

CAPITULO 478 ANEXOS

Seudoquistes pancreáticos

Enciclopedia de Cirugía Digestiva,
F.Galindo y colab.

ANEXO 1

Importancia de las alteraciones del conducto pancreático en el tratamiento de los seudoquistes

Fernando Galindo

Profesor Cirugía Digestiva
Universidad Católica Argentina
Facultad de Ciencias Médicas, Bs. Aires

El tratamiento de los seudoquistes estuvo basado hasta hace poco solamente en la etiología, el tamaño, el tiempo de evolución y la localización^(10, 3). El advenimiento de métodos menos cruentos para obtención de imágenes de los conductos pancreáticos permitió mejorar las indicaciones terapéuticas. Recién en los últimos años se ha dado importancia a las lesiones del conducto pancreático que predicen y determinan las mayores complicaciones locales de las pancreatitis^(7, 8). El conocimiento de la anatomía de los conductos permite tomar decisiones más precisas, cuando intervenir y seleccionar el tratamiento adecuado. Las comparaciones de los resultados de los distintos procedimientos posibles no son valederos si no se tienen en cuenta las alteraciones ductulares en las indicaciones.

La evaluación por imágenes del conducto pancreático puede realizarse por distintos procedimientos: colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRP), colangiopancreatografía retrógrada (ERCP), con contraste inyectado por drenajes percutáneos u operatorios.

La tomografía contrastada utilizada para valorar el daño pancreático puede dar una sospecha de

las condiciones en que se encuentra el conducto. La elección de otros procedimientos debe adecuarse al momento evolutivo y condiciones del paciente. Afortunadamente, la colangiopancreatografía por resonancia magnética puede mostrar la imagen del conducto independientemente del estado clínico. En cambio, el ERCP tiene limitaciones por su morbilidad, por lo que debe realizarse alejado de la fase aguda y previo a la intervención sobre el seudoquiste, ya sea operatoria, endoscópica o percutánea⁽⁷⁾.

Clasificación de los cambios ductales asociados a seudoquistes.-

Neolan⁽⁸⁾ los divide en 4 tipos (Fig. 1):

Tipo I Conducto pancreático normal

Tipo II Estrictura del conducto pancreático.

Tipo III Oclusión del conducto pancreático, desconectado.

Tipo IV Conducto pancreático dilatado (propio de las pancreatitis crónicas).

A su vez, cada tipo se clasifica en **a** y **b**: **a** cuando no hay comunicación del quiste con el conducto y **b** cuando hay conexión. Consideramos que sería más apropiado hablar de comunicación i demostrable o no por imágenes. El líquido de los seudoquiste es jugo pancreático y por lo tanto la comunicación siempre existe. Se trataría de pequeñas comunicaciones que con la descompre-

GALINDO F.: Importancia de las alteraciones del conducto pancreático en el tratamiento de los seudoquistes. Enciclopedia Cirugía Digestiva. F. Galindo y colab. 2010;IV-472 Anexos, 1-3.
www.sacd.org.ar

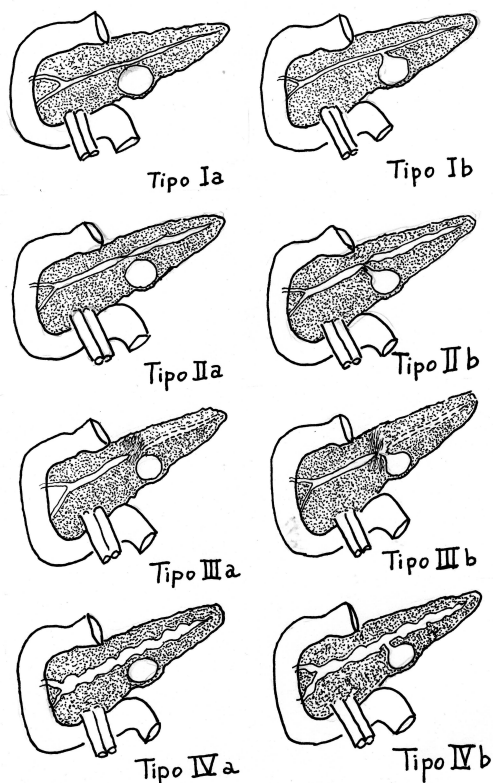


Fig. 1
Distintos tipos de presentación de los pseudoquistes pancreáticos. a) sin conexión ductular y b) con conexión ductular. (Neolon⁸)

sión del quiste son invadidas por la fibrosis, obstruyéndose y llevando a la curación definitiva.

Características de cada uno de los tipos de conducto pancreático.-

En el tipo I los pseudoquistes tienen una posibilidad muy elevada de ir a la resolución espontánea (superior al 85 %) en los que tienen un diámetro que no supere los 6 cm. En los que persisten el drenaje endoscópico o percutáneo sería el más adecuado en el tipo I.

En el tipo II la posibilidad de resolución espontánea se ve muy reducida (alrededor del 5 %). Tiene una estructura del conducto que contribuye a una hipertensión canalicular distal que conlleva a la formación y mantenimiento del pseudoquiste.

En el tipo III la resolución espontánea es muy improbable. La intervención operatoria sería lo

más adecuado en pacientes con conducto desconectado. En esta última situación, la derivación cistoyeyunal sería la forma más conservadora, siendo una conducta más utilizada la resección del páncreas distal. El drenaje transpapilar del páncreas desconectado es una opción buena pero difícil de ser realizada⁽⁹⁾.

