

Pseudoquiste pancreático gigante idiopático

Idiopathic giant pancreatic pseudocyst

Damaris Areli García-Cabra,^{*,‡} Jorge Ernesto López-Díaz,^{*,§}
Mauricio Javier Valerdi-Cadena,^{*,§} Fernando Caballero-Castro^{*,§}

Palabras clave:

páncreas,
pseudoquiste
pancreático,
pancreatitis,
neoplasias,
laparoscopia.

Keywords:

pancreas, pancreatic
pseudocyst,
pancreatitis,
neoplasms,
laparoscopy.

RESUMEN

Las lesiones quísticas pancreáticas se clasifican en colecciones inflamatorias de líquido pancreático, quistes verdaderos y neoplasias pancreáticas quísticas. Su caracterización es crucial para determinar el abordaje. El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente de pancreatitis y requiere de una evaluación integral que determine su origen. Se trata de paciente femenino con diagnóstico previo de pseudoquiste pancreático sin antecedente de pancreatitis. Presenta tumor epigástrico y estudios de imagen compatibles con dicha patología. Páncreas con dos lesiones ovoideas de bordes lobulados bien definidos, marcadores tumorales en rangos normales. Se realiza cistogastroanastomosis laparoscópica. El pseudoquiste pancreático gigante idiopático es una complicación poco documentada. En este caso descartamos quistes verdaderos y neoplasias pancreáticas quísticas previo a tratamiento definitivo.

ABSTRACT

Pancreatic cystic lesions are classified in inflammatory collections of pancreatic fluid, true cysts, and cystic pancreatic neoplasms. Its characterization is crucial in determining the approach. Pancreatic pseudocyst is a frequent complication of pancreatitis and requires a comprehensive evaluation to determine its origin. It is female patient, with previous diagnosis of pancreatic pseudocyst without a history of pancreatitis. It presents epigastric tumor and imaging studies compatible with this pathology. Pancreas with two ovoid lesions with well-defined lobulated edges, tumor markers in normal ranges. Laparoscopic cystogastroanastomosis is performed. The idiopathic giant pancreatic pseudocyst is a poorly documented complication. In this case we rule out true cysts and pancreatic cystic neoplasms prior to definitive treatment.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas pancreáticas se pueden clasificar patológicamente en colecciones inflamatorias de líquido pancreático, quistes pancreáticos no neoplásicos y neoplasias pancreáticas quísticas. La caracterización precisa de la lesión quística pancreática es crucial debido a que determina la estrategia de abordaje. Las lesiones pancreáticas inflamatorias agudas representan una complicación local frecuente de la pancreatitis.¹

El pseudoquiste pancreático (PP) es una colección de líquido encapsulado, formado por enzimas digestivas, jugo pancreático y contenido hemático, rodeado por una pared no epitelizada conformada

por tejido de granulación y fibrosis, localizado en el tejido pancreático, en el 90% suele ser única. Representa principalmente una complicación de pancreatitis o trauma pancreático, de forma infrecuente es idiopático. El tamaño de un PP varía desde pequeño (< 2 cm), mediano (2-6 cm) y grandes (> 6 cm), un PP con diámetro ≥ 10 cm se denomina gigante.²⁻⁴

La incidencia del PP se reporta en uno por cada 100,000 adultos por año, con una prevalencia de 6-18.5%. En 20-40% de los casos se presenta después de una pancreatitis crónica, en 70-78% se asocian a pancreatitis aguda alcohólica, en 6-16% a pancreatitis crónica idiopática y en 6-8% a pancreatitis crónica de origen biliar.⁴⁻⁷

* Servicio de Cirugía General, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México.
‡ Médico residente de primer año.
§ Cirujano general adscrito al servicio.

