



Drenaje percutáneo transgástrico de pseudoquistes pancreáticos, también en los de origen traumático

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés la carta al director publicada por Reguero Llorente et al¹ en su Revista. En ella se hacía referencia al tratamiento del pseudoquiste pancreático mediante drenaje percutáneo transgástrico. No obstante, en su artículo no se comentan los detalles clínicos, por lo que desconocemos si se trata de un único caso y, de ser así, la edad, el origen del pseudoquiste, el resultado del tratamiento, etcétera.

Durante la XV Reunión Nacional de Cirugía, celebrada en Sevilla en 2005, tuvimos la oportunidad de presentar nuestra experiencia en el tratamiento de un pseudoquiste del páncreas de origen traumático en un paciente joven (16 años), en el que se demostró laceración mayor del ducto pancreático². Este quiste fue drenado de forma percutánea mediante un abordaje transgástrico, con buenos resultados y sin recidiva casi 3 años más tarde.

El tratamiento de los pseudoquistes traumáticos pancreáticos, cuando se demuestra laceración mayor del ducto, ha sido clásicamente la cirugía, con diferentes recursos quirúrgicos. Sin embargo, en los últimos años, gracias a los avances en técnicas de imagen, se han publicado casos similares al nuestro en los que la lesión mayor del conducto pancreático no condicionaba un tratamiento quirúrgico. Así se observa en los trabajos de Shilyansky et al³, Ohno et al⁴, Burnweit et al⁵, Jaffe et al⁶ y Lucaya et al⁷, entre otros, que reservan la cirugía para casos en los

que el drenaje percutáneo no es eficaz. La vía de abordaje para situar el drenaje varía según la preferencia de los autores. Jaffe et al⁶ recomiendan situarlo entre el lóbulo izquierdo del hígado y el estómago o entre el estómago y el bazo, ya que, según ellos, el emplazamiento transgástrico sería más fácilmente desplazable a causa de los movimientos respiratorios o peristálticos. Por el contrario, Burnweit et al⁵ prefieren el transgástrico. En nuestro caso, el abordaje transgástrico, que se realizó de forma obligada por el gran tamaño del pseudoquiste, dio buenos resultados y no hubo evidencia de peritonitis, hemorragia, fístula o complicaciones por su desplazamiento, por lo que lo consideramos una buena opción en situaciones similares. El papel de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha referido en numerosas ocasiones como una buena opción para conocer la integridad del conducto pancreático. Sin embargo, si se opta por una actitud conservadora mediante drenaje percutáneo, saber si éste está lesionado no cambiará nuestra actitud, por lo que podría evitarse en la mayoría de los casos⁷.

Por otro lado, el uso de octreotida está menos extendido y su utilidad en la edad pediátrica/adolescencia es poco conocida. No hay estudios comparativos entre el drenaje percutáneo con administración de octreotida y sin ella. La octreotida es un octapéptido análogo de la somatostatina, con una acción similar a la de ésta pero con una semivida de 90-113 min, lo que permite su administración subcutánea o intravenosa. Se ha demostrado que la octreotida, entre otras acciones conocidas, inhibe la secreción pancreática exocrina, por lo que, como en las fístulas pancreáticas posquirúrgicas, disminuye el débito por el drenaje de un pseudoquiste⁸. La dosis inicial recomendada es de 0,1 mg/día, aunque puede incrementarse si en 2-3 días no se evidencia disminución de la producción. En nuestro caso hubo que aumentarla hasta 0,4 mg/día. Se han descrito complicaciones con el uso de octreotida, como el dolor en el lugar de inyección, litiasis biliar o alteraciones en el crecimiento, que nosotros no apreciamos en nuestro paciente.

En resumen, felicitamos a Reguero Llorente et al¹ por su artículo y coincidimos con ellos en que el drenaje percutáneo por vía transgástrica es una buena opción para el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos. Según nuestra experiencia, puede ser una alternativa también en los casos en que el pseudoquiste sea de origen traumático en pacientes jóvenes. Asimismo, el uso de octeotrida puede ser de utilidad en estos casos.

**David Martínez-Ramos^a, Manuel Cifrián-Pérez^b,
José H. García-Vila^b y José Luis Salvador-Sanchís^a**

^aServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón. Castellón. España.

^bServicio de Radiología. Hospital General de Castellón. Castellón. España.

quiste traumático de páncreas con laceración mayor del ducto mediante drenaje percutáneo y octreotida. *Cir Esp.* 2005;78 Supl 1:214.

3. Shilyansky J, Sena LM, Kreller M, et al. Nonoperative management of pancreatic injuries in children. *J Pediatr Surg.* 1998;33:343-9.
4. Ohno Y, Ohgami H, Nagasaki A, Hirose R. Complete disruption of the main pancreatic duct: a case successfully managed by percutaneous drainage. *J Pediatr Surg.* 1995;30:1741-2.
5. Burnweit C, Wesson D, Stringer D, Filler R. Percutaneous drainage of traumatic pancreatic pseudocysts in children. *J Trauma.* 1990;30:1273-7.
6. Jaffe RB, Arata JA, Matlak ME. Percutaneous drainage of traumatic pancreatic pseudocysts associated with pancreatic duct laceration in children. *AJR Am J Roentgenol.* 1989;152:591-5.
7. Lucaya J, Vázquez E, Caballero F, et al. Non-operative management of traumatic pancreatic pseudocysts associated with pancreatic duct laceration in children. *Pediatr Radiol.* 1998;28:5-8.
8. D'Agostino HB, Van Sonnenberg E, Sánchez RB, et al. Treatment of pancreatic pseudocysts with percutaneous drainage and octreotide. *Radiology.* 1993;187:685-8.

Bibliografía

1. Reguero Llorente E, Aldea Martínez J, Aguado García M, Velasco Ballesteros R. Drenaje percutáneo transgástrico de pseudoquiste pancreático. *Cir Esp.* 2007;81:289.
2. Martínez-Ramos D, Miralles-Tena JM, Salvador-Sanchís JL, Escrig-Sos J, Cisneros-Reig I, García-Calvo R. Tratamiento de un pseudo-