



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Seudoquistes pancreáticos y embarazo. A propósito de un caso



E. Reyna-Villasmil*, J. Santos-Bolívar, M. Labarca-Acosta y J. Aragón-Charry

Servicio de Obstetricia, Hospital Central «Dr. Urquinaona», Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 10 de septiembre de 2013; aceptado el 25 de febrero de 2014

Disponible en Internet el 5 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Pancreático;
Seudoquiste;
Embarazo

Resumen Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones localizadas de secreciones pancreáticas, y su frecuencia durante el embarazo es muy baja, por lo cual el tratamiento de esta condición no está estandarizado. Se presenta el informe de una paciente de 27 años y un embarazo de 26 semanas con un pseudoquiste pancreático tratado exitosamente de forma quirúrgica. © 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pancreatic;
Pseudocysts;
Pregnancy

Pancreatic pseudocysts and pregnancy. A case report

Abstract Pancreatic pseudocysts are localized collections of pancreatic secretions. Their frequency in pregnancy is very low and consequently there is no standardized management. We report the case of a 27-year-old patient with a 26-week pregnancy and a pancreatic pseudocyst that was successfully treated with surgery.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos (PQP) son colecciones localizadas de secreciones pancreáticas dentro de una cápsula de paredes no epitelizadas de tejido fibroso o granular. Son secundarios a pancreatitis (aguda o crónica), traumatismo

u obstrucción de los ductos pancreáticos¹. La incidencia posterior a la pancreatitis varía del 5-16%². La frecuencia durante el embarazo es muy baja (alrededor de uno por cada 60.000 partos)³, por lo cual el tratamiento de esta condición no está estandarizado. Se presenta el caso de una embarazada con un pseudoquiste pancreático.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com
(E. Reyna-Villasmil).

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 27 años, primigesta, quien presenta dolor intenso a las 26 semanas de embarazo.

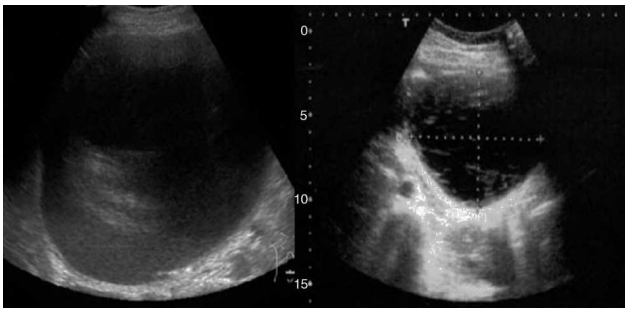


Figura 1 Imagen ecográfica del pseudoquiste pancreático.

La paciente tenía antecedente de pancreatitis crónica secundaria por abuso de alcohol y pequeño PQP 2 años antes, el cual se resolvió como tratamiento conservador. Al examen físico de ingreso, la paciente estaba hemodinámicamente estable, con abdomen blando y depresible, pero distendido. La ecografía demostró la presencia de un PQP de 12 × 8 cm. Los valores de amilasa y lipasa sérica fueron de 64 y 231 UI/L, respectivamente. A pesar de la severidad del dolor, la intervención quirúrgica fue considerada insegura durante el embarazo. La paciente fue tratada en forma conservadora con analgésicos.

Dos semanas después presentó varios episodios de dolor abdominal de severa intensidad que requirió el uso de fármacos. La ecografía abdominal confirmó el aumento de tamaño del PQP (17 × 10 cm) con evidencia de hemorragia interna (fig. 1). Se intentó la aspiración percutánea guiada por ecografía con anestesia local, pero no fue exitosa debido a que no se alcanzó el PQP, y debido a que no se disponía de la posibilidad de realizar la endoscopia, se procedió a realizar pseudocisto-gastrostomía ya que la madre se encontraba en condiciones hemodinámicas estables y no existía evidencia de compromiso fetal. Se observó una mejoría del dolor inmediata y fue dada de alta a los 5 días.

Discusión

La pancreatitis en el embarazo es generalmente idiopática, pero se puede asociar a colelitiasis, abuso de alcohol, hiperlipoproteinemia, infestación por áscaris e hiperparatiroidismo². Los PQP son comúnmente secundarios a pancreatitis crónica (20-40%)^{1,4}.

El diagnóstico del PQP generalmente se establece en los estudios por imágenes, entre los cuales la ecografía es el más importante. La tomografía es el método diagnóstico de elección con un 82-100% de sensibilidad y 98% de especificidad⁵, pero su utilidad en el embarazo es limitada. La endosonografía permite diferenciar entre un absceso y un PQP, ya que tiene una alta sensibilidad y especificidad⁴.