Recibido: 01/10/2023
Aceptado: 02/04/2024



Citar como: García-Cabra DA, López-Díaz JE, Valerdi-Cadena MJ, Caballero-Castro F. Pseudoquiste pancreático gigante idiopático. Cir Gen. 2024; 46 (1): 67-72. <https://dx.doi.org/10.35366/117371>

Múltiples complicaciones han sido descritas ante un PP como ruptura en cavidad peritoneal, infección, hemorragia, fístula con un órgano cercano, compresión de la vía biliar u órganos adyacentes.^{8,9}

El diagnóstico de un PP requiere de una evaluación integral, con interrogatorio dirigido, exploración física, estudios de imagen y pruebas de laboratorio que determinen el origen del PP. Los parámetros bioquímicos tienen un valor limitado porque son inespecíficos y la mayoría de los pacientes tienen concentraciones de amilasa y lipasa elevada. Por otra parte, los síntomas comunes suelen ser dolor y sensación de plenitud o saciedad temprana, indicación de necesidad de tratamiento quirúrgico por su relación directamente proporcional con las dimensiones del PP y la compresión ejercida por éste en los órganos adyacentes.^{4,5}

La mayoría de los PP no amerita drenaje, sin embargo, la cirugía es en la actualidad la mejor alternativa para PP con diámetro > 6 cm, que no muestra cambios en sus dimensiones por más de ocho semanas, o en quienes existe complicación o persistencia de los síntomas. Los procedimientos varían desde drenaje percutáneo, cistogastroanastomosis, cistoyeyunoanastomosis y pancreatectomías vía abierta o laparoscópica. La cistogastroanastomosis provee el drenaje continuo del PP hacia la cavidad gástrica, lo que evita la compresión de estructuras adyacentes y posibles complicaciones.⁴

Pocos casos de pseudoquistes pancreáticos gigantes idiopáticos (PPGI) han sido reportados en la literatura, aun con ayuda de imágenes radiológicas, el abordaje diagnóstico es un desafío, debido a la ausencia de antecedentes de pancreatitis, enfermedad o trauma pancreático, signos o síntomas específicos.^{2,10}

El objetivo de este trabajo es describir el caso de una mujer con pseudoquiste pancreático gigante sin evidencia de pancreatitis o trauma pancreático, su abordaje diagnóstico y su evolución ulterior al tratamiento quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 40 años, originaria y residente de la Ciudad de México, sin antecedentes crónicos degenerativos, como antecedentes quirúrgicos refiere cesárea en 2020 por distocia de

presentación y obliteración tubárica bilateral en el mismo tiempo quirúrgico sin complicaciones. Etilismo, tabaquismo, toxicomanías negadas. Niega antecedentes de pancreatitis, cólico biliar o trauma abdominal. Inicia su padecimiento actual hace seis meses al notar tumor palpable que abarca epigastrio y mesogastrio, la cual aumenta de volumen progresivamente, plenitud postprandial e hiporexia, pérdida de peso no intencionada de 10 kg, por lo que inicia protocolo de estudio, evidenciándose por estudios de imagen datos sugestivos de pseudoquiste pancreático. Posteriormente, la paciente ingresa al Servicio de Urgencias con cuadro caracterizado por dolor tipo cólico en región epigástrica, EVA (escala visual analógica) 10/10, con irradiación a región escapular derecha, sin atenuantes ni agravantes, acompañado de náuseas y vómito en ocho ocasiones de contenido gastrobiliar. A la exploración física paciente con presencia de sonda nasogástrica a derivación, gasto gastrobiliar, abdomen globoso a expensas de masa abdominal en región epigástrica que se denota indurada, no fluctuante, con medidas de 18 × 15 cm en sus ejes longitudinal y transversal, peristalsis normoaudible, sin datos de irritación peritoneal, sin otra alteración que reportar (Figura 1).

Estudios de laboratorio al ingreso con leucocitos 10.35 K/ μ l, neutrófilos 9.34 K/ μ l,



Figura 1: Tumor epigástrico, indurado, no fluctuante, con medidas de 18 × 15 cm en sus ejes longitudinal y transversal.

