

CASE REPORTS / REPORTE DE CASO

Cistogastrotomía laparoscópica como tratamiento para pseudoquiste pancreático: reporte de un caso.

Laparoscopic cystogastrostomy as a treatment for pancreatic pseudocyst: a case report.

Gabriel Medina-Donoso¹, Paúl Espinosa-Calderón², Secundino Gonzalez-Pardo³, Wilmark Báez-Morales⁴.

DOI. 10.21931/RB/2019.04.04.9

Resumen: El pseudoquiste pancreático es una de las complicaciones locales tardías de la pancreatitis aguda, para el manejo de esta entidad existen múltiples estrategias que van desde el manejo expectante, terapia mínimamente invasiva y la resolución quirúrgica. Al ser la cirugía el tratamiento definitivo, el abordaje laparoscópico toma fuerza como estrategia en pacientes seleccionados. Paciente femenina de 47 años de edad con múltiples comorbilidades con cuadro de pancreatitis de origen biliar con desarrollo ulterior de pseudoquiste pancreático en quien se decide resolución quirúrgica con abordaje laparoscópico. El abordaje laparoscópico muestra varios resultados favorables; con una duración del procedimiento de 170 minutos en promedio; la técnica abierta muestra varias complicaciones: fístulas pancreáticas en el 40%, fístulas entéricas del 20%, hernia incisional del 25%, y mortalidad del 9 al 25%; la gastrocistostomía por vía laparoscópica permite crear una comunicación entre el quiste y el estómago mucho más amplia en comparación con el abordaje endoscópico, hemostasia segura y mejor manejo de las complicaciones. La cirugía para el tratamiento del pseudoquiste continúa siendo la piedra angular; el abordaje laparoscópico muestra las ventajas propias de la laparoscopia, con menores tasas de morbilidad en comparación con los abordajes abiertos.

Palabras clave: Pseudoquiste pancreático, laparoscopia, cistogastrotomía.

Abstract: The pancreatic pseudocyst is one of the late local complications of acute pancreatitis, for the management of this entity, there are multiple strategies that range from expectant management, minimally invasive therapy and surgical resolution. Since surgery is the definitive treatment, the laparoscopic approach takes force as a strategy in selected patients. A 47-year-old female patient with multiple comorbidities with pancreatitis of bile origin with subsequent development of pancreatic pseudocyst in whom surgical resolution with a laparoscopic approach is decided. Discussion: The laparoscopic approach shows favorable results; with a procedure duration of 170 minutes on average; the open technique shows several complications: pancreatic fistulas in 40%, enteric fistulas of 20%, incisional hernia of 25%, and mortality of 9 to 25%; Laparoscopic gastrocystostomy allows a much wider communication between the cyst and stomach compared to the endoscopic approach, safe hemostasis and better management of complications. Surgery for the treatment of pseudocyst continues to be the cornerstone; The laparoscopic approach shows the advantages of laparoscopy, with lower morbidity rates compared to open procedures.

Key words: Pancreatic pseudocyst, laparoscopy, cystogastrostomy.

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos forman parte de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda; específicamente se considera como una forma madura de colección peripancreática que en general se forma a las 4 semanas del inicio del proceso agudo de la enfermedad con una pared fibrosa que lo circunscribe y que además en la mayoría de los mismos no suelen existir restos de tejido pancreático necrótico^{1,2}. Para el manejo y tratamiento de esta patología se han reportado varios métodos de drenaje así como también la conducta expectante dependiendo de las características del quiste; en cuanto al abordaje quirúrgico la técnica estándar mediante laparotomía y confección de derivación entre el pseudoquiste y el estómago o el intestino muestra una morbilidad importante y no despreciable según algunos estudios que van desde el 5 hasta el 25%³; de igual manera el abordaje por vía laparoscópica y la confección de una cistogastrotomía es una opción válida en la actualidad con resultados favorables en los estudios realizados⁴ La tasa de conversión hacia laparotomía según algunas series es de aproximadamente 3,3 %, morbilidad del 3,3%, y con una recidiva del 7%⁵. A pesar del advenimiento de

las técnicas mínimamente invasivas como las endoscópicas; la cirugía, abierta o laparoscópica, continúa siendo de elección al momento e incluso con mejores resultados según algunos autores⁶. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino con varias comorbilidades y con episodios de pancreatitis a repetición, quien acude a nuestra casa de salud con cuadro de dolor abdominal en quien posterior a realización de estudios tomográficos se diagnostica de pseudoquiste pancreático, al tratarse de una paciente con varias comorbilidades y que posee indicaciones de resolución quirúrgica del pseudoquiste, se eligió el abordaje laparoscópico con gastrotomía anterior y con cistogastrotomía posterior con endograpadora lineal.

