



PREGUNTAS Y RESPUESTAS/ENDOSCOPIA

Ante un paciente al que se le ha realizado un drenaje de un pseudoquiste de páncreas mediante una quistogastrostomía endoscópica o ecoendoscópica y la colocación de una prótesis entre el estómago y el pseudoquiste, ¿cuál será el momento más adecuado para retirar estas prótesis?

In a patient who has undergone drainage of a pancreatic pseudocyst through endoscopic/ultrasound-guided endoscopic cystogastrostomy and prosthesis placement between the stomach and pseudocyst, when is the optimal moment to withdraw these prostheses?

Julio Iglesias-García* y J. Enrique Domínguez-Muñoz

Servicio de Aparato Digestivo, Fundación para la Investigación en Enfermedades del Aparato Digestivo (FIENAD), Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España
Disponible en Internet el 17 de abril de 2009

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos son la complicación más frecuente de las enfermedades inflamatorias del páncreas, tanto pancreatitis aguda como pancreatitis crónica. El drenaje de un pseudoquiste pancreático está indicado siempre que éste produzca síntomas o que haya o se sospeche alguna complicación. Las complicaciones más frecuentes de los pseudoquistes que obligan a su drenaje incluyen infección y compresión que éste ejerza sobre estructuras vecinas, como grandes vasos, área gastroduodenal y por vía biliar. Aunque clásicamente se atendía al tamaño del pseudoquiste como una indicación para su drenaje (habitualmente cuando su diámetro era superior a 6 cm), en la actualidad el tamaño no es indicación per se de tratamiento¹⁻⁴. No obstante, la relación directa existente entre el tamaño del pseudoquiste y el riesgo de complicacio-

nes hace que la indicación de drenaje se establezca casi siempre en lesiones de gran tamaño.

El drenaje endoscópico de un pseudoquiste pancreático se puede realizar por vía transpapilar, en el contexto de una pancreatografía retrógrada endoscópica, o por vía transmural (transgástrica o transduodenal), preferiblemente bajo control ecoendoscópico. Habitualmente, el drenaje por vía transmural se reserva a aquellas lesiones que no comunican con el conducto pancreático, mientras que el drenaje por vía transpapilar requiere que esa comunicación exista^{4,5}.

La tasa de resolución de los pseudoquistes pancreáticos drenados por vía transmural oscila entre el 80 y el 90% según las series, con datos recientemente publicados que obtienen una tasa de resolución cercana al 100%^{1,2,5}.

Si las indicaciones establecidas de drenaje de un pseudoquiste se basan en series de pacientes y, básicamente, en documentos de consenso (ya que son inexistentes los ensayos clínicos controlados a este respecto), menor son aun las pruebas existentes respecto al momento óptimo en el que se debe retirar el drenaje transmural previamente colocado.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julioiglesiasgarcia@hotmail.es
(J. Iglesias-García).

Discusión

Como se comentó anteriormente, no hay estudios en la literatura científica que evalúen específicamente el momento de retirada del drenaje transmural de un seudoquiste pancreático. La mayoría de los estudios publicados sobre esta técnica endoscópica definen el momento de retirada de la prótesis como el momento en el que se confirma la resolución completa del seudoquiste, habitualmente basada en métodos de imagen, como la tomografía computarizada (TC) abdominal o la ecografía endoscópica. Esta actitud es absolutamente defendible si se tiene en cuenta que el objetivo del drenaje del seudoquiste no es otro que su resolución completa.

No obstante, es discutible la periodicidad con la que se deben realizar estas técnicas de imagen para la valoración evolutiva del seudoquiste hasta su resolución. En este sentido, tampoco hay estudios en la literatura médica que permitan responder a esta cuestión. Asimismo, el protocolo aplicado en distintos estudios es también diferente.

Baron et al⁶ realizan una TC abdominal de control cada 4 semanas, protocolo similar al que emplean Monkemuler et al⁷. Un seguimiento menos estrecho es el de otros autores, que realizan una TC abdominal y ecografía endoscópica cada 4 a 6 semanas⁸ o, incluso, cada 6 a 8 semanas⁹. En todas estas series, la ausencia de resolución del seudoquiste es indicación de recambio protésico hasta alcanzar la resolución final de la lesión.