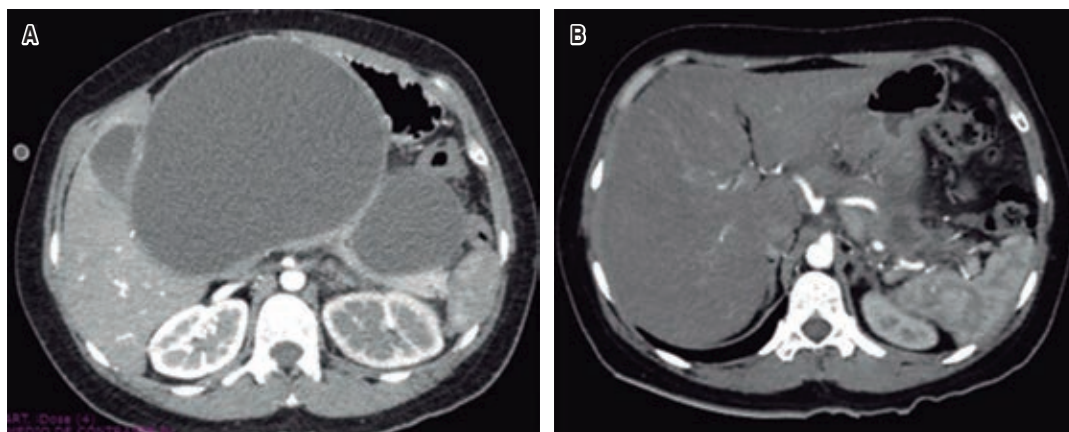


Figura 2: Tomografía abdominal con contraste intravenoso, páncreas aumentado de tamaño por lesiones ovoideas dependientes de cabeza y cuerpo, con medidas de $229 \times 137 \times 182$ mm con volumen aproximado de $2,899 \text{ cm}^3$ y una segunda lesión de $100 \times 57 \times 82$ mm con volumen aproximado de 238 cm^3 . **A)** Corte transversal en su mayor diámetro. **B)** Tomografía abdominal postquirúrgica (un mes).

linfocitos $0.65 \text{ K}/\mu\text{l}$, hemoglobina 9.5 g/dl , hematocrito 33.2% , plaquetas $474 \text{ K}/\mu\text{l}$, glucosa 147 mg/dl , creatinina 0.51 mg/dl , urea 29.9 mg/dl , amilasa 309 U/l , colesterol total 143.7 mg/dl , triglicéridos 110.4 mg/dl , colesterol very-low-density lipoprotein (lipoproteínas de muy baja densidad [VLDL]) 22.08 mg/dl , colesterol high-density lipoprotein (lipoproteínas de alta densidad [HDL]) 43 mg/dl , colesterol low-density lipoprotein (lipoproteínas de baja densidad [LDL]) 78.62 mg/dl , electrolitos en parámetros normales.

Se realiza tomografía abdominal con contraste intravenoso con reporte de páncreas aumentado de tamaño por lesiones ovoideas dependientes de cabeza y cuerpo, con medidas de $229 \times 137 \times 182$ mm con volumen aproximado de $2,899 \text{ cm}^3$ y una segunda lesión de $100 \times 57 \times 82$ mm con volumen aproximado de 238 cm^3 , con densidad homogénea, paredes delgadas, compatible con lesiones quísticas, vesícula biliar con medidas de $80 \times 43 \times 35$ mm de pared delgada, con contenido heterogéneo por nivel líquido-líquido en relación a sedimento biliar (Figura 2).

Se realiza colangiografía magnética durante su internamiento y como abordaje diagnóstico preoperatorio se encontraron los siguientes hallazgos: vía biliar intrahepática no dilatada, colédoco de 5.9 mm , vesícula biliar de dimensión habitual con contenido heterogéneo

por presencia de múltiples imágenes poliédricas en relación a litos biliares, vía extrahepática desplazada lateralmente por lesión compatible con pseudoquistes pancreáticos. Páncreas de morfología alterada a expensas de dos lesiones ovoideas, de bordes lobulados bien definidos, de contenido hiperintenso homogéneo en secuencia T2, con efecto de volumen que condiciona apertura de la arcada duodenal, desplazamiento lateral del estómago condicionando limitación a la distensión gástrica. La lesión de mayor tamaño mide $178 \times 179 \times 155 \text{ mm}$ con volumen aproximado de $2,089 \text{ cm}^3$, la de menor tamaño mide $56 \times 76 \times 95 \text{ mm}$ en sus ejes mayores con volumen aproximado de 213 cm^3 . Preadmisión a procedimiento quirúrgico se realizan marcadores tumorales séricos alfa-fetoproteína (AFP) 0.79 ng/ml , CEA 1.16 ng/ml , gonadotropina coriónica humana (human chorionic gonadotropin [HCG]) $< 0.10 \text{ mUI/ml}$, CA-125 17.37 U/ml , CA15-3 16.2 U/ml , CA19-9 8.25 U/ml (Figura 3).

