



Revista Chilena de Cirugía
ISSN: 0379-3893
editor@cirujanosdechile.cl
Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

Santiago, Fátima; Aguilar, Alberto Tadeo; González, Gabriela; Sánchez-Valdivieso, Enrique A.

Pseudoquiste pancreático post-traumático en tauromaquia
Revista Chilena de Cirugía, vol. 68, núm. 2, abril, 2016, pp. 173-175
Sociedad de Cirujanos de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345546299011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASOS CLÍNICOS

PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POST-TRAUMÁTICO EN TAUROMAQUIA*

Drs. Fátima Santiago¹, Alberto Tadeo Aguilar², Gabriela González², Enrique A. Sánchez-Valdivieso^{1,3}

¹ Servicio de Cirugía, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, Secretaría de Salud.

² Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Coatzacoalcos "Valentín Gómez Farías", Secretaría de Salud.

³ Departamento de Investigación, Licenciatura en Médico Cirujano, Universidad Cristóbal Colón. Veracruz, México.

Abstract

Traumatic pancreatic pseudocyst in the tauromaquia

Aim: Here we present a case associated with closed abdominal trauma. **Case report:** Male 21 years old with history of abdominal trauma when riding a bull, managed conservatively with analgesics and antibiotics. Two months later he presented an abdominal painful mass located in epigastrium and middle abdomen. Abdominal USG and CT scan showed the presence of a tumor dependent of the pancreatic tail, with regular margins, compatible with pancreatic pseudocyst; surgical management was decided performing cysto-gastro anastomosis. **Conclusion:** This clinical report represent traumatic origin of some pancreatic pseudocysts, surgical indication needs to be personalized.

Key words: Pancreatitis, pancreatic pseudocyst, cystogastroanastomosis.

Resumen

Objetivo: Presentamos aquí un caso de pseudoquiste de páncreas asociado a traumatismo abdominal cerrado. **Caso clínico:** Paciente masculino de 21 años de edad que recibe traumatismo directo sobre abdomen por un toro y es manejado de forma conservadora con analgésicos y antibióticos. Dos meses después presenta nuevamente dolor abdominal y aumento de volumen en epigastrio y mesogastrio. El ultrasonido y la TC abdominal evidencian imagen compatible con pseudoquiste pancreático realizándose cistogastroanastomosis. **Conclusión:** El caso representa la etiología traumática de algunos pseudoquistes de páncreas; las indicaciones quirúrgicas necesitan ser individualizadas.

Palabras clave: Pancreatitis, pseudoquiste pancreático, trauma abdominal, cistogastroanastomosis.

*Recibido el 6 de julio de 2015 y aceptado para publicación el 16 de septiembre de 2015.

Conflictos de interés: Ninguno

Correspondencia: Dr. Enrique A. Sánchez-Valdivieso
easanchezv@gmail.com

Introducción

El pseudoquiste pancreático (PQP) es una acumulación de líquido como complicación de los cuadros de pancreatitis aguda o crónica. La incidencia del PQP es de 1:100,000/año y la prevalencia de 6,0% a 18,5%¹. El PQP aparece en 20 a 40% de los casos de pancreatitis crónica, 70 a 78% de pancreatitis postalcohólica, en 6 a 16% de pancreatitis crónica idiopática y 6 a 8% en casos de pancreatitis de etiología biliar¹. Causas poco frecuentes son los traumatismos: El trauma es responsable del 3 a 8% de los PQP en adultos y de casi todos los PQP en niños², resultado de inflamación pancreática o disrupción ductal.

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. Según el tamaño, 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 tamaño³. Los PQP debidos a pancreatitis crónica se resuelven espontáneamente en un 9% pero los secundarios a traumatismo tienen el menor porcentaje de regresión espontánea³. Siendo el traumatismo una de las causas menos comunes del pseudoquiste pancreático y a pesar de contar en la actualidad con estas técnicas de drenaje menos invasivas, el drenaje quirúrgico abierto es una opción inicial para el manejo, sobre todo en nuestra región, en donde los métodos menos invasivos no siempre están disponibles. Presentamos aquí uno de tales casos.

