

# Seudoquistes pancreáticos. Tratamiento y complicaciones

J. Rodríguez Corchero, B. Congregado, C. Gutiérrez, A. Galindo, C. Palacios, J. Martín Cartés y A. Rodríguez Rodríguez  
Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

## Resumen

**Introducción.** El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente de la pancreatitis; su tratamiento es quirúrgico en un 60-70% de los casos. Analizamos la actuación terapéutica en nuestro servicio de cirugía ante pacientes con esta enfermedad.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo de 31 pacientes ingresados en nuestro servicio durante los años 1993 a 1998.

**Resultados.** Requirieron intervención quirúrgica 20 casos (65,52%), realizándose intervenciones diversas. La tasa de complicaciones fue de un 40% (8 casos) de los cuales la mitad requirió nueva intervención (dos por recidiva, uno por abscesos y uno por hemorragia).

**Discusión.** Según los resultados de este estudio, observamos que el pseudoquiste pancreático es una complicación de la pancreatitis que se resuelve satisfactoriamente con tratamiento conservador (35,48%) o quirúrgico (65,52%). De las técnicas quirúrgicas posibles, la más indicada es la derivación interna. Las complicaciones postoperatorias son bastante graves. La colaboración con el servicio de radiología vascular intervencionista ha demostrado ser altamente eficaz en la resolución de hemorragias activas posquirúrgicas.

**Palabras clave:** *Seudoquiste pancreático. Complicaciones. Cirugía. Pancreatitis. Seudoaneurisma.*

(Cir Esp 2001; 69: 463-466)

## PANCREATIC PSEUDOCYSTS. TREATMENTS AND COMPLICATIONS

**Introduction.** Pancreatic pseudocyst is a common complication of pancreatitis, requiring surgical intervention in 60-70% of patients. We analyzed the management of patients with this disease in our department.

**Material and methods.** We performed a retrospective study of 31 patients admitted to our ward between 1993 and 1998.

**Results.** Twenty patients (65.52%) required surgical intervention of various types. Eight patients (40%) developed complications. Of these, 4 underwent reoperation (2 for relapse, 1 for abscess formation, and 1 for bleeding).

**Conclusions.** The results obtained indicate that pancreatic pseudocyst is a complication of pancreatitis that is successfully managed by conservative (35.48%) or surgical (65.52%) treatment. Internal bypass was the most common of the various surgical procedures used. Postoperative complications were quite serious. Collaboration with the department of interventional vascular radiology was highly effective in resolving active postoperative bleeding.

**Key words:** *Pancreatic pseudocyst. Complications. Surgery. Pancreatitis. Pseudoaneurysm.*

## Introducción

El pseudoquiste pancreático es una complicación común de la pancreatitis aguda o crónica<sup>1-4</sup> y se considera que se origina por una pérdida de la continuidad o fuga de elementos tubulares de la glándula. A diferencia de un quiste verdadero, no tiene un revestimiento epitelial, formándose su pared por una reacción inflamatoria (tejido de granulación y fibrosis) que se produce en la periferia del líquido. Pueden estar rodeados completamente de parénquima pancreático o extenderse más allá de los

límites de la glándula. Se presentan en cualquier región del páncreas y en un 15% de los casos son múltiples.

La ultrasonografía y la tomografía computarizada son los métodos diagnósticos principales<sup>2</sup>.

En cuanto a la evolución, un 30-40% se resuelven espontáneamente con tratamiento médico<sup>1,3</sup>, estando indicados procedimientos más agresivos cuando persisten durante 4-6 semanas o presentan signos de crecimiento progresivo.

El tratamiento<sup>1-15</sup> consiste en la evacuación del contenido del pseudoquiste mediante aspiración percutánea, drenaje externo o interno.

## Material y métodos

Utilizamos las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio por presentar pseudoquistes pancreáticos desde 1993 a 1998, analizando las siguientes variables: edad, sexo,

Correspondencia: Dr. J. Rodríguez Corchero.  
Servicio de Cirugía n.º 5, 3.ª Planta Sur.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío.  
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla.

Aceptado para su publicación en diciembre del 2000.

TABLA 1. Edad y sexo

	Mujer	Varón
Edad (años)	54,7	48,8
Sexo (n)	14	17

TABLA 2. Etiología

	Número (%)
Pancreatitis	29 (93,5)
Litiásica	14 (48,2)
Enólica	7 (24,1)
Idiopática	7 (24,1)
Hiperlipémica	1 (3,4)
Enfermedad de Von Recklinghausen	1 (3,25)
Clínica infecciosa y masa abdominal	1 (3,25)

etiología, clínica, pruebas diagnósticas, tratamiento y complicaciones.

