

PSEUDOQUIST PANCREÀTIC

Autores: Melisa Botella Tomàs i Carlota Faci Moreno

ABS Sagrada Família

Correspondència: mbotella@santpau.cat/cfaci@santpau.cat

Revisors: Oriol Rebagliato i Emili Gené

Publicat: maig 2013

Melisa Botella Tomàs i Carlota Faci Moreno (2012)

Pseudoquiste pancreàtic Butlletí: Vol 31:Iss 1, Article 5

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol31/iss1/5>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓ

Els pseudoquistes pancreàtics són col·leccions de líquid pancreàtic ric en amilases, encapsulats per un teixit fibrós i de granulació, que es produeix en el context d'una pancreatitis aguda, traumatisme pancreàtic, obstrucció del conducte pancreàtic, o pancreatitis crònica, com en aquest cas¹.

Representa la complicació més freqüent de pancreatitis aguda, però resulta ser la causa més freqüent de pancreatitis crònica en el context de pacients amb antecedents o consum actiu de enol. Generalment es localitzen a la cua i al cap del pàncreas, i el diagnòstic es realitza mitjançant ecografia i/o TAC.

CAS CLÍNIC

Home de 52 anys que consulta per quadre tòxic d'un mes i mig d'evolució, pèrdua de pes de 6-7kg, epigastràlgia, nàusees i vòmits de predomini vespertí i sensació de plenitud precoç.

Com a antecedents patològics d'interès destaca, fumador de 2.5 paquets /dia, dislipèmia, enolisme crònic moderat (>100gr alcohol/dia); hepatitis alcohòlica amb alteració enzimàtica coneguda, no hepatopatia vírica, i quadre psicòtic als 30 anys amb esquizofrènia residual. Realitza tractament habitual amb simvastatina, haloperidol, alprazolam, olanzapina i àcid fòlico.

A l'exploració física mostrava, moderada afectació de l'estat general, afebril, constants normals i icterícia

mucocutània, l'auscultació cardio-respiratòria era anodina. En l'exploració abdominal, l'abdomen era tou i depressible, dolorós a la palpació profunda a hipocondri dret amb masses indurades a hipocondri dret i epigastri, aparentment independents. Discreta hepatomegàlia, sense esplenomegàlia aparent. Explica colúria, no acòlia

Analíticament destacava leucocitosi amb desviació esquerra, alteració de paràmetres de coagulació, afectació del perfil hepàtic i pancreàtic (FA 312 U/L; GGT 1049 UI/L; AST 506 U/L; ALT 347 U/L; Amilasa 190.1 U/L; Lipasa 255 U/L); elevació de RFA (Ferritina 1074 ng/ml; PCR 85); serologies VHB, VHC, VIH negatives; marcadors tumorals (CEA, CA 19.9, alfaFP, PSA) normals; es va derivar a la unitat de diagnòstic ràpid de l'hospital de referència per descartar procés neoplàstic pancreàtic. Es va realitzar TAC abdominal que es va informar com a massa multilobulada de marges indefinits que compromet de manera difusa el cos i el procés uncinat del pàncreas de 7x6x6cm. La massa infiltra la paret medial de la segona i tercera porció duodenal. Destaca una segona lesió d'aspecte quístic de 4.5 cm en el cos del pàncreas, imatges suggestives de lesions tumorals primàries amb implants tumorals peritoneals adjacents a vesícula biliar.

El cas fou presentat al Comitè de tumors de l'hospital de referència orientant-se com a neoplàsia de pàncreas localment avançat. En l'anàlisi de control realitzada un mes després, destacava normalització del perfil enzimàtic hepàtic i pancreàtic. Es va realitzar un segon TAC (Figura 1) abdominal amb pancreatitis crònica reaguditzada amb col·leccions líquides peripancreàtiques algunes amb signes

sospitosos de sobreinfecció. I fibrogastrosccòpia que descartava qualsevol lesió suggestiva de procés neoplàstic.

Davant la nova valoració de les proves complementàries i l'estabilitat clínica el pacient és donat d'alta amb el diagnòstic de pancreatitis crònica amb pseudoquiste pancreàtic.

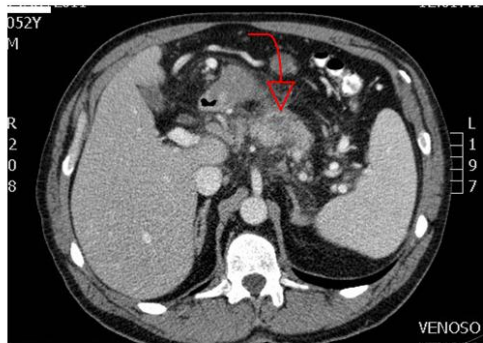


Figura 1.

DISCUSSIÓ

Actualment ha augmentat la incidència del pseudoquiste pancreàtic degut al desenvolupament tecnològic de les proves d'imatge, especialment de la RM i la TC que han afavorit el diagnòstic incidental. La majoria d'aquests quists són detectats en pacients asimptomàtics i presenten una mida petita².

El descobriment d'un quist pancreàtic en pacients asimptomàtics suposa un repte tant en la interpretació radiològica com en el maneig clínic. Durant molt de temps es creia que el quist pancreàtic més freqüent era el pseudoquiste, però neoplàsies quístiques pancreàtica, cistoadenomes serosos, mucinosos i papil·lars intraductals representant actualment la majoria dels pancreàtics que es

detecten en individus asimptomàtics.

