

Ictericia y pancreatitis crónica: compresión de la vía biliar principal por un pseudoquiste pancreático

Gonzalo de Castro, Antonio Higuero, Mauricio Iribarren, Reyes Meléndez, Ángeles Toscano y Pedro Gil
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario Xeral-Cies. Vigo. Pontevedra. España.

Resumen

En la pancreatitis crónica, la ictericia obstructiva debida únicamente a la compresión de la vía biliar principal por un pseudoquiste de páncreas es un hecho muy poco frecuente. En la mayoría de estas ocasiones, la ictericia se debe a la obliteración por fibrosis de la vía biliar intrapancreática.

Presentamos 2 casos de ictericia obstructiva en el seno de una pancreatitis crónica, en los cuales los hallazgos operatorios y la evolución postoperatoria demuestran la etiología del pseudoquiste como único factor causante de la ictericia. Creemos imprescindible la realización de una colangiografía intraoperatoria tras la descompresión del quiste para poder evaluar correctamente el origen de la obstrucción.

Palabras clave: Ictericia obstructiva. Pancreatitis crónica. Pseudoquiste de páncreas.

JAUNDICE AND CHRONIC PANCREATITIS: COMMON BILE DUCT COMPRESSION BY PANCREATIC PSEUDOCYST

In chronic pancreatitis, obstructive jaundice solely due to common bile duct compression by a pancreatic pseudocyst is highly unusual. In most of these cases, the jaundice is due to fibrotic stricture of the intrapancreatic portion of the common bile duct.

We report two cases of obstructive jaundice in chronic pancreatitis with pseudocyst. Operative findings and follow-up during the postoperative period demonstrated compression by the pseudocyst over the common bile duct as the only etiologic factor of the jaundice. We believe that intraoperative cholangiography should be performed after drainage of a pseudocyst to correctly assess the etiology of obstruction.

Key words: Obstructive jaundice. Chronic pancreatitis. Pancreatic pseudocyst.

Introducción

Los pseudoquistes de páncreas son una complicación frecuente de la pancreatitis crónica y se asocian, en mayor medida, a las de origen alcohólico. La sintomatología principal es el dolor abdominal y la pérdida de peso; otros síntomas menos comunes son las náuseas y vómitos, la plenitud epigástrica y la ictericia¹.

Por otra parte, la ictericia en el seno de una pancreatitis crónica es un hecho frecuente, debido fundamentalmente a la insuficiencia hepatocelular y a la fibrosis-esteosis del segmento intrapancreático de la vía biliar².

La presencia de colestasis e ictericia debidas únicamente a la compresión de la vía biliar por un pseudoquiste de páncreas es un hallazgo inusual, documentado en la bibliografía y en ocasiones controvertido³.

El diagnóstico preciso de la causa de la obstrucción biliar es un aspecto importante para evitar la realización de una derivación biliodigestiva innecesaria^{2,3}.

Debido a esto, presentamos 2 casos clínicos de pancreatitis crónica e ictericia intervenidos en nuestro servicio. En ambos pacientes, los hallazgos operatorios y la evolución posterior confirmaron que el pseudoquiste era único agente etiológico de los cuadros de ictericia.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente varón de 36 años, con antecedentes personales de hepatitis alcohólica y repetidos episodios de pancreatitis aguda, que es ingre-

Correspondencia: Dr. G. de Castro Parga.
Servicio de Cirugía General. Hospital Xeral-Cies.
Pizarro, 22. 36204 Vigo. Pontevedra. España.
Correo electrónico: castro.parga@cmpont.es

Manuscrito recibido el 5-4-2004 y aceptado el 19-5-2004.