## Resultados

Se incluyen en el estudio 31 casos de pseudoquiste pancreático, de los cuales 17 corresponden a varones (54,84%) y 14 a mujeres (45,16%). La edad de los pacientes está comprendida entre 24 y 78 años, con una media de 51 años (48,2 en varones y 54,7 en mujeres) (tabla 1).

En cuanto a la etiología, todos los casos excepto dos fueron precedidos por pancreatitis (14 litiásicas, siete enólicas, una hiperlipémica y siete de etiología desconocida). De los 2 casos sin pancreatitis, uno fue un hallazgo casual en el contexto de una enfermedad de Von Recklinghausen y el otro se inició con sintomatología infecciosa y masa abdominal (tabla 2).

La clínica con la que se iniciaron depende de la etiología y, así tenemos que aquellos casos precedidos por pancreatitis presentaron como clínica más frecuente una persistencia de la semiología pancreática (dolor abdominal, náuseas, vómitos, etc.); cuatro de los casos tenían, además, una masa palpable. La fiebre acompañó a la clínica de inicio del pseudoquiste en 7 casos. Tan sólo en un caso, en el que el pseudoquiste estaba situado en la cabeza del páncreas, se inició con ictericia.

Como método diagnóstico definitivo se utilizó la TC en 20 casos (64,52%) y la ecografía en 11 (35,48%), aunque en siete de éstos se realizó una TC como método diagnóstico complementario.

Los pseudoquistes fueron únicos en 27 pacientes (87,1%), mientras que en los cuatro restantes (12,9%) coexistieron varios pseudoquistes. La localización de los mismos aparece recogida en la tabla 3.

Analizando las complicaciones desarrolladas en el transcurso del proceso observamos que afectan a 12 pacientes (38,71%):

- Derrame pleural: 3 casos (9,68%).
- Sobreinfección del pseudoquiste: 3 casos (9,68%).
- Derrame pleural y sobreinfección del pseudoquiste: un caso (3,23%).
- Ascitis: 3 (9,68%).
- Hemorragia y ascitis: un caso (3,23%).
- Fístula biliopancreática-cutánea espontánea: un caso (3,23%).

TABLA 3. Localización

Seudoquistes únicos	
Cabeza	7
Cabeza y cuerpo	5
Cuerpo	2
Cuerpo y cola	6
Cola	5
Cabeza, cuerpo y cola	2
Seudoquistes simultáneos	
Cabeza y cola	2
Cabeza, cuerpo y cola	2

TABLA 4. Procedimientos quirúrgicos

	Número (%)
Quistoyeyunostomía del asa en "Y" de Roux	12 (60)
Quistogastrostomía	1 (5)
Drenaje externo	6 (30)
Wirsung-yeyunostomía laterolateral sobre el asa en "Y" de Roux	1 (5)

TABLA 5. Complicaciones postoperatorias

	Número (%)
Fístula externa (ninguna requirió tratamiento quirúrgico)	4 (20)
Complicaciones médicas	2 (10)
Recidiva del pseudoquiste	2 (10)
Otras (abscesos intracavitarios y hemorragia intraquística)	2 (10)

El pseudoquiste evolucionó hacia la resolución espontánea en 11 casos (35,48%), siendo en todos ellos el tamaño del mismo inferior a 5 cm, excepto en un caso en el que su tamaño fue superior. En los 20 casos restantes (65,52%) el tratamiento fue quirúrgico, siendo en éstos los pseudoquistes de mayor tamaño, persistentes o con signos de sobreinfección bacteriana (éstos se corresponden con los casos que precisaron drenaje externo como opción terapéutica de urgencias).

No se produjo ningún fallecimiento a causa directa del pseudoquiste o su tratamiento.

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron los siguientes (tabla 4):

- Quistoyeyunostomía del asa desfuncionalizada en "Y" de Roux: 12 casos (60%).
- Quistogastrostomía: un caso (5%).
- Drenaje externo: 6 casos (30%).
- Wirsung-yeyunostomía laterolateral sobre el asa en "Y" de Roux: un caso (5%).