Caso clínico

Información del paciente: Paciente femenina de 47 años de edad, con antecedentes clínicos de Diabetes Mellitus en tratamiento con insulina; lupus eritematoso sistémico en tratamiento con prednisona; artritis reumatoidea hace 2 años en

¹ Médico Cirujano, Servicio de Cirugía General Hospital IESS-Ibarra. Docente Universidad Católica del Ecuador-Facultad de Medicina, Ecuador.

² Médico Anestesiólogo, Servicio de Anestesiología Hospital IESS-Ibarra. Docente Universidad Técnica del Norte - Facultad Ciencias de la Salud, Ecuador.

³ Médico Anestesiólogo. Docente Investigador Universidad Técnica del Norte - Facultad Ciencias de la Salud, Ecuador.

⁴ Médico Magíster en Gerencia de Salud y Desarrollo Local. Docente Investigador Universidad Técnica del Norte - Facultad Ciencias de la Salud, Ecuador.

tratamiento con azatioprina; síndrome de Cushing inducido por medicamentos; hipertensión arterial en tratamiento con losartan. Quirúrgicos: incontinencia urinaria colocación banda t.o.t, hemorroidectomía y salpingectomía bilateral.

Hallazgos clínicos y evaluación diagnóstica: Acude por presentar cuadro de alteración del estado de conciencia, malestar general, decaimiento, dolor abdominal difuso, alza térmica. Se descarta causas relacionadas a patología de base. Se realizan exámenes complementarios, diagnosticando pancreatitis aguda de origen biliar BALTAZAR tipo E (escala APACHE 8), teniendo como complicación pseudoquiste pancreático, se instaura manejo clínico. A las seis semanas presenta cuadro de dolor abdominal de tipo punzante EVA 7/10 moderada intensidad, alza térmica no cuantificada, dificultad respiratoria, disnea de moderados esfuerzos, disuria poliaquiria. Se diagnostica de pancreatitis re-agudizada asociada a derrame pleural izquierdo y pseudoquiste previo. Al ingreso consciente, orientada, hidratada, febril, taquicárdica, tórax expansibilidad conservada, campos pulmonares murmullo vesicular disminuido en bases pulmonares bilaterales, abdomen suave depresible doloroso en epigastrio y hemi-abdomen izquierdo sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio: Leucocitos 10540 /ml, Neutrófilos 84.1%, Hb 11.1 gr/dl, Hto 36.7 % Plaquetas 297000 por mm³, Creatinina 0.79 mg/dl, Amilasa 367 mg/dl, Lipasa 1384 mg/dl, Sodio 139 mEq/l, Potasio 4.96 mEq/l, Cloro 100 mEq/l; Gasometría arterial: pH 7.46, PCO₂: 29.8 mmHg, PO₂: 67.5 mmHg, HCO₃: 20.8 mEq/l, Saturación de oxígeno:

94% (escala APACHE 8). Urocultivo: E. Coli multisensible, Hemocultivo: S. Aureus multisensible.

Intervención terapéutica: Paciente es ingresada por el servicio de medicina interna por sus múltiples comorbilidades y por su cuadro sepsis de origen urinario se instaura antibióticoterapia a base de imipenem. Una vez superado el cuadro séptico, es trasladada al servicio de cirugía general para la resolución de pseudoquiste pancreático. Se decide realizar tratamiento quirúrgico con abordaje laparoscópico y confección de cistogastrostomía. Procedimiento Quirúrgico: Colecistectomía, Cistogastrostomía transgástrica, necrosectomía y drenaje. Obteniendo los siguientes hallazgos:

- Adherencias laxas hepatoparietales, vesícula biliar 6x3x3 cm con barro biliar
- Cístico delgado, largo, arteria posterior
- Pseudoquiste 20 x 20 cm, protruyente hacia la curvatura gástrica mayor
- Líquido purulento 300 ml
- Necrosis peripancreática en moderada cantidad

Paciente inicia tolerancia oral al quinto día sin signos de SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica). Se progresa dieta en los días posteriores, con laboratorio dentro de parámetros normales. Se da el alta al noveno día, en buenas condiciones; nuevo control tomográfico previo al alta con evidencia de pseudoquiste ausente, sin colecciones. Control posterior en consulta externa a los 5 días del alta y a los 14 del