Previo consentimiento informado, se realiza laparoscopia en la cual se observa estómago abombado y desplazado por tumor retrogástrico (pseudoquiste) aproximadamente de $200 \times 180 \times 170 \text{ mm}$, vesícula biliar Parkland 2, hígado macroscópicamente normal, resto sin alteraciones. Se procede a realizar cistogastroanastomosis con engrapadora Endo GIA, obteniendo salida de abundante líquido de

aspecto herrumbroso, se aspira líquido de pseudoquiste pancreático aproximadamente 2,000 cm³. Se revisa cavidad de pseudoquiste y se encuentra escaso tejido necrótico, se realiza debridación roma de tejido necrótico con gasa, se drena líquido del pseudoquiste pequeño y se obtiene aproximadamente 200 cm³ de líquido. Se realiza cierre de gastrostomía anterior en dos planos y se verifican fugas. Posteriormente,

se realiza colecistectomía laparoscópica de manera convencional, se avocan drenajes tipo Penrose hacia lecho vesicular y proximal a la gastrostomía (Figura 4).

Se envía pared quística a patología, así como líquido de pseudoquiste a citoquímico, obteniendo amilasa 2,261 UI/ml, albúmina 2.6 mg/dl, glucosa 49.6 mg/dl, creatinina 0.51 mg/dl, nitrógeno ureico en sangre (BUN) 13.6

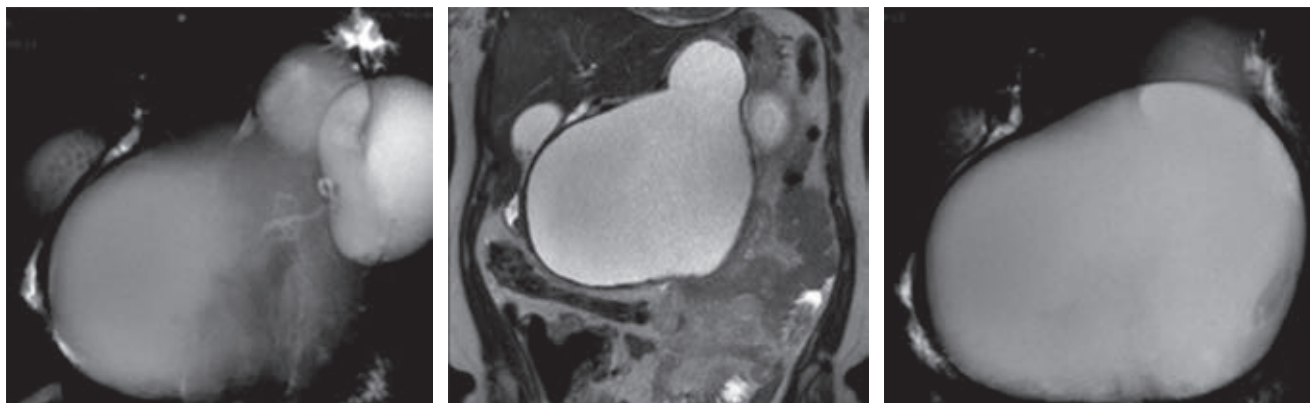


Figura 3: Colangiorrsonancia con reporte de páncreas de morfología alterada a expensas de dos lesiones ovoideas, de bordes lobulados bien definidos, con efecto de volumen que condiciona apertura de la arcada duodenal, desplazamiento lateral del estómago condicionando limitación a la distensión gástrica.

