



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Drenaje espontáneo de pseudoquiste pancreático en el colon Spontaneous drainage of a pancreatic pseudocyst into the colon

Los pseudoquistes pancreáticos se desarrollan en aproximadamente el 2% de los pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Aunque la complicación más frecuente de estos es la ruptura espontánea, esta tan solo se presenta en el 5% de los casos¹. La mitad de las perforaciones tienen lugar en la cavidad peritoneal, mientras que el resto drenan de forma espontánea en vísceras huecas, más frecuentemente en estómago, duodeno o colon². Se han descrito, igualmente, drenajes espontáneos de pseudoquistes en cavidad pleural, en esófago y en vena porta³.

Se presenta el caso de un paciente varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, angina estable grado II por enfermedad coronaria de 3 vasos e insuficiencia mitral y tricuspídea graves, el cual ingresa en el Servicio de Cirugía Cardíaca para intervención quirúrgica programada, realizándose un triple *by-pass* y anuloplastia mitral y tricúspide bajo circulación extracorpórea. Ingreso postoperatorio inmediato en UCI donde evoluciona sin incidencias. En el segundo día postoperatorio, el paciente presenta cuadro de dolor abdominal difuso de predominio en hemiabdomen superior, por lo que se solicita una analítica urgente que demuestra una elevación de amilasas y lipasas diagnóstica de pancreatitis aguda y un TC de abdomen que objetiva infiltración de la grasa peripancreática, discreto aumento del tamaño de la cabeza pancreática y escasa cantidad de líquido perirrenal, compatible con pancreatitis aguda grado B de Balthazar. Posteriormente presenta empeoramiento clínico con agravamiento de la función renal e insuficiencia respiratoria requiriendo ventilación no invasiva. Dada la evidente no mejoría clínica, a los 7 días se solicita un nuevo TC de abdomen que informa de la aparición de colecciones peripancreáticas. Posteriormente, el paciente presenta cierta mejoría clínica con tolerancia oral pero descenso progresivo de la hemoglobina hasta valores de 7 g/L, lo cual requiere trasfusión de hematíes. A las 2 semanas, se realiza nuevo TC de abdomen de control que objetiva la formación de un pseudoquiste pancreático de 17 x 16 x 14 cm en la transcavidad de los epiplones con signos atribuibles a sangrado en su interior. Igualmente, este presenta íntima relación con la arteria esplénica sin signos radiológicos de sangrado activo en ese momento (fig. 1).

En los días posteriores el paciente se mantiene hemodinámicamente estable y es trasladado a sala de Cirugía General, donde presenta un cuadro de dolor abdominal y episodios de rectorragias autolimitadas con un TC de abdomen que informa de pseudoquistes localizados en el cuerpo y cola pancreáticos, el mayor con un nivel hidroaéreo en su interior sugiriendo una fistulización espontánea de este en tubo digestivo, probablemente en colon transversal (fig. 2). Se inicia cobertura antibiótica empírica. Debido a que el episodio de sangrado del pseudoquiste no se repite y el paciente presenta una evolución clínica favorable con TC de abdomen de control que demuestra una disminución progresiva del tamaño del pseudoquiste, se decide el alta y controles en dispensario de Cirugía.

En la literatura existen escasas referencias sobre el drenaje espontáneo de pseudoquistes pancreáticos en vísceras huecas y únicamente en forma de casos clínicos. La ruptura libre del pseudoquiste en cavidad abdominal se relaciona con una elevada mortalidad, mientras que el drenaje de este en el tracto gastrointestinal puede presentarse con una amplia sintomatología, desde dolor abdominal, náuseas y vómitos a un cuadro de hematemesis o rectorragias francas. La principal causa de muerte en estos pacientes es la hemorragia masiva. Otras complicaciones son la sepsis secundaria a la infección de la cavidad quística por colonización de bacterias del colon y la ruptura libre en cavidad después de la infección de este⁴. Un pseudoquiste pancreático sangrante es una complicación que puede ser letal y que requiere, en muchas ocasiones, de una cirugía urgente⁵. Aunque han sido descritas varias técnicas quirúrgicas para los pseudoquistes sangrantes, como la pancreatectomía distal con esplenectomía; la pancreatoduodenectomía cefálica para las lesiones sangrantes de la cabeza pancreática, o la sutura del punto sangrante, dificultosa debido a las características friables o inflamatorias del tejido⁶, recientemente el tratamiento de los pseudoquistes sangrantes suele ser más conservador. Varios casos han demostrado la efectividad de la angiografía con embolización, sirviendo esta igualmente para disminuir el sangrado y proporcionar tiempo para una decisión quirúrgica en mejores condiciones del paciente en caso de ser finalmente necesaria⁷.

