



V-058 - PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS: QUISTOGASTROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Medina Ortiz, José Antonio; Díaz Milanés, Juan Antonio; de Santos Iglesias, Francisco Juan; Lledó Izquierdo, Isabel

Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres.

Resumen

Objetivos: Revisar las opciones terapéuticas de los pseudoquistes pancreáticos. Describir la quistogastrostomía laparoscópica como tratamiento seguro y eficaz en casos seleccionados.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un hombre de 57 años, con antecedentes de cólicos biliares de repetición, pancreatitis aguda biliar, y en seguimiento por pseudoquiste pancreático de cuerpo de unos 4 cm de diámetro. Es intervenido de forma programada de colecistectomía laparoscópica, siendo alta sin incidencias. Al cuarto día postoperatorio, acude a urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 24 horas de evolución. No signos de irritación peritoneal. En la analítica presenta leve aumento de los leucocitos, neutrófilos y PCR. Solicitamos TC abdominal urgente: pseudoquiste pancreático (cabeza-cuerpo) de unos 12 × 7 cm en contacto con cara posterior gástrica. Ingresa en nuestro servicio con tratamiento médico conservador durante una semana, y se programa intervención quirúrgica. Realizamos quistogastrostomía laparoscópica en posición francesa, con un trócar de Hasson supraumbilical, trócar de 12 mm en flanco derecho y dos trócares de 5 mm en hipocondrio y flanco izquierdos. Realizamos quistogastrostomía mecánica con endograpadora en cara posterior gástrica a través de gastrostomía anterior (técnica que puede apreciarse en el vídeo enviado). El postoperatorio cursa sin incidencia. En seguimiento clínico y radiológico el paciente permanece asintomático y se comprueba un adecuado drenaje del pseudoquiste pancreático.

Discusión: Los pseudoquistes pancreáticos se producen en un 10% de los pacientes que presentan una pancreatitis aguda. También se producen en el contexto de pancreatitis crónica y traumatismos pancreáticos. Los pseudoquistes pancreáticos se definen como colecciones de líquido pancreático peripancreáticas, con pared bien definida, a partir de las cuatro semanas de una pancreatitis aguda (o traumatismo pancreático). El diagnóstico se realiza con la TC y la RMN, dentro del contexto de pancreatitis aguda o traumatismo pancreático previo. El 40-50% se resuelven de forma espontánea. Sin embargo, en aquellos de un tamaño superior a 6 cm, crecimiento rápido, sintomáticos o con un tiempo de evolución mayor de 6 semanas, se ha demostrado un escaso porcentaje de resolución espontánea, y está indicado su drenaje. Existen diferentes opciones para el drenaje: Drenaje percutáneo (desaconsejado en la actualidad por el alto índice de fístula pancreática). Drenaje endoscópico (transmural gástrico y/o stent transpapilar pancreático). Buen resultado en pseudoquistes pancreáticos pequeños y medianos. La hemorragia es la complicación más frecuente. Tasa de recurrencia de un 10-15%, aumentada en relación al tamaño del pseudoquiste. Drenaje

quirúrgico: quistogastrostomía y quistoyeyunostomía en Y de Roux como técnicas más frecuentes. Si se sospecha un pseudoaneurisma, debe confirmarse con angiografía y realizar embolización previa al drenaje. La elección de drenaje endoscópico Vs quirúrgico depende de la experiencia del centro en la realización de estos procedimientos, así como tamaño, localización, y relación con la pared posterior gástrica del pseudoquiste. La quistogastrostomía laparoscópica es una técnica segura y eficaz en el tratamiento de pseudoquistes pancreáticos grandes, en íntima relación con la pared posterior gástrica.