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son: compresión de los grandes vasos, estómago o duodeno que produzca síntomas clínicos, estenosis de los conductos biliares o alteración del flujo biliar con evidencia de colestasis (ya que la irritación constante promueve la inflamación y disminuye la tasa de remisión espontánea), infección o hemorragia del quiste, lesiones malignas y fístula pancreatopleural. El tratamiento también está indicado en aquellos

pacientes que presentan distensión abdominal, náuseas, vómitos, dolor y hemorragia gastrointestinal⁴. Otra indicación relativa es la presencia de PQP mayores de 4 cm con cambio de tamaño o de forma y presencia por más de 6 semanas. Las lesiones con estas características raramente regresan de forma espontánea y pueden causar complicaciones^{6,7}.

Cuando las lesiones son tratadas quirúrgicamente, se debe incidir la superficie del quiste y realizar resección del quiste. El aspecto más importante de la cirugía es que el punto más profundo del quiste debe ser drenado y anastomosado siempre que sea posible. Este tipo de drenaje quirúrgico del PQP (seudocisto-yeyunostomía, pseudocisto-gastrostomía o pseudocisto-duodenostomía) produce una morbilidad de 16% y una mortalidad de 2,5%^{7,8}. El drenaje percutáneo solo está indicado como un procedimiento de urgencia para la retención aguda de líquido o quistes infectados, con una tasa de recurrencia del 70%, siendo las fístulas percutáneas la complicación más frecuente⁴.

La endoscopia ofrece varias posibilidades de tratamiento: colocación de un *stent* (transmural o transpapilar), abordaje transgástrico o transduodenal y la combinación de estas. La tasa reportada de éxito de estos procedimientos es superior al 80%, lo cual es parecido a la cirugía. La tasa de mortalidad, recurrencia y de complicaciones es de 0,2, 7 y 13%, respectivamente⁴. Las desventajas de esta forma de tratamiento es la oclusión del *stent*¹. La laparoscopia parece tener ventajas sobre la endoscopia en PQP que tienen gran cantidad de tejido necrótico, pero no es útil en aquellos pacientes que no son aptos para someterse a anestesia general o con cirugías abdominales previas⁶.

En las embarazadas se debe tener especial cuidado durante el parto, ya que los cambios de volúmenes intra-abdominales súbitos y significativos, la debilidad de la vasculatura pancreática y las fluctuaciones en los parámetros cardiovasculares pueden desestabilizar el PQP y llevar a la rotura en las primeras horas del puerperio⁹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Aghdassi A, Mayerle J, Kraft M, Sielenkämper A, Heidecke C, Lerch M. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis. *Pancreas*. 2008;36:105-12.
2. Diculescu M, Ciocîrlan M, Ciocîrlan M, Stanescu D, Ciprut T, Marinescu T. Predictive factors for pseudocysts and peripancreatic collections in acute pancreatitis. *Rom J Gastroenterol*. 2005;14:129-34.
3. Robertson K, Stewart I, Imrie C. Severe acute pancreatitis and pregnancy. *Pancreatolgy*. 2006;6:309-15.
4. Lerch M, Stier A, Wahnschaffe U, Mayerle J. Pancreatic pseudocysts: Observation, endoscopic drainage, or resection? *Dtsch Arztebl Int*. 2009;106:614-21.
5. Bollen T, van Santvoort H, Besselink M, van Es W, Gooszen H, van Leeuwen M. Update on acute pancreatitis: Ultrasound, computed tomography, and magnetic resonance imaging features. *Semin Ultrasound CT MR*. 2007;28:371-83.

6. Owera AM, Ammori BJ. Laparoscopic endogastric and transgastric cystgastrostomy and pancreatic necrosectomy. *Hepatogastroenterology*. 2008;55:262–5.
7. Tapia-González J, Carrillo M, Chirinos W. Pseudoquiste pancreático: a propósito de un caso. *Rev Méd Extensión Portuguesa-ULA*. 2009;3:48–52.
8. Cannon J, Callery M, Vollmer C. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: What is the evidence? *J Am Coll Surg*. 2009;209:385–93.
9. Schünmann C, Robins J. Internal haemorrhage resulting from erosion of a pancreatic pseudocyst—a unique cause of fatal postpartum collapse. *J Obstet Gynaecol*. 2003;23:674–7.