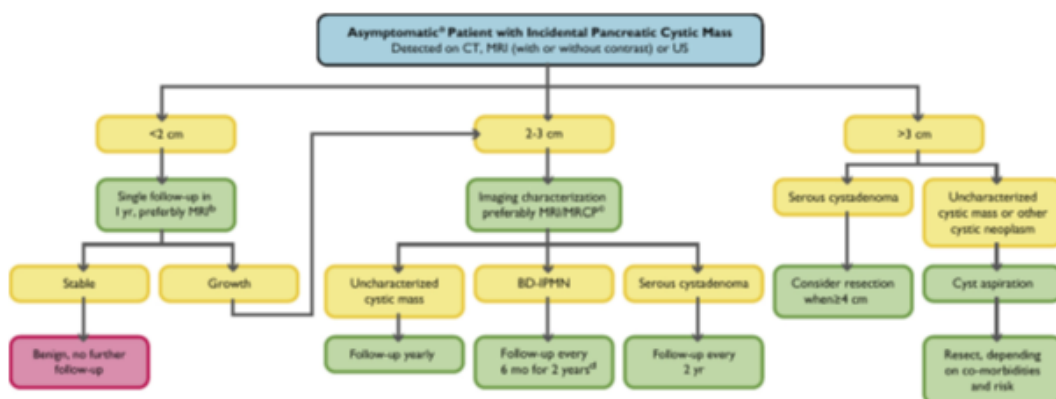
Si bé en el cas que presentem el pacient sí que presentava clínica. La primera interpretació radiològica mitjançant TAC es va orientar com a lesions tumorals primàries, mentre que en el segon TAC practicat un mes després, la descripció era compatible amb col·leccions líquides secundàries a pancreatitis crònica reaguditzada. Hi ha estudis publicats que comparen el diagnòstic radiològic i el quirúrgic posant de manifest, les limitacions del diagnòstic per imatge, creant una gran incertesa i confrontació clínica-radiològica, ja que algunes seran lesions benignes i altres neoplàsies de baix grau.

En el nostre cas, amb el transcurs dels dies la clínica del pacient va anar remetent, romanent asimptomàtic en el moment de l'alta. En aquest punt la qüestió a plantejar és quin és el seguiment posterior més adequat. El maneig pel que fa al seguiment d'aquestes lesions quan l'individu roman asimptomàtic és controvertit. Algun estudi planteja que com que podria tractar-se d'una lesió de baix grau un maneig no invasiu és una controvèrsia acceptable³. No obstant això, hi ha una àmplia literatura que recolza la vigilància com a actitud, basant-se en característiques de la lesió i en el seu creixement lent. Punts determinants per prendre una decisió o una altra són: La mida, la freqüència de malignitat en quists < 2,5 - 3 cm és molt baixa i les característiques morfològiques.

Respecte a la freqüència amb què ha de realitzar-se el seguiment, hi ha diversitat d'opinions. La Sendai guídelines recomana seguiment anual en

quistos menors d'1 cm, cada 3-6 mesos si la mida del quist és 2-3 cm i resecció en els majors de 3cm. L'American College of Radiology guidelines recomana un únic seguiment a l'any en quists menors de 2 cm, un seguiment cada 6 mesos durant 2 anys si la mida

és entre 2-3 cm i per a majors de 3 cm resecció llevat que es tracti d'un cistoadenoma serós es demostrï que és un pseudoquist mitjançant aspiració. El criteri de pes per establir la freqüència de seguiment es l'absència de clínica.



(From Berland LL, Silverman SG, Gore RM, et al. Managing incidental findings on abdominal CT: white paper of the ACR incidental findings committee. *J Am Coll Radiol* 2010;7(10):754-73³.

BIBLIOGRAFIA

1. J. Boix Valverde. Pseudoquist pancreàtic. *Gastroenterologia Integrada* 2000; 1(5):341-350

2. Sébastien Gaujoux, MD, PhD, Murray F Brennan, MD, FACS, Mithat Gonen, PhD, Michael I D'Angelica, MD, FACS, Ronald DeMatteo, MD, FACS, Yuman Fong, MD, FACS, Mark Schattner, MD, Christopher DiMaio, MD, Maria Janakos, BS, William R Jarnagin, MD, FACS, Peter J Allen, MD, FACS. Cystic Lesions of the Pancreas: Changes in the Presentation and Management of 1,424

Patients a Single Institution over a 15-Year Time Period. Vol. 212, No. 4, April 2011 Gaujoux et al Pancreatic Cyst Lesion Management.

3. Megibow AJ, Baker ME, Gore RM, Taylor A. The incidental pancreatic cyst. *Radiol Clin North Am.* 2011 Mar;49(2):349-59. Epub 2011 Jan 11.

4. Salvador Navarro, Joaquín Amadorb, Lidia Argüelloc, Carmen Ayusod, Jaume Boadase, Gonzalo de las Herasf, Antonio Farrég, Laureano Fernández-Cruzh, Àngels Ginési, Luisa Guarnerj, Antonio López Serranok,

Josep Llachi, Félix Lluís, Enrique de Madariam, Juan Martínez, Raúl Matoo, Xavier Moleroj, Lluís Oms, Miguel Pérez-Mateo y Eva Vaquero. Recomendaciones del Club Español Biliopancreático para el Tratamiento de la Pancreatitis Aguda, Conferencia de Consenso. Gastroenterol Hepatol. 2008; 31(6):366-87.