En todos los casos en los que se detectó litiasis en la vesícula y/o la vía biliar se realizó una colecistectomía y un estudio intraoperatorio de la vía biliar.

Las complicaciones postoperatorias fueron las siguientes (tabla 5):

- Dos complicaciones médicas (10%) (no precisaron reintervención). Un edema pulmonar cardiogénico (5%) y un dolor epigástrico no relacionado con recidiva (5%).
- Cuatro fístulas cutáneas tras drenaje externo del pseudoquiste (20%). En todas el cierre fue espontáneo (dos precisaron tratamiento con somatostatina).
- Dos recidivas del pseudoquiste (10%). Ambos pacientes requirieron reintervención. En el primero se había realizado una derivación externa y la segunda intervención (8 meses más tar-

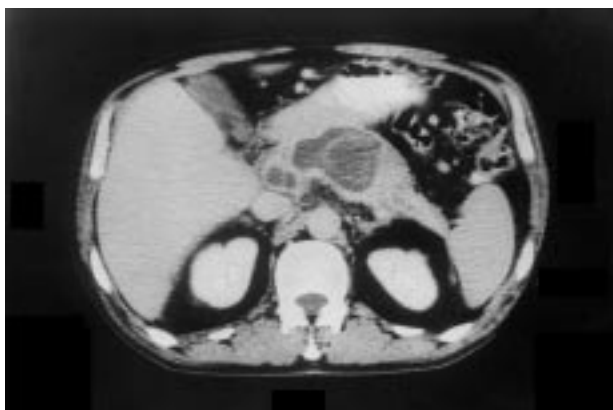


Fig. 1.

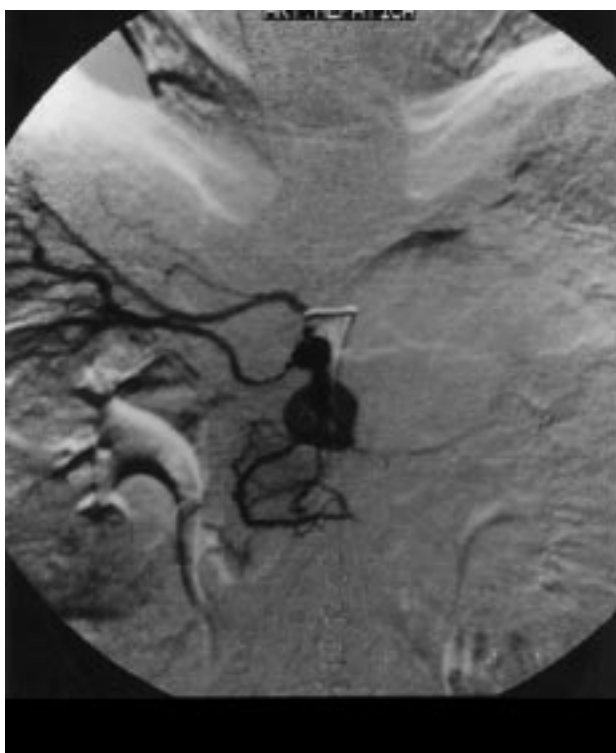


Fig. 2.

de) consistió en una quistoyeyunostomía del asa desfuncionalizada en “Y” de Roux. En el segundo se había realizado primariamente una quistoyeyunostomía y en la reintervención (a los 2 meses) la técnica utilizada fue el drenaje externo.

- Un absceso diseminado por cavidad peritoneal (5%), resuelto favorablemente con la limpieza quirúrgica de la cavidad y el drenaje.
- Una rotura de aneurismas arteriales en el interior de la cavidad del pseudoquiste (5%).

## Discusión

El pseudoquiste pancreático es una complicación relativamente frecuente de la pancreatitis. Produce síntomas a través de los siguientes mecanismos:

