. 10.2 g/dl; Hematocrito: 28.9%; Plaquetas: 271000UL. La Ecografía abdominal mostró entre sus hallazgos la presencia de Colecistitis, colelitiasis, Quiste Pancreático, por lo cual se decidió solución quirúrgica: ccistogastroanastomosis.

**Palabras clave:** Pseudoquiste, colecistitis, pancreatitis, colangiografía, citogastroanastomosis.

**Abstract:** Patient of 22 years, resident in the Coca with a history of cholecystitis when attending her 6th month of pregnancy. She presented with epigastralgia, nausea and headache. She was admitted to the Coca Hospital with the diagnosis of acute pancreatitis for one month without improvement and, therefore, they refer to the Ambato Teaching Provincial Hospital where she presented: \* Blood Chemistry: Amylase: 236 UL; Lipase: 219.3 UL; Direct Bilirubin: 0.41 mg / dl; Bilirubin Total: 0.64 mg/dl; Glucose: 105.2 mg/dl; GT Range: 26 UL; Sodium: 139 mmol/L; Potassium: 3.24 mmol/dl; Chlorine: 97 mmol/L. \* Hematologic Biometrics: Leukocytes: 14820 UL; Neutrophils: 88.7%; Hemoglobin: 10.2 g/dl; Hematocrit: 28.9%; Platelets: 271000 UL. \* Abdominal echo reports: Cholecystitis, cholelithiasis, Pancreatic Cyst. Surgical resolution was decided, cystogastroanastomosis.

**Keywords:** Pseudocyst, cholecystitis, pancreatitis, cholangiography, citogastroanastomosis.

### INTRODUCTION

El pseudoquiste pancreático (PQP) consiste en una acumulación de líquido como complicación de los cuadros de pancreatitis aguda o crónica. La incidencia es de 1:100,000/año y la prevalencia de 6,0% a 18,5%. Aparece en 20 a 40% de los casos de pancreatitis crónica, 70 a 78% de pancreatitis alcohólica, 6 a 16% de pancreatitis crónica idiopática y 6 a 8% en casos de pancreatitis de etiología biliar. El trauma es responsable del 3 a 8% de los PQP en adultos y de casi todos los PQP en niños, resultado de inflamación pancreática o disrupción ductal. (1)

La frecuencia durante el embarazo es muy baja (uno por cada 60.000 partos), por lo cual el manejo de esta condición no está estandarizado. La endoscopia ofrece varias posibilidades de tratamiento: colocación de un stent (transmural o transpapilar), abordaje transgástrico o transduodenal y la combinación de algunas de ellas.

La tasa reportada de éxito de estos procedimientos es superior al 80%, lo cual es similar a la cirugía. (2)

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina, 22 años, nacida en Riobamba

y residente en el Coca, casada, mestiza, evangélica, ama de casa, instrucción secundaria completa, grupo sanguíneo A Rh +.

Antecedentes Patológicos Personales: Colecistitis en enero del año 2015, sin tratamiento por presentar embarazo de 6 meses.

Consulta en Julio por dolor abdominal, náusea y vómito por lo que fue ingresada en el Hospital del Coca con diagnóstico de Pancreatitis Aguda sin encontrar mejoría por lo que solicitan alta; 15 días posterior a esto acude al hospital por presentar dolor abdominal localizado en epigastrio, tipo cólico, con irradiación a región lumbar, de moderada intensidad que disminuye al decúbito, acompañado de náusea que llega al vómito por varias ocasiones en moderada

cantidad y cefalea, por lo que es hospitalizada nuevamente por 16 días, sin mejoría; le realizan colangiografía diagnóstica diagnosticando Pancreatitis Aguda y Pseudoquistes Pancreáticos por lo que le refirieron a un Hospital de Segundo Nivel.

Sus parámetros vitales en el momento del ingreso estaban normales, excepto una hipertermia de 38,7°C. El resto del examen físico mostró: Fascie álgica, palidez generalizada, mucosas orales semihúmedas, Abdomen: Globoso, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio con irradiación a región lumbar, se palpa masa dura de +/- 10 x 4cm a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, no móvil, no doloroso. RHA ligeramente aumentados.

**Tabla 1.- Biometría Hemática**

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	14,820	4.000-10.000
Neutrófilos	88.7%	50-70
Hemoglobina	10.2g/dL	11-16
Hematocrito	28.9%	37-54
Plaquetas	271.000	150.000-450.000

Fuente: Historia clínica

**Tabla 2.- Química Sanguínea**

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Glucosa Basal	105.2mg/dL	74 -106
Urea	11.1mg/dL	16.6 – 48.5
Creatinina	0.58 mg/dL	0.70 – 1.20
Nitrógeno Ureico	5	6 – 20
Colesterol	87.8 mg/dL	0 – 200
Triglicéridos	58.6 mg/dL	107 – 143
Bilirrubina Total	0.649 mg/dL	0.0 – 1.4
Bilirrubina Directa	0.413 mg/dL	0.0 – 0.30
Proteínas Totales	6.25 g/dL	6.6 – 8.7
Albumina	3.10 mg/dL	3.97 – 4.94
Amilasa	236 U/L	28 – 100
Lipasa	219.3 U/L	13 – 60
Fosfatasa Alcalina	110 U/L	40 – 130
Gama GT	26 U/L	10 – 71