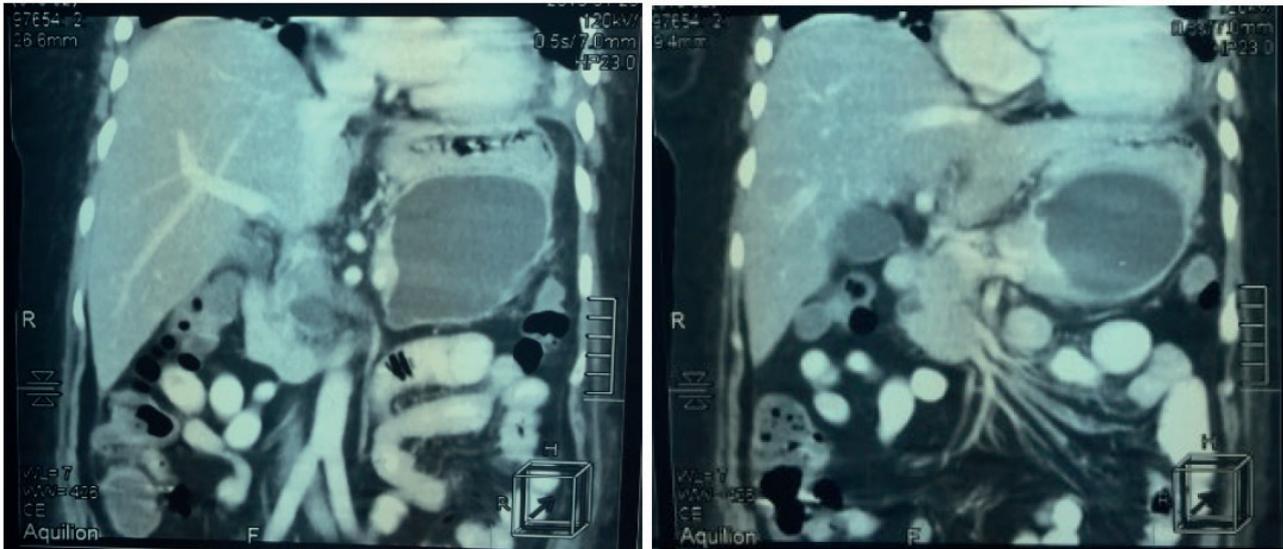


Figure 1. TAC S/C abdomen y pelvis: presencia de pseudoquiste pancreático de 9cm x 6cm que compromete cola y cuerpo de páncreas no líquido libre en cavidad.

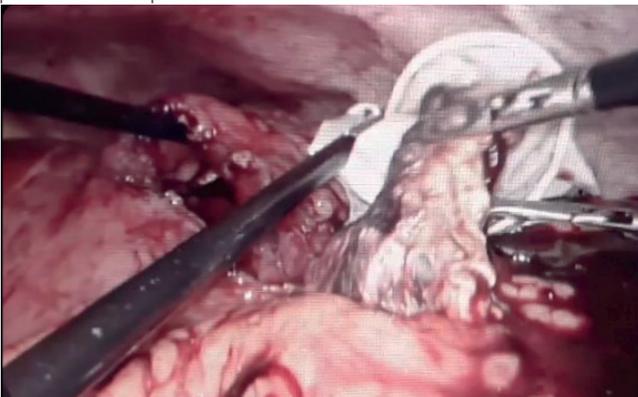


Figure 2. Drenaje de pseudoquiste y excéresis de necrosis pancreática.

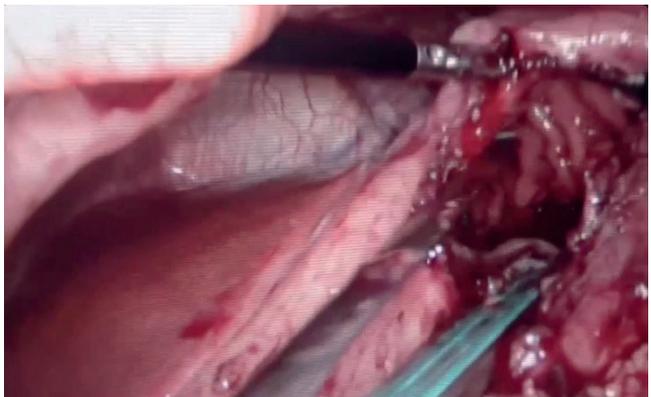


Figure 3. Confección de cistogastrostomía con sutura mecánica y reforzamiento.

procedimiento con buena evolución, se decide retiro de drenaje de Jackson Pratt y continuar con controles cada mes.