En el tipo IV la resolución espontánea es muy baja (inferior al 3 %⁽⁷⁾). Se trata de pancreatitis crónica que generalmente tienen dolor y la indicación operatoria es el drenaje amplio del Wirsung (pancreaticoyunostomía) medida suficiente para tratar el pseudoquiste.

Técnicas quirúrgicas en relación al tipo de conducto.-

La derivación quistoyeyunal con una asa en Y de Roux sigue siendo el "Gold Standar" independientemente de si hay o no comunicación con el Wirsung y sus buenos resultados superan el 95 %^(5, 10, 3, 8). Tiene una morbilidad y mortalidad baja en centros especializados y se realiza también por vía laparoscópica con buenos resultados. Pero esta operación puede ser excesiva en muchos casos del tipo I, no siempre conveniente en el tipo III y no estar indicada en el tipo IV, por lo que procedimientos percutáneos, endoscópicos y transpapilares compiten siendo necesario precisar sus indicaciones.

Los procedimientos de drenaje percutáneos o endoscópicos tienen malos resultados entre 20 a 30% de los casos⁽³⁾. El conocimiento de la anatomía del conducto contribuye a seleccionar los pacientes en las distintas modalidades de tratamiento. Son limitaciones del drenaje endoscópico la inaccesibilidad del conducto pancreático, la localización o el contenido que no favorecen su tratamiento incluyendo también los complicados por un tratamiento endoscópico anterior⁽¹¹⁾.

El drenaje percutáneo es altamente satisfactorio en el tipo I (83 %⁽⁸⁾), en el tipo II en aproximadamente la mitad de los casos (49%) y en el tipo III no se obtienen resultados buenos. No sería una indicación de drenaje percutáneo cuando hay una comunicación al Wirsung con estrictura o con páncreas desconectado. En el tipo IV de Wirsung los tratamientos hechos sobre el pseudoquiste como el drenaje percutáneo, resultan temporarios y terminan requiriendo procedimientos más satisfactorios como el drenaje del Wirsung⁽⁷⁾.

El drenaje transpapilar no es útil en el tipo I y falla en el tipo III de páncreas **desconectado** siendo difícil atravesar la zona de estrictura. Los mejores resultados se obtuvieron en el tipo II ^(1,7). Estos pacientes con drenaje prolongado desarrollan alteraciones ductales de pancreatitis crónica (26%), diabetes (16%), y recidivas del pseudoquistes (45%) ⁽¹⁾.

La cistoyeyunostomía por vía laparoscópica o convencional sigue siendo la operación de

elección en el tipo II y en los del tipo I en que no pudo realizarse drenaje percutáneo o endoscópico.

En el tipo III debe evaluarse el estado del páncreas distal desconectado y las operaciones pueden ir desde una cistoyeyunostomía, a una pancreatectomía distal del sector desconectado con o sin pancreatoyeyunostomía. Los procedimientos de drenaje simplemente por vía endoscópica o quirúrgicas son exitosos inicialmente pero no alejados ⁽⁴⁾

BIBLIOGRAFÍA

- 1)BARON TH, HAREWOOD GC, MORGAN DE y colab.: Outcome differences alter endoscopic drainage of pancreatic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocysts and chronic pancreatic pseudocysts. Gastrointest Endosc 2002; 56:150-152.
- 2)CANNON JW, CALLEY MP, VOLLMEER CM. Diagnosis and Management of pancreatic pseudocysts: what is the evidence? J Am Coll Surg 2009;209:385-395.
- 3)KOHLEH H, SCHAFMAYER A, LUDTKE FE y colab.: Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. Br J Surg 1987; 74:813-815.
- 4)LAWRENCE C, HOWELL DA, STEFAN AM, CONKLIN DE, LUKENS FJ, MARTIN RF, LANDES A, BENZ B: Disconnected pancreatic tail syndrome: potential for endoscopic therapy and results of long-term follow-up. Gastrointest Endosc 2008;67:673-679.
- 5)MARINGHUNI A, UOMO G, PATTI R y colab.: Pseudocysts in acute nonalcoholic pancreatitis incidente and natural history. Dig. Dis Sci 1999; 44: 1669-1679.
- 6)MORTON JM, BROWN A, GALANKO JA y colab.: A nacional comparison of surgical versus percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts: 1997-2001. J Gastrointest Surg 2005;9: 15-20.
- 7)NEALON WH, BHUTANI M, RIALI TS, RAJU, G, OZKAN O, NEILAN R: A unifying concept: pancreatic ductal anatomy both predicts and determines the major complications resulting from pancreatitis. J Am Coll Surg 2009; 208:790-801.
- 8)NEALON WH, WALSER E.: Main pancreatic ductal anatomy can direct Choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage) Ann Surg 2002; 235: 751-758.
- 9)UOMO G, MOLINO D, VISCONTI M y colab.: Incidencia of main pancreatic duct disruption in severe biliar pancreatitis. Am J Surg 1998; 176: 49-52.
- 10)SPIVAK H, GALLOWAY JR, AMERSON JR y colab.: Management of pancreatic pseudocysts. J Am Coll Surg 1998; 186: 507-511.
- 11)WECKMANL, KY y colab.: Endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts. Surg Endosc 2006;20:603-607.