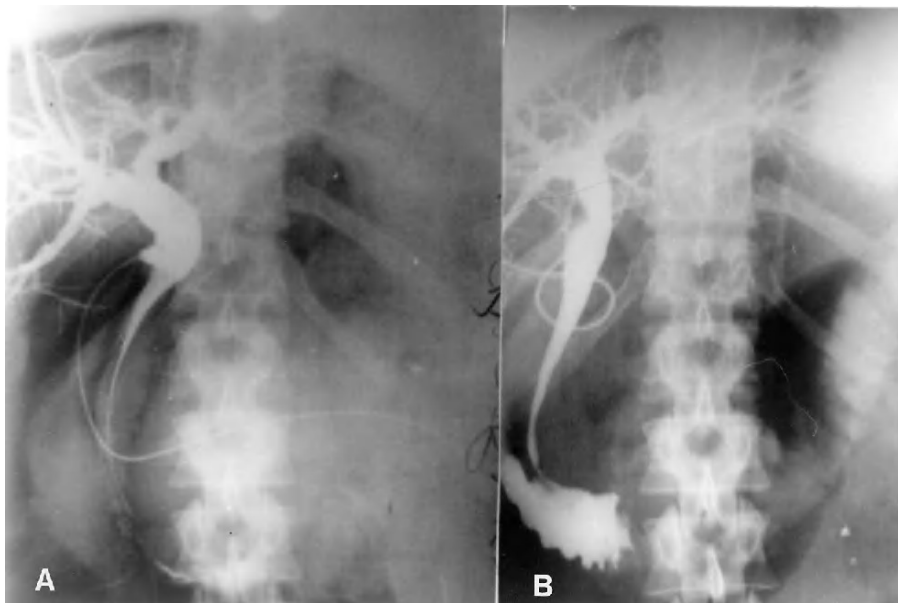


Fig. 1. Colangiografía intraoperatoria: compresión extrínseca de la vía biliar con afilamiento distal de paredes lisas (A), y con buen paso de contraste al duodeno tras el drenaje del pseudoquiste (B).

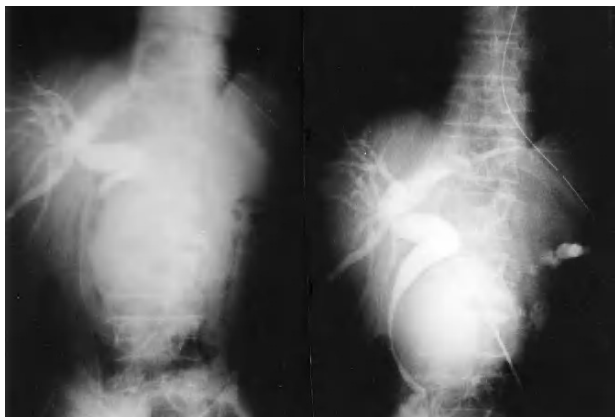


Fig. 2. Colangiografía intraoperatoria: obstrucción de la vía biliar principal por compresión extrínseca (A), que se alivia tras la punción y descompresión del pseudoquiste (B).

sado en nuestro servicio con un cuadro de ictericia, dolor y distensión abdominal de 2 meses de evolución. En la exploración se apreciaba una masa palpable en el hipocondrio derecho. El estudio analítico reveló un aumento de la bilirrubina total a expensas de la fracción directa.

La ecografía y la tomografía computarizada abdominal demostraron coledolitiasis y una masa quística de gran tamaño en la cabeza del páncreas compatible con pseudoquiste.

En la intervención quirúrgica se realizó una colecistectomía con colangiografía intraoperatoria en la que se observó una compresión extrínseca del colédoco de paredes lisas, y un buen vaciamiento de la vía biliar tras la descompresión del quiste (fig. 1). Se realizó una quistoyeyunostomía en "Y" de Roux y drenaje de la vía biliar mediante tubo de Kehr. A los 6 años de la intervención el paciente permanece asintomático, con diabetes insulino dependiente, y ha abandonado la ingesta etílica.

Caso 2

Varón de 58 años con pancreatitis recidivante de etiología alcohólica de larga evolución. Consultó en nuestro servicio por cuadro de dolor en el hipocondrio derecho e ictericia. En la exploración se apreciaba una masa palpable en el hipocondrio derecho. El estudio analítico demostró

una bilirrubina total de 8 mg/dl a expensas de la fracción directa, y una fosfatasa alcalina de 936 U/l.

La TC puso de manifiesto una masa quística en cabeza de páncreas de 8 cm de diámetro, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.

Se realizaron colecistectomía, quistoyeyunostomía y colocación de tubo de Kehr. En la colangiografía intraoperatoria se apreciaba un buen paso de contraste a través de la vía biliar tras la descompresión del quiste (fig. 2). A los 3 años de la intervención el paciente permanece asintomático y con unos parámetros analíticos rigurosamente normales.

Discusión

Los pseudoquistes se presentan con frecuencia como complicación de una pancreatitis crónica, a la que se asocian en un 20-40% de los casos⁴. La etiología de la pancreatitis en más del 80% de los casos es el alcohol; suele presentarse, como en nuestros 2 pacientes, en varones de mediana edad^{1,5}.

Situaciones de ictericia y colestasis se pueden encontrar en el 15-25% de los pacientes afectados de pancreatitis crónica¹. Los principales factores etiológicos son la disfunción hepatocelular y/o la obstrucción de la vía biliar. En la pancreatitis aguda con o sin litiasis de la vía biliar principal, el edema pancreático transitorio que rodea al colédoco distal puede causar la obstrucción biliar. En la pancreatitis crónica se produce una obstrucción biliar cuando el proceso de fibrosis de la glándula pancreática engloba a la porción intrapancreática del colédoco, causando su estenosis^{2,3}.