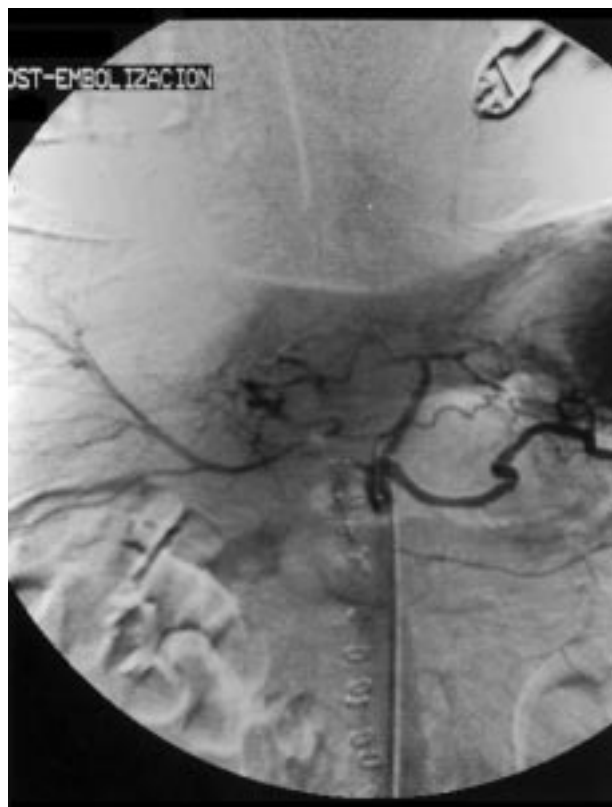


Fig. 3.

- Desplazamiento del páncreas o estructuras contiguas.
- Rotura hacia la cavidad peritoneal.
- Perforación de órganos adyacentes.
- Erosión de los vasos sanguíneos con hemorragia intraquística.
- Sobreinfección secundaria (indistinguible de los abscesos pancreáticos).

Requiere tratamiento quirúrgico en un 60-70% de los casos para su resolución. La simple aspiración del pseudoquiste está indicada en pacientes con alto riesgo quirúrgico<sup>5-7</sup>, siendo su mayor inconveniente la frecuente recidiva del proceso<sup>2</sup>. Si se opta por técnicas más invasivas, es preferible el drenaje interno (hacia el estómago o el yeyuno)<sup>4,8-10</sup>, ya que se evita la creación de fístulas pancreaticocutáneas, frecuentes en las derivaciones externas. Además, el índice de recidivas es menor. Las derivaciones quirúrgicas pueden realizarse por cirugía convencional o mediante técnicas laparoscópicas<sup>11</sup>. Otro modo de tratamiento es mediante endoscopia<sup>7,12-15</sup>, y existen múltiples publicaciones sobre dichas técnicas en las que se obtienen buenos resultados.

Las complicaciones posquirúrgicas son muy diversas, precisando en muchos casos de reintervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos no quirúrgicos para solucionarlas de modo satisfactorio.

En uno de los pacientes de esta serie, tras realizarse quistoyeyunostomía del asa desfuncionalizada en “Y” de Roux por presentar un pseudoquiste de cabeza y cuerpo de páncreas (fig. 1), se objetivó al séptimo día de la intervención, tras un postoperatorio sin incidencias hasta ese momento, un episodio de hipotensión seguido de melenas que obligó a trasladarlo a la UCI. Tras realizarse una gastroscopia sin hallazgos se solicitó un estudio arteriográfico en el que se objetivó una hemorragia

hacia la cavidad del pseudoquiste a partir de dos pseudoaneurismas situados en las arcadas pancreáticoduodenales (fig. 2). Esta importante complicación fue resuelta de modo satisfactorio por el servicio de radiología vascular intervencionista mediante embolización selectiva de dichas arterias mediante *coils* (fig. 3), siendo la evolución totalmente satisfactoria.

La hemorragia tras la intervención quirúrgica de un pseudoquiste pancreático es una de las complicaciones más temidas<sup>16-24</sup>, ya que su tratamiento no es fácil y en muchos casos empeora de forma drástica el pronóstico de los pacientes. Una de las opciones terapéuticas a esta importante complicación es la embolización selectiva<sup>16,17,20-23</sup> del vaso o los vasos sangrantes, si bien no siempre es posible por dificultades técnicas, por la urgencia de la situación o por no disponer de servicio de radiología vascular intervencionista. La alternativa a este tratamiento es la reintervención quirúrgica<sup>16,22-24</sup> (ligadura de los vasos sangrantes, la pancreatocotomía distal e incluso la duodenopancreatocotomía cefálica), la cual resulta muy agresiva y con una mortalidad nada despreciable en estos pacientes, la mayoría de los cuales presentan multipatología de base.