Discusión

El abordaje laparoscópico del pseudoquiste pancreático muestra resultados favorables, tal y como se describió en nuestra paciente, citando algunos autores incluso con tasas nulas de recidiva cuando se utiliza el abordaje posterior con una única gastrostomía^{7,8}. En nuestro caso, tal y como se describe en las series mundiales, el tratamiento del pseudoquiste se lo realiza a los 64 días del episodio agudo. En algunos estudios la duración del procedimiento por vía laparoscópica es en promedio de 170 minutos⁸. Tal y como se describen en las series de casos, la ventaja del abordaje laparoscópico radica en la recuperación más rápida y las menores tasas de morbilidad y mortalidad. Dentro de las complicaciones reportadas en la técnica abierta y que no están presentes cuando el abordaje es laparoscópico se describen: fístulas pancreáticas en el 40%, fístulas entéricas del 20%, hernia incisional del 25%, y con una tasa de mortalidad que va desde el 9 al 25%⁹. Tomando en cuenta los mismos en nuestro caso no se encontraron dichas complicaciones. El abordaje laparoscópico mostró ventajas evidentes. La recuperación fue completa en menos de una semana, lo que nos podría indicar que además de las ventajas descritas de los abordajes mínimamente invasivos, al tratarse de pacientes con comorbilidades asociadas la opción laparoscópica muestra beneficios potenciales. Kerri en el 2014 realiza una descripción de tipo retrospectiva de 22 casos con pseudoquiste pancreático sintomático en quienes se realizó una derivación cistogástrica por vía anterior reportando una mortalidad del 0%; en su trabajo describe los 10 pasos del procedimiento empleado en donde a diferencia del realizado en nuestra paciente, se utiliza una guía endoscópica y los trocares de trabajo se colocan dentro del estómago, además del uso del ultrasonido para verificar la ubicación de la colección¹⁰. Como ventaja adicional la gastrocistostomía por vía laparoscópica permite crear una comunicación entre el quiste y el estómago mucho más grande en comparación con el abordaje endoscópico, la hemostasia se asegura de mejor manera, y el mejor manejo de las complicaciones durante el procedimiento si estas ocurren¹¹. No existen muchos estudios que valoren el resultado a largo plazo de la técnica descrita por lo que con el adecuado entrenamiento en la técnica y un seguimiento de los casos podemos iniciar la descripción de los resultados obtenidos^{12,13}.

Conclusiones

El abordaje quirúrgico para el tratamiento de las complicaciones posteriores a la pancreatitis aguda como los pseudoquistes e incluso la necrosis y los abscesos continúa siendo la piedra angular, a pesar del desarrollo actual de las técnicas endoscópicas. Dentro de esta perspectiva, el abordaje laparoscópico muestra las ventajas propias de la laparoscopia, con menores tasas de morbilidad en comparación con los abordajes abiertos; por lo tanto, estas ventajas deben ser tomadas en cuenta en pacientes seleccionados y en quienes exista indicación quirúrgica, con beneficio extra en pacientes con comorbilidades debido a la pronta recuperación y a un mejor manejo postquirúrgico.

Referencias bibliográficas

1. Banks P, Bollen T, Devernis C. Clasificación de aguda pancreatitis: revisión de la Atlanta clasificación. *Gut*. 2013; p. 62:102.
2. Douglas A, Raj J. Walled-off pancreatic fluid collections (including pseudocysts); UptoDate. [Online].; 2015 [cited 2016. Available from: www.uptodate.com.
3. Bergman S, Melvin W. Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am*. 2007; p. 87.
4. Frantzides C, Ludwig K, Redlich P. Laparoscopic management of a pancreatic pseudocyst. *J Laparoendosc Surg*. 1994; p. 4:55.
5. Numan H, Basil JA. Laparoscopic Drainage of Pancreatic Pseudocysts: a Methodological Approach. *J Gastrointest Surg*. 2010; 155: p. 12:148.
6. Lora M, Riad A, Beddow K. Primary and overall success rates for clinical outcomes after laparoscopic, endoscopic, and open pancreatic cystgastrostomy for pancreatic pseudocysts. *Surg Endosc*. 2009; 23: p. 267-271.
7. Takatsugu , Kenji. Long-Term Outcome of Laparoscopic Cystogastrostomy Performed Using a Posterior Approach with a Stapling Device. *Digesty Surgery*. 2009; 26: p. 110-114.
8. Worhunsky D, Motaz Q. Laparoscopic Transgastric Necrosectomy for the Management of Pancreatic Necrosis. *Journal of American College of Surgeons*. 2014.
9. Babu B, Sheen A, Lee S. Open pancreatic necrosectomy in the multidisciplinary management of postinflammatory necrosis. *Annals of Surgery*. 2010; 251: p. 783 - 786.
10. Kerri A, David J, Simo , Niemeier , Ryan Z. Laparoscopic transgastric endolumenal cystogastrostomy and pancreatic debridement. *Surgical Endoscopy*. 2014.
11. Libby E, Taylor J, Mysh D, Schwaitzberg S. Combined laparoscopic cystogastrostomy. *Gastrointest Endosc*. 1999; 50: p. 416-419.
12. Matsutani T, Sasajima K, Miyamoto M, Yokoyama T. Pancreatic cyst associated with pancreas divisum treated by laparoscopy-assisted cystogastrostomy in the intragastric approach: a case report and review of the literature. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2007; 17: p. 317-320.
13. Hamza N, Ammori B. Laparoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: a methodological approach. *J Gastrointest Surg*. 2010; 14: p. 148-155.

Received: 1 octubre 2019

Accepted: 28 octubre 2019