Por otra parte, la obstrucción debida a la compresión de la vía biliar por un pseudoquiste pancreático como único causante de un cuadro de ictericia es un hecho posible, pero poco frecuente en la práctica médica^{2,3,6,7}. Sidel et al⁸ han descrito 4 criterios para poder atribuir la ictericia a la compresión por el pseudoquiste pancreático: a) evidencia de obstrucción biliar; b) demostración de que la causa de dicha obstrucción es la compresión ejercida por el pseudoquiste; c) alivio de la compresión al drenar el

quiste, y d) desaparición completa de la ictericia durante el postoperatorio.

Estos 4 criterios han estado presentes en nuestros 2 enfermos, en los cuales el curso clínico y su posterior seguimiento han demostrado la ausencia de ictericia y colestasis, utilizando como parámetro analítico más sensible para su determinación la cifra de fosfatasa alcalina sérica.

En la actualidad, los avances en las técnicas de diagnóstico por imagen y en las técnicas de tratamiento han facilitado la detección y el tratamiento de los pseudoquistes⁴. La ecografía abdominal y, sobre todo, la TC son las pruebas que permiten el diagnóstico y el seguimiento evolutivo de un pseudoquiste. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica preoperatoria, así como la colangiografía y pancreatografía peroperatorias, son las pruebas definitivas que nos ayudarán a plantear el tipo de intervención quirúrgica más adecuado a cada caso^{1,4}.

A pesar del desarrollo de las técnicas endoscópicas y percutáneas, el abordaje quirúrgico continúa siendo la principal herramienta terapéutica de que disponemos para el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos⁹. Desde el punto de vista de la cirugía, se prefiere el drenaje interno de los pseudoquistes por su menor morbilidad con respecto a la resección pancreática o drenaje externo⁴. El drenaje interno se suele realizar hacia el segmento más cercano del tubo digestivo, generalmente hacia asas yeyunales desfuncionalizadas en "Y" de Roux por su mayor versatilidad¹.

En los casos de pancreatitis crónica y pseudoquistes con ictericia o colestasis, el planteamiento quirúrgico debe incluir necesariamente la realización de una colan-

giografía intraoperatoria. La presencia de obstrucción biliar extrahepática en presencia de un pseudoquiste es causada con mayor frecuencia por la fibrosis irreversible del colédoco intraglandular y su origen se deberá evaluar correctamente mediante una colangiografía tras la descompresión del quiste. Si dicho estudio nos hace dudar de la compresión del pseudoquiste como único agente etiológico de la ictericia, se deberá asociar una derivación biliodigestiva al tratamiento del pseudoquiste^{2,3}.

Bibliografía

1. Bradley III EL. Complications of chronic pancreatitis. *Surg Clin North Am.* 1989;69:481-97.
2. Skellenger ME, Patterson D, Foley NT, Jordan PH. Cholestasis due to compression of the common bile duct by pancreatic pseudocysts. *Am J Surg.* 1983;145:343-8.
3. Warshaw AL, Rattner DW. Facts and fallacies of common bile duct obstruction by pancreatic pseudocysts. *Ann Surg.* 1980;192:33-7.
4. Grace PA, Williamson RCN. Modern management of pancreatic pseudocysts. *Br J Surg.* 1993;80:573-81.
5. De Castro G, Nóvoa E, Gómez M, Carracedo R, Piñeiro H, Guede J, et al. Pseudoquistes de páncreas y pancreatitis crónica. *Rev Gall Pat Digest.* 1994;4:29-32.
6. Noda T, Ueno N, Tamada K, Ichiyama M, Fukuda, Tomiyama T, et al. A cause of chronic pancreatitis with pseudocysts complicated by infection and obstructive jaundice. *Am J Gastroenterol.* 1994;89:2066-9.
7. Cho HG, Min HY, Jang DS, Shin YW, Kwon KS, Kim YS, et al. Two cases of chronic pancreatitis with pseudocyst complicated by obstructive jaundice. *Yonsei Med J.* 2000;41:522-7.
8. Sidel VW, Wilson RE, Shipp JC. Pseudocyst formation in chronic pancreatitis: a cause of obstructive jaundice. *Arch Surg.* 1958;77:933-7.
9. Adams DB, Anderson MC. Percutaneous catheter drainage compared with internal drainage in the management of pancreatic pseudocysts. *Ann Surg.* 1992;215:571-8.