Caso clínico

Paciente masculino de 21 años de edad, sin antecedentes crónico degenerativos o quirúrgicos, de oficio jinete de charrería, con hábito etílico y tabaquismo ocasional, que inicia su padecimiento posterior a traumatismo directo sobre abdomen al montar un toro (jaripeo); es manejado conservadoramente a su ingreso con analgésicos y antibióticos y egresado a las pocas horas por mejoría del dolor. Dos meses después reingresa por dolor abdominal moderado, constante, dificultad respiratoria, intolerancia al decúbito y sensación de plenitud posprandial. Sus signos vitales son: TA 130/70 mm Hg, 26 respiraciones/min, 104 latidos/min y temperatura 36,5 °C. A la exploración, campos pulmonares con hipoaeración basal izquierda, el área precordial es normal, la peristalsis está disminuida y el abdomen es blando y depresible, siendo evidente una masa desde



Figura 1. Fotografía clínica en donde resulta evidente desde la inspección una masa que ocupa gran parte del abdomen, desde mesogastrio hasta flanco y fosa ilíaca izquierda.

mesogastrio hasta flanco y fosa ilíaca izquierda (Figura 1); se intensifica el dolor a la palpación media en el sitio de la masa. El ultrasonograma (USG) abdominal demostró aumento de volumen en cola del páncreas por la presencia de gran tumor ovoideo de bordes regulares (Figura 2A). En la Tomografía Axial Computada (TC) se evidencia tumoración de contenido homogéneo y paredes regulares que rechaza estómago y pared abdominal izquierda (Figura 2B). Los exámenes de laboratorio fueron: glucemia 110 mg/dl, urea 60, amilasa 409 U/L, hemoglobina 12,6 g/dl, hematocrito 39,5%, plaquetas 847.000, leucocitos 9.000/ml con 87% de neutrófilos.

A la laparotomía se observa PQP gigante conteniendo aproximadamente 5.000 ml de líquido, que abarca hasta la región inguinal izquierda, con compresión extrínseca de pared posterior de estómago, realizándose drenaje interno de pseudoquiste (cistogastroanastomosis). La evolución postquirúrgica es muy buena y el paciente actualmente se encuentra vivo y bien.

Discusión

El PQP colecta jugo rico en enzimas, ocasionado por la ruptura de los conductos. En el adulto un porcentaje de aproximadamente 3 a 8% se desarrolla por un traumatismo pancreático. Los PQP pueden ser únicos (90% de los casos) o múltiples. El cuadro clínico depende en parte de la localización y del tamaño del pseudoquiste; cuando son mayores de 4 cm suelen originar dolor epigástrico o irradiado en cinturón, náuseas, vómitos y anorexia o clínica de obstrucción de víscera hueca con distensión

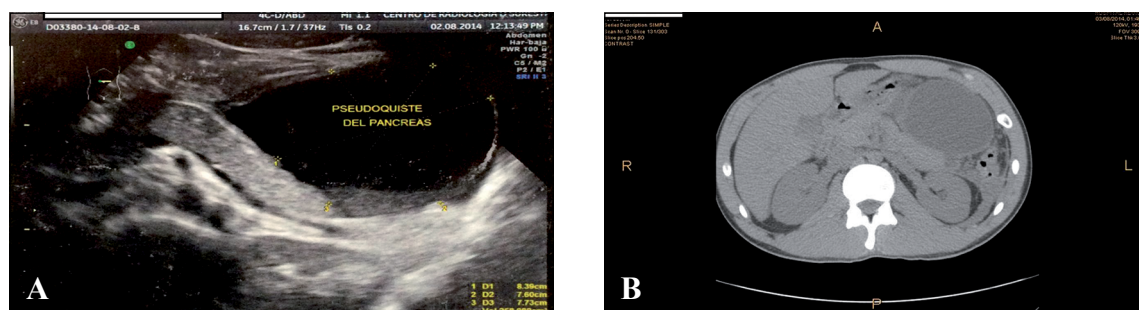


Figura 2. A) Ultrasonograma abdominal que muestra gran masa ovoidea y quística de bordes regulares en cola del páncreas; B) Tomografía axial computada abdominal que evidencia tumoración de contenido homogéneo y paredes regulares que rechaza estómago y pared abdominal izquierda.