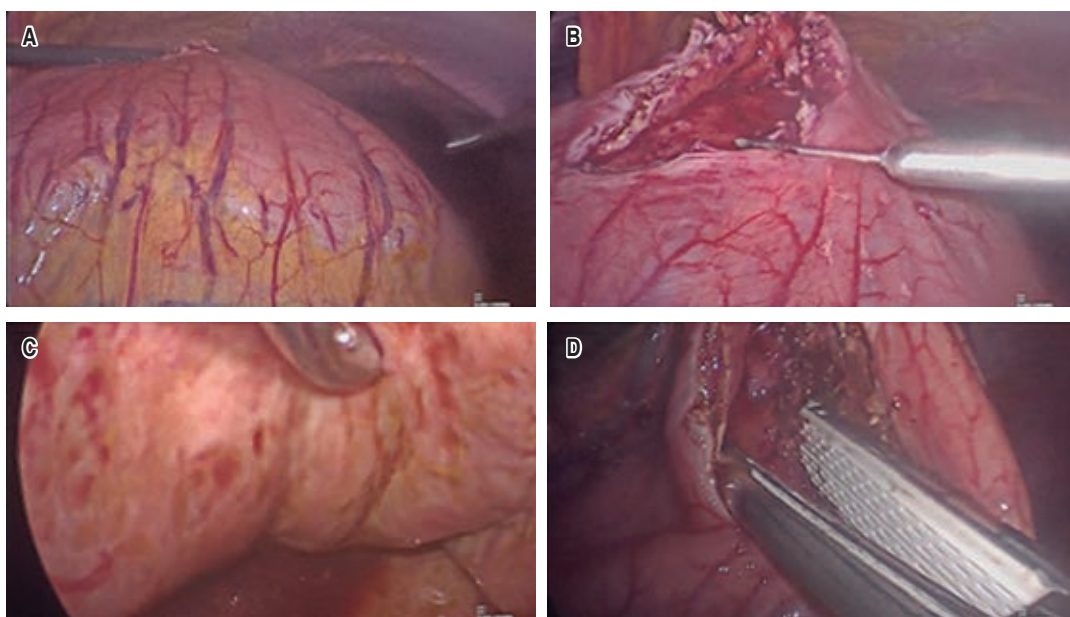


Figura 4: Cistogastroanastomosis. **A)** Visión panorámica de pseudoquiste pancreático a través de estómago. **B)** Gastrostomía anterior con bisturí ultrasónico, drenaje de quiste mayor. **C)** Gastrostomía de pared posterior gástrica. **D)** Cistogastroanastomosis con engrapadora endoscópica lineal Endo GIA.

mg/dl, urea 29.1 mg/dl, deshidrogenasa láctica (LDH) 587 mg/dl, CEA 3.27 ng/ml, CA-125 4.67 U/ml, CA-19.9 631.9 U/ml, CA-15.3 12.86 U/ml; cultivo sin desarrollo bacteriano, citológico negativo a células neoplásicas, resultado de patología compatible con histología característica de pseudoquiste pancreático.

Por evolución postquirúrgica exitosa se decide el alta de la paciente ocho días después del procedimiento quirúrgico, se retiran drenajes, tolera la vía oral, sin dolor, con evacuaciones y uresis presente. Se realiza tomografía de control al mes de la cirugía, la cual reporta cambios postquirúrgicos y colección residual de 5 cm³, resto sin alteraciones.

DISCUSIÓN

El caso clínico presentado describe un tipo de PP gigante bilobulado sin evidencia de pancreatitis o trauma pancreático. Los PP son las lesiones quísticas pancreáticas más comunes (75%) y deben diferenciarse de los quistes verdaderos y de las neoplasias pancreáticas quísticas. La mayoría de los PP agudos se resuelven espontáneamente en un periodo de 4-6 semanas, los que persisten pueden requerir drenaje o resección endoscópica percutánea o quirúrgica si aumentan de tamaño, son sintomáticos o tienen complicación.^{2,11,12}

Los PP son comúnmente asociados con antecedentes de pancreatitis, en este caso la paciente no refiere antecedente de pancreatitis, cólico biliar o trauma abdominal. Para lograr realizar abordaje diagnóstico adecuado se utilizaron pruebas de imagen que reportaron características imagenológicas de pseudoquiste pancreático, parámetros séricos de laboratorio que no reportaron elevación de amilasa o que hayan sugerido un patrón biliar obstructivo.