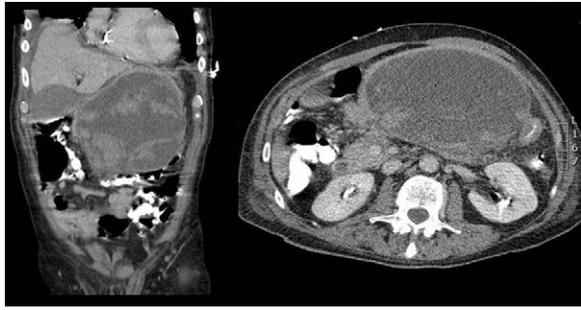


Figura 1 – Imagen de TC correspondiente a pseudoquiste pancreático al momento del diagnóstico.

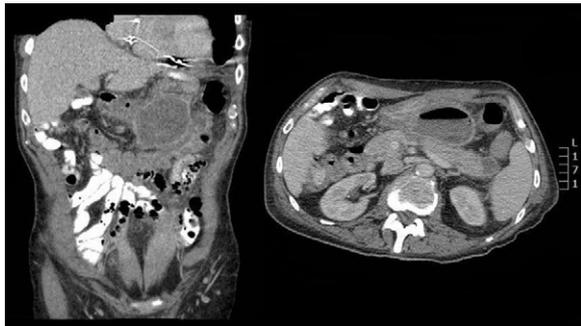


Figura 2 – Imagen residual del pseudoquiste pancreático posterior al drenaje espontáneo a colon.

En conclusión, la ruptura espontánea de un pseudoquiste en colon es una complicación poco frecuente y que puede conducir a la muerte del paciente si se acompaña de un pseudoaneurisma sangrante en su interior, el cual suele presentarse como un sangrado franco. En caso de repercusión hemodinámica y no autolimitarse el sangrado, la combinación de la angiografía con embolización y la cirugía suele ser el tratamiento más apropiado para reducir la elevada tasa de mortalidad de estos pacientes. Por el contrario, el caso presentado se manifestó en primer lugar con una anemia secundaria a sangrado en el interior del pseudoquiste, requiriendo únicamente transfusión de hemáties y en

segundo lugar, a las 2 semanas el paciente presentó rectorragias autolimitadas a las 48 horas coincidiendo con la fistulización del pseudoquiste al tubo digestivo objetivado por TC y correspondiendo estas al vaciado en colon del contenido hemático del pseudoquiste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balfour JF. Pancreatic pseudocysts: Complications and their relation to the timing of treatment. *Surg Clin North Am.* 1970;50:395-402.
2. Rosen RJ, Terplick SK, Shapiro JH. Spontaneous communication between a pancreatic pseudocyst and the colon: Unusual clinical and radiographic presentation. *Gastrointest Radiol.* 1980;5:353-5.
3. Clements JL, Bradley EL, Eaton SB. Spontaneous internal drainage of pancreatic pseudocysts. *AJR.* 1976;126:985-91.
4. Elliott D. Pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am.* 1975;55:339-62.
5. Bresler L, Boissel P, Grosdidier J. Major hemorrhage from pseudocysts and pseudoaneurysms caused by chronic pancreatitis: surgical therapy. *World J Surg.* 1991;15:649-53.
6. Urakami A, Tsunoda T, Kubozoe T, Takeo T, Yamashita K, Imai H. Rupture of a bleeding pancreatic pseudocyst into the stomach. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2002;9:383-5.
7. Woods MS, Traversa LW, Kozarek RA, Brandabur J, Hauptmann E. Successful treatment of bleeding pseudoaneurysms of chronic pancreatitis. *Pancreas.* 1995;10:22-30.

Laia Estalella*, Franco Marinello, Jose Antonio González, Manuel Rodríguez y Vicente Artigas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: LEstalella@santpau.cat (L. Estalella).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.04.028

Utilización de malla autoadhesiva en la hernioplastia inguinal por vía endoscópica transabdominoperitoneal

Use of a self-adhesive mesh in inguinal herniorrhaphy by a trans-abdominal-peritoneal endoscopic approach

Presentamos el caso de una mujer de 48 años de edad, sin antecedentes, diagnosticada de hernia inguinal bilateral que se propuso para hernioplastia inguinal bilateral laparoscópica mediante abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP). La

indicación del abordaje laparoscópico en esta paciente fue la bilateralidad de la hernia y la tendencia a realizar técnicas preperitoneales en mujeres para cubrir tanto el orificio inguinal como el crural.