

PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Autoras: Melisa Botella Tomàs y Carlota Faci Moreno

ABS Sagrada Família

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

Revisores: Oriol Rebagliato i Emili Gené

Publicado: mayo 2013

Melisa Botella Tomàs y Carlota Faci Moreno (2012)

Pseudoquiste pancreático Butlletí: Vol 31:Iss 1, Artículo 5

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

*Este es un artículo de Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓN

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones de líquido pancreático rico en amilasas, encapsulados por un tejido fibroso y de granulación, que se produce en el contexto de una pancreatitis aguda, traumatismo pancreático, obstrucción del conducto pancreático, o pancreatitis crónica, como en este caso¹.

Representa la complicación más frecuente de pancreatitis aguda, pero resulta ser la causa más frecuente de pancreatitis crónica en el contexto de pacientes con antecedentes o consumo activo de enol. Generalmente se localizan en cola, y cabeza de páncreas, y el diagnóstico se realiza mediante ecografía y/o TAC.

CAS CLÍNICO

Hombre de 52 años que consulta por cuadro tóxico de un mes y medio de evolución, pérdida de peso de 6-7kg, epigastralgia, náuseas y vómitos de predominio vespertino y sensación de plenitud precoz.

Como antecedentes patológicos de interés destaca, fumador de 2.5 paquetes /día, dislipemia, enolismo crónico moderado (>100gr alcohol/día); hepatitis alcohólica con alteración enzimática conocida, no hepatopatía vírica, y cuadro psicótico a los 30 años con esquizofrenia residual. Realiza tratamiento habitual con simvastatina, haloperidol, alprazolam, olanzapina y ácido fólico.

A la exploración física mostraba, moderada afectación del estado general, afebril, constantes normales e

ictericia muco cutánea, la auscultación cardiorrespiratoria era anodina. En la exploración abdominal, el abdomen era blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho con masas induradas en hipocondrio derecho y epigastrio, aparentemente independientes. Discreta hepatomegalia, sin esplenomegalia aparente. Explica coluria, no acolia

Analíticamente destacaba leucocitosis con desviación izquierda, alteración de parámetros de coagulación, afectación del perfil hepático y pancreático (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); elevación de RFA (Ferritina 1074 ng/ml; PCR 85); serologías VHB, VHC, VIH negativas; marcadores tumorales (CEA, CA 19.9, alfaFP, PSA) normales; se derivó a la unidad de diagnóstico rápido del hospital de referencia para descartar proceso neoplásico pancreático.

Se realizó TAC abdominal que se informó como masa multilobulada de márgenes indefinidos que compromete de forma difusa el cuerpo y el proceso uncinado del páncreas de 7x6x6cm. La masa infiltra la pared medial de la segunda y tercera porción duodenal. Destaca una segunda lesión de aspecto quístico de 4.5cm en el cuerpo del páncreas, imágenes sugestivas de lesiones tumorales primarias con implantes tumorales peritoneales adyacentes a vesícula biliar.

El caso fue presentado al Comité de tumores del hospital de referencia orientándose como neoplasia de páncreas localmente avanzado. En la analítica de control realizada un mes después, destacaba normalización del perfil enzimático hepático y pancreático. Se realizó un segundo TAC (Figura 1) abdominal con pancreatitis

crónica reagudizada con colecciones líquidas peripancreáticas algunas con signos sospechosos de sobreinfección. Y fibrogastroscofia que descartaba cualquier lesión sugestiva de proceso neoplásico.

Frente a la nueva valoración de las pruebas complementarias y la estabilidad clínica el paciente es dado de alta con el diagnóstico de pancreatitis crónica con pseudoquiste pancreático.

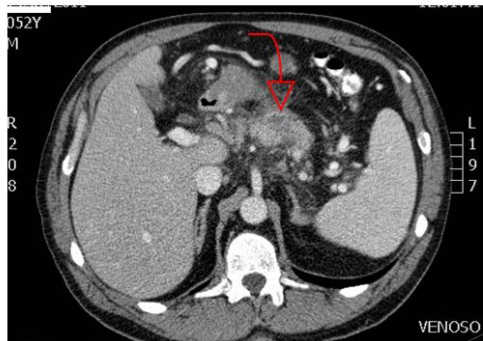


Figura 1.