abdominal o ictericia⁴. Ante la sospecha clínica, la ecografía abdominal suele confirmar el diagnóstico y permite conocer con exactitud el tamaño del pseudoquiste. También son útiles la TC y la endoscopia; la TC demuestra la relación con la pared gástrica y la extensión. En este caso, el paciente acudió dos meses después de un internamiento previo, ya con sintomatología obstructiva a nivel gástrico, aumento de volumen evidente a nivel abdominal y dolor. El tiempo de evolución, la severidad de las manifestaciones clínicas y la imagenología son la pauta para considerar el tratamiento apropiado. Transcurridas 6 semanas desde el diagnóstico se consigue la madurez de la pared con formación de una estructura fibrótica estable que encapsula la colección líquida. Antes de las 6 semanas sólo se tratan los PQP mayores de 4-5 centímetros de diámetro muy sintomáticos.

Las modalidades de tratamiento van desde la mera observación, en caso de descubrimiento fortuito de un PQP asintomático, hasta la intervención, abierta o mínimamente invasiva. El drenaje endoscópico suele ser un tratamiento efectivo⁴.

Si aparece una complicación hemorrágica o séptica, ruptura o dudas sobre su benignidad, es aconsejable el tratamiento quirúrgico, que suele ser la anastomosis con un órgano de vecindad³. Según la topografía del pseudoquiste, son posibles tres técnicas: derivaciones al estómago, al duodeno o a un asa de intestino delgado⁵. La cistogastrostomía⁶ sólo está indicada en los pseudoquistes que abomban la pared posterior gástrica, procedimiento que fue realizado en nuestro paciente, pues se demostró la cercanía entre el quiste y la pared posterior del estómago, llevándose a cabo sin complicaciones, a pesar de las tasas de complicaciones reportadas (5%). Las alteraciones a nivel proximal del conducto pancreático requieren manejo quirúrgico usando resección o drenaje interno, dependiendo de la madurez de la pared del pseudoquiste⁷. Por lo tanto, las indicacio-

nes quirúrgicas necesitan ser individualizadas. En nuestro conocimiento se trata este de un caso inédito asociado a la tauromaquia, que debería considerarse dentro del diagnóstico diferencial.

Conclusión

Los PQP pueden ocurrir secundarios a traumatismos sobre el órgano. Su tratamiento es el drenaje cuando son sintomáticos, si bien la regresión se puede presentar hasta en 50% por lo que se recomienda un período de vigilancia mínimo de 6 semanas, tiempo requerido para la formación de una pared sólida que permita la cirugía. El drenaje quirúrgico abierto se mantiene como opción de manejo donde los métodos menos invasivos no están disponibles. La tauromaquia se agrega como causa del PQP de origen traumático.

Referencias

1. Bermúdez GF, Turrubiates AA, Ardisson ZF. Pseudoquiste pancreático. Revisión y reporte de caso. *Cir Cir*. 2014;82:425-31.
2. Musharaf HA, Aurieff MA. Traumatic pancreatic pseudocyst. *Saudi J Gastroenterol*. 1996;2:160-3.
3. Valverde BJ. Pancreatic pseudocysts. *Gastroenterol Integr*. 2000;1:341-50.
4. Pérez TE, Bernal SF, García GV. Diagnóstico y tratamiento de los pseudoquistes del páncreas en el servicio de gastroenterología del Hospital general de México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2005;68:76-81.
5. Boudet M, Bataille N, Fagniez P. Traitement chirurgical des fauz kystes du pancreas (en dehors des exérèses). *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris, France), Techniques chirurgicales-Appareil digestif* 40-886, 1996, 8p.
6. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol*. 2009;15:38-47.
7. Lewis G, Krige JE, Bormann PC, Terblanche J. Traumatic pancreatic pseudocysts. *Br J Surg*. 1993;80:89-93.