Fuente: Historia clínica

**Tabla 3.- Electrolitos**

Sodio	139 mmol/L
Potasio	3.24 mmol/L
Cloro	97mmol/L
Calcio	7.60 mg/dL

Fuente: Historia clínica

**Tabla 4.- Uroanálisis**

Parámetro	Resultados
Densidad	1025
pH	5
Proteínas	30 mg
Piocitos	3-5 por campo
Bacterias	+
Aspecto	Amarillo turbio
Eritrocitos	0-1
Cetonas	++
Urobilinogenos	++
Moco	+++

Fuente: Historia clínica

**Imagen 1.- ECO DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES**



Comprometiendo la cabeza y cuerpo del páncreas se advierte, imagen quística alargada de 13.9 x 6.7 cm, con imágenes ecogénicas en su interior, con pared delimitante. Vesícula de pared de 3mm con varias imágenes litiascas de tamaño entre 4 a 8 mm. Colédoco no dilatado de 2.8 mm. IDG: Colecistitis, coledocitis, vías biliares no dilatadas. Quiste pancreático.

**Imagen 2.- TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE ABDOMEN.**

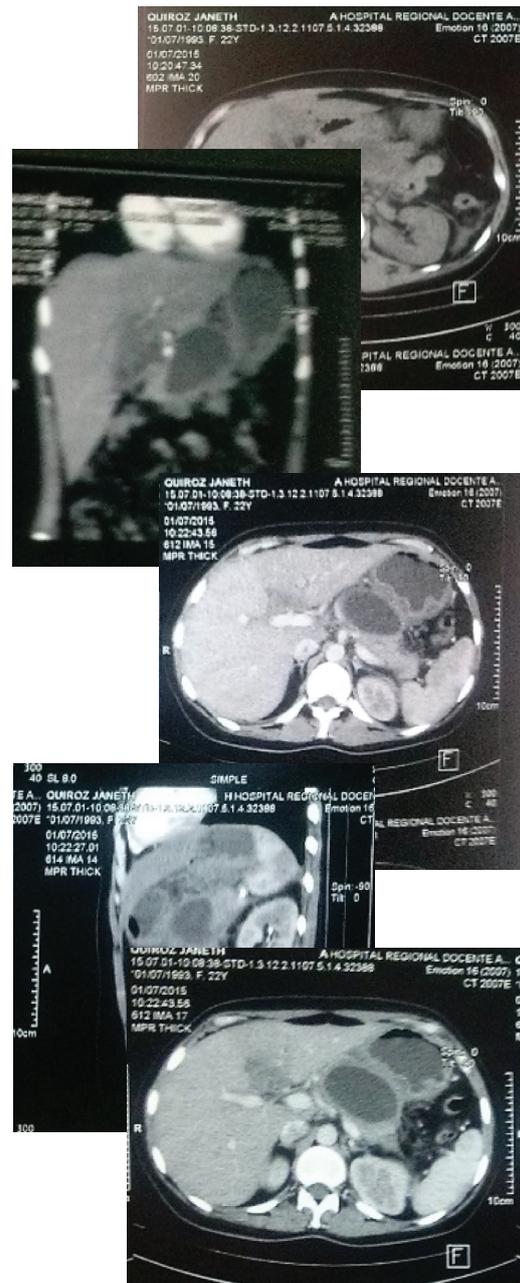


Imagen quística con pared bien definida, contenido líquido, en el sector anterior del epigastrio (asterisco) y pequeña imagen líquida conectando con la cara anterior del páncreas en el cuerpo. Pseudoquiste Pancreático.

El 03/07/2015 la paciente ingresa al quirófano para resolución del pseudoquiste pancreático. Se identificó la cara posterior del estómago y se realizó la apertura de esta logrando acceder al pseudoquiste pancreático para su drenaje

encontrándose 500 ml de contenido purulento, detritus y tejido pancreático necrótico. Posterior a esto se realizó una cistogastroanastomosis y comprobación de su permeabilidad, colocación de sonda nasogástrica hacia duodeno, cierre de pared anterior de estómago, colocación del dren de Jackson Pratt y cierre de pared.

