



P-276 - PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO COMO HERNIA INGUINAL

Tamarit Blasco, Marta; Granel Villach, Laura; Bellver Oliver, Manuel José; Moya Herraiz, Ángel Antonio; Jara Benedetti, Génesis María; López Loscos, Elena; Abdelkader Mohamed, Navil; Laguna Sastre, Jose Manuel

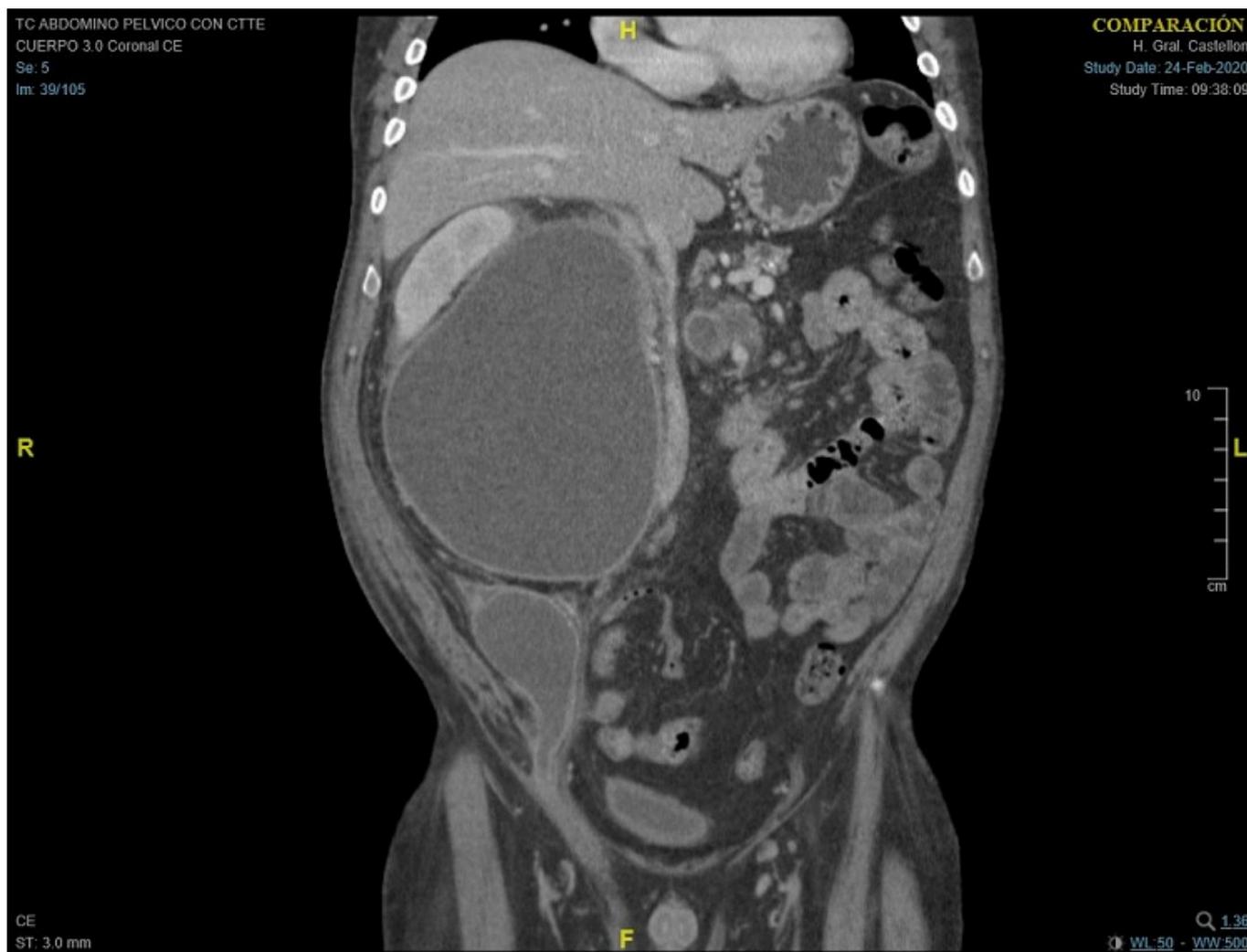
Hospital General, Castellón de la Plana.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso clínico de un pseudoquiste pancreático gigante que se debutó como hernia inguinal.

Caso clínico: Paciente de 53 con hábito enólico moderado y fumador que acude a Urgencias por aparición de una tumoración a nivel inguinal derecho que es dolorosa e irreductible. Se realiza ecografía abdominal que identifica una colección de aspecto quístico retroperitoneal de gran tamaño sin septos ni polos en su interior y otra colección en fosa ilíaca derecha con presencia de septos y contenido heterogéneo que se introduce a través del canal inguinal hacia la bolsa escrotal. Tras estos resultados, se solicita TAC abdominal que identifica una colección retroperitoneal lobulada, que se extiende desde la vertiente posterior del cuello pancreático al espacio pararenal posterior derecho en íntimo contacto con el músculo psoas, alcanzando una medida aproximada de 13,7 × 13,7 × 19 cm. Otra colección situada caudalmente a la anterior, que alcanza el canal inguinal, que mide aproximadamente 6,2 × 9 × 12 cm y un páncreas atrófico, con múltiples calcificaciones groseras y dilatación del conducto pancreático principal en cuerpo y cola pancreática con líquido peripancreático y perirrenal derecho. Hallazgos que sugieren un pseudoquiste pancreático asociado a una pancreatitis crónica probablemente reagudizada. El paciente ingresa en planta de Medicina Digestiva. Durante el ingreso, el paciente presenta un discreto incremento de la edematización en torno al quiste, con aumento del edema testicular y peneano que requiere colocación de sonda vesical para asegurar la diuresis. Presenta picos febriles, sin aislamiento microbiológico, que ceden tras tratamiento empírico con imipenem. Se intenta el drenaje del pseudoquiste mediante ecoendoscopia sin conseguir acceso al mismo, por lo que se comenta el caso con Cirugía General para valoración de tratamiento quirúrgico. Finalmente, el paciente es programado para la realización de un Partington-Rochelle. Durante la cirugía, se identifica un gran absceso pancreático que ocupa todo el lado derecho del abdomen de unos 30 cm de diámetro. Tras la apertura de la transcavidad de los epiplones, se visualiza un páncreas fibroso y retraído. Mediante ecografía, se identifica el Wirsung que presenta una dilatación de unos 15mm desde la cabeza a la cola pancreática. Se procede a la apertura del conducto y a la extracción de numerosos cálculos en el ducto, hasta permeabilizar la salida al duodeno. Finalmente se realiza la anastomosis pancreaticoyeyunostomía latero-lateral con hilo barbado. Tras esto, se procede a la disección y drenaje del pseudoquiste en su porción más baja obteniendo salida de gran cantidad de líquido purulento. El paciente evoluciona de forma favorable durante el posoperatorio inmediato por lo que

se procede al alta hospitalaria con control por CCEE de Cirugía. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático, sin episodios de dolor ni clínica de insuficiencia pancreática asociada.



Discusión: Entre las complicaciones de la pancreatitis destaca la formación de pseudoquistes pancreáticos que albergan colecciones encapsuladas de secreciones pancreáticas que pueden extenderse a espacios y órganos vecinos y hacia el escroto. Se decidió la presentación de este caso dado la forma atípica de presentación del pseudoquiste pancreático.