DISCUSIÓN

Actualmente ha aumentado la incidencia del pseudoquiste pancreático debido al desarrollo tecnológico de las pruebas de imagen, especialmente de la RM y la TC que han favorecido el diagnóstico incidental. La mayoría de estos quistes son detectados en pacientes asintomáticos y presentan un tamaño pequeño².

El descubrimiento de un quiste pancreático en pacientes asintomáticos supone un reto tanto en la interpretación radiológica como en el manejo clínico. Durante mucho tiempo se creía que el quiste pancreático más

frecuente era el pseudoquiste, pero neoplasias quísticas pancreáticas, cistoadenomas serosos, mucinosos y papilares intraductales representan en la actualidad la mayoría de los quistes pancreáticos que se detectan en individuos asintomáticos.

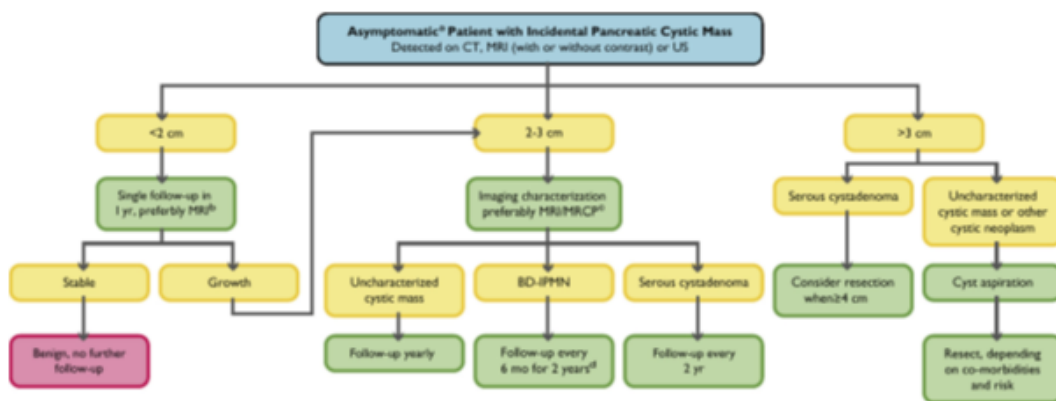
Si bien en el caso que presentamos, el paciente sí presentaba clínica. La primera interpretación radiológica mediante TAC se orientó como lesiones tumorales primarias, mientras que en el segundo TAC practicado un mes después, la descripción era compatible con colecciones líquidas secundarias a pancreatitis crónica reagudizada. Hay estudios publicados que comparan el diagnóstico radiológico y el quirúrgico poniendo de manifiesto, las limitaciones del diagnóstico por imagen, creando una gran incertidumbre y confrontación clínica-radiológica, puesto que algunas serán lesiones benignas y otras neoplasias de bajo grado.

En nuestro caso, con el transcurso de los días la clínica del paciente fue remitiendo, permaneciendo asintomático en el momento del alta. En este punto la cuestión a plantear es cuál es el seguimiento posterior más adecuado. El manejo en cuanto al seguimiento de estas lesiones cuando el individuo permanece asintomático es controvertido. Algún estudio plantea que puesto que podría tratarse de una lesión de bajo grado un manejo no invasivo es una controversia aceptable³. Sin embargo, hay una amplia literatura que apoya la vigilancia como actitud, basándose en características de la lesión y en el crecimiento lento de las mismas. Puntos determinantes para tomar una u otra decisión son: El tamaño, la frecuencia de malignidad en quistes <

2,5 - 3 cm es muy baja y las características morfológicas.

Respecto a la frecuencia con que debe realizarse el seguimiento, hay diversidad de opiniones. La Sendai guidelines recomienda seguimiento anual en quistes menores de 1cm, cada 3-6 meses si el tamaño del quiste es 2-3 cm y resección en los mayores de 3cm. La American College of Radiology

guidelines recomienda un único seguimiento al año en quistes menores de 2cm, un seguimiento cada 6 meses durante 2 años si el tamaño es entre 2-3 cm y para los mayores de 3 cm resección salvo que se trate de un cistoadenoma seroso o se demuestre que es un pseudoquiste mediante aspiración. El criterio de peso para establecer la frecuencia de seguimiento es la ausencia 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Boix Valverde. Pseudoquiste pancreático. *Gastroenterología 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 Lluisl, Enrique de Madariam, Juan Martínezn, Raúl Matoon, Xavier Molerroj, 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.