La evolución posquirúrgica es adecuada, obteniéndose evolutivamente:

**Tabla 5.- Biometría Hemática**

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	7600	4.000-10.000
Neutrófilos	88.7%	50-70
Eosinófilos	8.7%	0.5-5.0
Hemoglobina	8.4g/dL	11-16
Hematocrito	25.6%	37-54
Plaquetas	243.000	150.000-450.000

Fuente: Historia clínica

**Tabla 6.- Tiempos de Sangría**

Parámetro	Resultado
Tiempo de Protrombina	11 seg
Tiempo de Tromboplastina Parcial	49 seg
International Normalized Ratio	1.13

Fuente: Historia clínica

**Tabla 6.- Tiempos de Sangría**

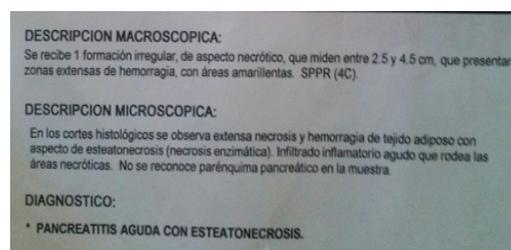
Parámetro	Resultado
Glucosa Basal	63.3mg/dL
Urea	13.1mg/dL
Creatinina	0.45 mg/dL
Nitrógeno Ureico	1

Fuente: Historia clínica

**Tabla 8.- Electrolitos**

Parámetro	Resultado
Sodio	139 mmol/L
Potasio	3.72 mmol/L
Cloro	104.5 mmol/L

Fuente: Historia clínica



Se decide el alta hospitalaria en su sexto día de evolución posquirúrgica con el diagnóstico de Colecisto Pancreatitis complicada con Pseudoquiste Pancreático.

## DISCUSIÓN

La paciente debuta con un dolor a tipo cólico en epigastrio con irradiación a región lumbar, durante su sexto mes de embarazo. La pancreatitis en el embarazo es generalmente idiopática, pero se puede asociar a colelitiasis, alcohol, hiperlipoproteinemia, infestación por áscaris e hiperparatiroidismo. (2)

Las formas agudas (<6 semanas) suelen resolverse espontáneamente en más del 40% de casos; los PQP crónicos (>6 semanas) habitualmente no desaparecen espontáneamente y tienen mayor riesgo de complicaciones. El 90% de los PQP menores de 4 cm, pero sólo 20% de los PQP mayores de 6 cm, se resuelven espontáneamente; más del 65% de los mayores de 6 cm de diámetro se operan, en comparación con sólo el 40% de los de menor tamaño. (1) La imagen encontrada por eco en el caso presentado nos habla de un quiste alargado de 13.9 x 6.7cm por lo que necesitó de resolución quirúrgica.

Los parámetros bioquímicos tienen un valor limitado porque son inespecíficos y la mayoría de los pacientes tiene concentraciones de amilasa y lipasa elevada, mientras que las pruebas de funcionamiento hepático se encuentran dentro de parámetros normales, salvo en obstrucción biliar. (3)

La Tomografía es el estudio de elección por su sensibilidad de 82 a 100% y especificidad de 98%. Se pueden ver como lesiones redondeadas, bien delimitadas con contenido hipoeoico, homogéneo de tamaño muy variable. Aunque suelen ser uniloculares en ocasiones presentan septos fibrosos. Esta imagen en un paciente con historia de pancreatitis es patognomónica de Pseudoquiste Pancreático. (3)

El drenaje endoscópico es el procedimiento de elección. Permite la visión en tiempo real de la colección y la aguja, evitando la punción

accidental de estructuras adyacentes y logrando la resolución del pseudoquiste en la gran mayoría. En la última década se ha desarrollado un nuevo modelo de ecoendoscopio que combina una visión frontal tanto endoscópica como ecográfica que permite la salida de la instrumentación a través del canal de trabajo de forma paralela al eje longitudinal del endoscopio. En los últimos años, expertos en el tema han sugerido que estas modificaciones podrían mitigar las dificultades asociadas a la angulación del ecoendoscopio lineal, al permitir acceder a las colecciones de forma perpendicular a las mismas. (4).

## CONCLUSIÓN

La acuciosidad en el diagnóstico y la conducta terapéutica apropiada garantizaron la resolutiveidad de una Colecisto Pancreatitis complicada con Pseudoquiste pancreático en el embarazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santiago, Aguilar, Gonzales y Sánchez, 2016. Pseudoquiste pancreático post-traumático en tauromaquia. 68 (2), 173-175.
2. Reyna Villasmil, 2014. Seudoquiste pancreático y embarazo. A propósito de un caso, clínica e investigación en ginecología y obstetricia. clínica e investigación en ginecología y obstetricia. Elsevier Y Doyma, 402, 1-3. (2)
3. Guardado Bermúdez y colaboradores, 2014. Pseudoquiste pancreático. Revisión y reporte de caso. Cirugía y Cirujanos, 82 (4), 425-431. (3)
4. Fernandez, Cañete, Sanz, Ferreiro, Albillos y Vázquez, 2016. Drenaje de pseudoquiste pancreático mediante un nuevo ecoendoscopio sectorial de visión frontal. 108 (10), 60 – 683. (4)