Desde el punto de vista de los autores de este artículo, la periodicidad de seguimiento de un seudoquiste en el que se ha colocado una prótesis para su drenaje debe ser individualizado en función de la indicación de drenaje y de la respuesta clínica a este drenaje. De hecho, algunos autores no realizan técnicas de imagen en el seguimiento de estas lesiones y sólo evalúan la respuesta clínica, y esperan la migración espontánea de la prótesis una vez resuelta la lesión¹⁰.

Una vez retirada la prótesis transmural tras la resolución completa del seudoquiste, la recidiva de éste se produce en un 10 a un 20% de los casos según las series^{1,6}. Básicamente, esta recidiva se debe a la existencia de comunicación entre la lesión y el conducto pancreático, ya que en caso contrario la tasa de recidiva es muy baja⁸. Por eso, ante la recurrencia de un seudoquiste tras drenaje transmural de éste, se indica la realización de una pancreatografía retrógrada endoscópica para evaluar su posible comunicación con el conducto pancreático⁵.

El protocolo del grupo de los autores de este artículo incluye siempre la realización de una pancreatografía retrógrada endoscópica en todo paciente con un seudoquiste pancreático con indicación de drenaje. La presencia de comunicación de la lesión con el conducto pancreático

principal es indicación de drenaje transpapilar de ésta. En caso contrario, se realiza drenaje transmural (transgástrico o transduodenal según la localización de la lesión) guiado por ecografía endoscópica.

Respuesta

Ante un paciente al que se le ha realizado un drenaje de un seudoquiste de páncreas mediante una quistogastrostomía con colocación de prótesis transmural guiada por ecoendoscopia, la retirada de la prótesis debe realizarse tras la confirmación de la resolución completa de la lesión mediante técnicas de imagen (ecografía abdominal, TC abdominal, resonancia magnética o ecografía endoscópica). Es recomendable que el seguimiento mediante estas técnicas de imagen se realice cada 4 a 8 semanas, en función de la respuesta clínica al drenaje y de la indicación de éste. (Grado de recomendación D; nivel de evidencia 5).

Bibliografía

1. Aghdassi AA, Mayerle J, Kraft M, Sielenkärer AW, Heidecke CD, Lerch MM. Pancreatic pseudocyst – When and how to treat? *HPB*. 2006;8:432–41.
2. Fazel A, Draganov P. Interventional endoscopic ultrasound in pancreatic disease. *Current Gastroenterol Reports*. 2004;6:104–10.
3. Chak A. Endosonographic-guided therapy of pancreatic pseudocyst. *Gastrointest Endosc*. 2000;6:S23–7.
4. Jacobson BC, Baron TH, Adler DG, Davila RE, Egan J, Hirota WK, et al. The role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inflammatory collection of the pancreas. *Gastrointest Endosc*. 2005;61:363–70.
5. Barthet M, Lamblin G, Gamsi M, Vitton V, Desjeux A, Grimaud JC. Clinical usefulness of a treatment algorithm for pancreatic pseudocyst. *Gastrointest Endosc*. 2008;67:245–52.
6. Baron TH, Harewood GC, Morgan DE, Yates MR. Outcome differences after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocysts, and chronic pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc*. 2002;56:7–17.
7. Monkemuler KE, Khal S, Malfertheiner P. Endoscopic therapy of chronic pancreatitis. *Dig Dis*. 2004;22:280–91.
8. Antillon MR, Shah RJ, Stiegmann G, Chen YK. Single-step EUS-guided transmural drainage of simple and complicated pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:797–803.
9. Varadajulu S, Wilcox CM, Tamhane A, Eloubeidi MA, Blakely J, Canon CL. Role of EUS in drainage of peripancreatic fluid collections not amenable for endoscopic transmural drainage. *Gastrointest Endosc*. 2007;66:1107–19.
10. Hookey LC, Debroux S, Delhaye M, Arvanitakis M, Le Moine O, Deviere J. Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients: A comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:635–43.