



Fig. 1.



Fig. 2.

Varón de 48 años de edad, con antecedentes de hepatopatía crónica alcohólica y brotes de pancreatitis aguda sobre una pancreatopatía crónica etanólica.

Ingresó por dolor epigástrico irradiado a espalda, con náuseas, vómitos y, analíticamente, una amilaturia de 5.306 U/l y amilasemia de 292 U/l. Durante su estancia hospitalaria aparece un cuadro brusco de dolor en el epigastrio y el mesogastrio, e ictericia franca y progresiva de la piel y las mucosas, con masa palpable de 10 x 10 cm de diámetro. La tomografía computarizada (TC) (fig. 1) pone de manifiesto una masa quística bien encapsulada de contenido heterogéneo en la cabeza-cuerpo del páncreas, que comprime el hilio hepático, con dilatación de la vía biliar intra-extrahepática, distensión vesicular y compresión de la vena cava. Los datos analíticos muestran un hematocrito del 29% con 9,4 g/dl de hemoglobina, actividad del 54%, bilirrubina total de 7,2 mg/dl, GGT de 676 U/l y fosfatasa alcalinas de 285 U/l.

Como pseudoquistes de páncreas complicado con hemorragia intraquística, se intervino observando, en el acto operatorio, una hipertensión portal con gruesos cordones varicosos y un pseudoquiste de cabeza-cuerpo, de unos 10 x 10 cm de diámetro, con una pared gruesa que sobresalía a través del epiplón gastrocólico, comprimiendo y desplazando la vía biliar extrahepática y la segunda rodilla duodenal, con una vesícula biliar a tensión. Se practicó una colecistectomía y colangiografías peroperatorias (fig. 2), que mostraron el desplazamiento y la elongación de la vía biliar principal, la dilatación de la vía biliar intra-

hepática y el rechazo del marco duodenal. Se abrió la cúpula del pseudoquiste, obteniendo 800 ml de contenido líquido serohemático, coágulos recientes y un grueso vaso arterial de la pared, que sangraba profusamente. Se realizó hemostasia y amplia quistogastrostomía en la porción más declive del antro gástrico. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones.

Comentario

El inicio clínico habitual del pseudoquiste de páncreas requiere del diagnóstico diferencial con un brote agudo de pancreatitis. Entre sus complicaciones, la hemorragia intraquística es poco usual. En ocasiones, como ocurrió en nuestro caso, el crecimiento del pseudoquiste por el fenómeno hemorrágico, produce una compresión y la elongación de la vía biliar principal, y una ictericia obstructiva; se palpa una masa en el mesogastrio y se constata la disminución del hematocrito.

Se trata, pues, de un caso clínico poco usual, con imágenes muy demostrativas de su proceso evolutivo, por lo que el paciente precisaba la cirugía ante el deterioro clínico progresivo secundario a la magnitud del fenómeno hemorrágico intraquístico.

Gregorio Castellanos, Antonio Piñero y Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.