El PP gigante en ausencia de evidencia de pancreatitis aguda o trauma es una complicación poco documentada, al ser poco frecuente, consideramos un abordaje diagnóstico en busca de otros tipos de colecciones pancreáticas, descartando quistes verdaderos y neoplasias pancreáticas quísticas. La amilasa del líquido quístico suele ser elevada en PP, cistoadenomas serosos y neoplasias mucinosas. Por su parte, una amilasa baja en líquido de quiste (< 250 UI/l) reporta una sensibilidad del 98% para

excluir un PP. El antígeno carcinoembrionario (CEA) es bajo en los pseudoquistes y elevado (> 400 ng/ml) en los cistoadenomas, su elevación tiene una sensibilidad del 65% para neoplasias mucinosas (cistoadenoma mucinoso y neoplasia mucinosa papilar intraductal) de neoplasias no mucinosas; sin embargo, el CEA no tiene utilidad para diferenciar quistes pancreáticos verdaderos malignos de benignos. En nuestra paciente, la citología del líquido del quiste no mostró malignidad celular, la amilasa del líquido quístico resultó elevada (> 2,000 UI/l), lo cual confirmó el diagnóstico de pseudoquiste.¹³

En el contexto de su tratamiento, la cistogastroanastomosis es una técnica que ofrece mínima modificación de la anatomía del aparato digestivo, así como menor morbilidad en comparación con la resección pancreática.

CONCLUSIONES

El PP gigante idiopático es una complicación poco documentada. En este caso descartamos quistes verdaderos y neoplasias pancreáticas quísticas previo a tratamiento definitivo.

REFERENCIAS

1. Umapathy C, Gajendran M, Mann R, et al. Pancreatic fluid collections: Clinical manifestations, diagnostic evaluation and management. *Dis Mon.* 2020; 66: 100986. doi: 10.1016/j.disamonth.2020.100986.
2. Evola G, Ferrara F, Scragliari M, Trusso Zirna E, Sarva S, Piazza L. Idiopathic giant pancreatic pseudocyst presenting in emergency with abdominal compartment syndrome and intestinal occlusion: Case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2021; 81: 105812. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.105812.
3. Igwe PO, Ray-Offor E, Karibi EN, Okeke UF, Ugwa OC, Jebbin NJ. Giant pseudocyst of the pancreas: A report of three cases. *Int J Surg Case Rep.* 2020; 77: 284-297. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.10.110.
4. Guardado-Bermúdez F, Azuara-Turrubiates AJ, Ardisson-Zamora FJ, Guerrero-Silva LA, Villanueva-Rodríguez E, Gómez-de Leija NA. Pseudoquiste pancreático. Revisión y reporte de caso. *Cir Cir.* 2014; 82: 425-431.
5. Khanna AK, Tiwary SK, Kumar P. Pancreatic pseudocyst: therapeutic dilemma. *Int J Inflam.* 2012; 21: 279476. doi: 10.1155/2012/279476.
6. Limas-Solano LM, Barreto-Noratto CP. Drenaje de pseudoquiste pancreático gigante mediante cistogastrostomía endoscópica: reporte de caso. *Rev Colomb Gastro.* 2022; 37: 210-213.
7. Liu Y, Wang D, Hao L, et al. Risk factors analysis and nomogram development for pancreatic pseudocyst in idiopathic chronic pancreatitis. *Pancreas.* 2020; 49: 967-974. doi: 10.1097/MPA.0000000000001610.

8. Moori P, Nevins EJ, Wright T, Bromley C, Rado Y. A case of a chronic pancreatic pseudocyst causing atraumatic splenic rupture without evidence of acute pancreatitis. *Case Rep Surg.* 2016; 2016: 2192943. doi: 10.1155/2016/2192943.
9. Zhao X, Feng T, Ji W. Endoscopic versus surgical treatment for pancreatic pseudocyst. *Dig Endosc.* 2016; 28: 83-91. doi: 10.1111/den.12542.
10. Shah SA, Abdullah MT, Kakar AH, Zubair M. Giant pancreatic pseudocyst. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2012; 22: 325-327.
11. Rabie ME, El Hakeem I, Al Skaini MS, et al. Pancreatic pseudocyst or a cystic tumor of the pancreas? *Chin J Cancer.* 2014; 33: 87-95. doi: 10.5732/cjc.012.10296.
12. Souto Nacif L, Ferrer Fábrega J, García Pérez R, García-Valdecasas JC. Giant symptomatic pancreatic cyst mimicking a malignant tumor. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016; 108: 813-815.
13. Saxena P, Lalchandani A, Sutrave T, Bhardwaj S. An atypical presentation of a multiloculated giant pseudocyst of pancreas. *Int Surg J.* 2021; 8: 3180-3184.

Correspondencia:

Damaris Areli García-Cabra

E-mail: damarisc9@gmail.com