### Bibliografía

1. Gumaste VV, Pitchumoni CS. Pancreatic pseudocyst. *Gastroenterologist* 1996; 4: 33-43.
2. Lesur G, Bernades P. Pseudocyst of the pancreas. Diagnosis, course and principles of treatment. *Presse Med* 1996; 8: 939-943.
3. Reber PV, Uhl W, Buchler MW. Pancreatic pseudocyst in chronic pancreatitis. Differential diagnosis and therapy. *Chirurgie* 1997; 68: 881-887.
4. Coluccio G, Paino O, Rosato L. Surgical treatment of pancreatic pseudocyst. *Minerva Chir* 1996; 51: 1057-1059.
5. Pedrero Campos C, Sanjuán Rodríguez S, Morán Penco JM. Tratamiento actual de los pseudoquistes pancreáticos postraumáticos en la infancia. *Cir Esp* 1998; 63: 199-202.
6. Seki H, Ueda T, Kasuya T, Kotanagi H. Repeated percutaneous aspiration therapy prior to surgery for a pancreatic pseudocyst: report of a case. *Surg Today* 1998; 28: 559-562.
7. Obrador A, Puella J, Galla J, Llompert A. Combined percutaneous-endoscopic pancreatic pseudocyst drainage. A new technique. *Endoscopy* 1998; 30: 499-503.
8. Tucci GF, D'Antini P, Grande M, Sivelli R, Sianesi M. Surgical treatment of pancreatic pseudocyst. *G Chir* 1996; 17: 242-248.
9. Flautner LE. New techniques in the management of pancreatic pseudocyst. *Surg Today* 1996; 26: 552-555.
10. Safioleas M, Misiakos E, Karatzas G, Manti C, Marselos P, Tzadakis N. Therapeutic strategies for pancreatic pseudocyst. *J R Coll Surg Edimb* 1995; 40: 192-195.
11. Targarona EM, Pera M, Martínez J, Balaguer C, Trias M. Laparoscopic treatment of pancreatic disorder. Diagnosis and staging, palliation of cancer and treatment of pancreatic pseudocyst. *Int Surg* 1996; 81: 1-5.
12. Beckingham IJ, Krige SE, Bornman PC, Terblanche J. Endoscopic management of pancreatic pseudocyst. *Br J Surg* 1997; 1638-1645.
13. Fockens P, Johnson TG, Van Vulllemen HM, Huijbregts K, Tytgat GN. Endosonographic imaging of pancreatic pseudocyst before endoscopic transmural drainage. *Gastrointest Endosc* 1997; 412-416.
14. Barthet M, Sahel J, Bodiou-Bertei C, Bernard JP. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic pseudocyst. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 208-213.
15. Smits ME, Rauws EA, Tytgat GN, Huijbregts K. The efficacy of endoscopic treatment of pancreatic pseudocyst. *Gastrointest Endosc* 1995; 202-207.
16. Amori BJ, Madan M, Alexander DJ. Haemorrhagic complications of pancreatitis. Presentation, diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 316-325.
17. Stosslein F, Zimmermann L, Bulang T. Embolization treatment of bleeding complications in pancreatitis. *AADE Ed J* 1998; 5: 344-347.
18. Lai PB, Leung KN, Chan AC, Leow CK, Lau WY. Rupture of a splenic artery pseudoaneurysm into a pancreatic pseudocyst. *Can J Surg* 1997; 40: 412-430.
19. González LP, Eerns DJ, Merlier OA, Porte HL, Chambon JP, Quandalle PA. Arterial embolization for bleeding pseudocyst complicating chronic pancreatitis. *Arch Surg* 1997; 1016-1021.
20. Sand JA, Seppanen Sk, Norback IH. Intracystic hemorrhage in pancreatic pseudocyst: initial experiences of a treatment protocol. *Pancreas* 1997; 14: 187-191.
21. Winick AB, Malloy PC, Lund GB. Retained contrast after embolization or a right gastric artery pseudoaneurysm. *Cardiovascular Intervention Radiology* 1996; 19: 110-112.
22. Marshall GT, Howell DA, Hausen BL, Amberson SM, Abourjaily GS, Bredenberg CE. Multidisciplinary approach to pseudoaneurysm complicating pancreatic pseudocyst. Impact of pretreatment diagnosis. *Arch Surg* 1996; 131: 278-283.
23. Canakkalelioglu L, Gurkan A. The management of bleeding from a pancreatic pseudocyst: a case report. *Hepatogastroenterology* 1996; 43: 278-281.
24. Giammanco M, Costantino S, Lo Nigro RM, Buscemi G. Pseudoaneurysm in pancreatic pseudocyst. Report of a clinical case. *Minerva Chir* 1995; 50: 1081-1084.