

Seudoquistes de páncreas

Directivas terapéuticas

Dres. URUGUAY LARRE BORGES y BOLIVAR DELGADO *

Por sugerencia del Prof. Abel Chifflet, en el año 1960 realizamos un estudio conjunto del seudoquiste de páncreas (S.Q.P.), basándonos en datos experimentales y bibliográficos. Las conclusiones que del mismo se extrajeron constituyeron la base para el estudio y tratamiento de la afección durante los nueve años restantes de funcionamiento de la Clínica.

Haremos algunas precisiones generales con el único objeto de dar mayor claridad a la exposición.

Se denomina seudoquistes pancreáticos a cavidades de contenido fluido rodeadas de una membrana inflamatoria, sin cubierta epitelial, originadas a partir del parénquima pancreático, relacionadas durante su evolución con el sistema canalicular, a topografía intra o extraparenquimatosas, desarrollada a consecuencia de un trauma o de una necrosis pancreática. Por la ausencia de recubrimiento epitelial interno se separarán claramente de otros procesos quísticos de tipo dermoide o de las ectasias canaliculares y de los neoplasmas glandulares de apariencia seudoquística. Esta separación, que desde el punto de vista de la patología aparece como muy clara, se hace muy difícil de diferenciar en ciertos casos en la clínica, aun mismo frente a la lesión en el acto operatorio.

Establece la definición el origen pancreático de la afección y la relación con el sistema canalicular, pero no prejuzga sobre si una vez desarrollado el proceso, ella se mantendrá o no.

Desde el punto de vista topográfico se engloba a los S.Q.P. tanto extra como in-

traparenquimatosos. Finalmente expresa que se desarrolla a consecuencia de un trauma o una necrosis pancreática, estableciendo una división etiológica que determina una evolución distinta. En los primeros, el S.Q.P. es toda la enfermedad; curando el mismo, curará el paciente. En los segundos, él es una manifestación más de un proceso patológico que puede permanecer como estado secuela o predisponer a la reaparición de la lesión.

TACTICA QUIRURGICA

El tratamiento de los S.Q.P. es quirúrgico; la resolución espontánea de los mismos es excepcional. Abandonados a su evolución llegarán a las siguientes complicaciones:

- 1) Ruptura espontánea o traumática, con la consiguiente peritonitis.
- 2) Provocar una hemorragia importante por ulceración arterial o venosa o raramente secundaria a una hipertensión portal.
- 3) Comunicación digestiva, que implica infección cavitaria, con repercusión glandular y general.
- 4) A la insuficiencia parenquimatosas, por infección secundaria o evolución de la enfermedad de fondo.
- 5) A la repercusión sobre la vía biliar, en especial si su topografía es cefálica.

El tratamiento quirúrgico se basará en un correcto balance lesional: factor etiológico, valoración general (infección, anemia), repercusión portal o biliar, posibilidad de insuficiencia pancreática exocrina o endocrina, empleo de técnicas auxiliares de laboratorio o radiológicas.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de mayo de 1970.
* Docente Adscripto de Cirugía; Asistente de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

El momento de la intervención depende del balance entre el estado general y la existencia o no de un empuje inflamatorio o infeccioso. Se tratará de lograr un estado de enquistamiento con paredes firmes que permitan las suturas, pero que a su vez puedan colapsarse. El esperar demasiado tiempo expone al crecimiento, que al mismo tiempo que favorece la aparición de complicaciones, hace imposible toda tentativa de exéresis. Este plazo se sitúa, siempre que no exista una indicación de urgencia, entre los 12 y 30 días.

La exploración operatoria se realizará mediante una incisión amplia, cuya localización dependerá de la topografía del proceso.

Se buscará la situación intra o extra-parenquimatosa del S.Q.P. y su localización en los sectores cefálico, corporal o caudal, así como el estado del parénquima pancreático.

Se determinarán las relaciones con la vía biliar, con los órganos de vecindad y con los elementos vasculares portales y arteriales aortocelíacos.

Se debe contar con la posibilidad de practicar una exploración radiológica intraoperatoria. La misma comienza con la *quistografía*. Ella es esencial demostrando las relaciones con el *Wirsung*, la permeabilidad de éste, precisando al situación y aspecto de la cavidad y su multiloculación.

La *wirsungografía* está contraindicada cuando existen lesiones inflamatorias, en los casos de hipertensión portal, cuando el líquido que drena por el *Wirsung* no es totalmente claro y en los grandes arteriosclerosos.

Es de real valor cuando se sospechan obstáculos canaliculares.

La *colangiomanometría* se practicará en todos los casos que exista o se sospeche participación de la vía biliar. En los S.Q.P. a topografía cefálica será previa a la *quistografía*.

Debe contarse con la posibilidad de realizar el estudio inmediato del líquido, pero en particular se insistirá en el *examen histológico extemporáneo*. La realización del mismo surge de la exploración endocavitaria y contribuirá a disminuir la frecuencia con que equivocadamente han sido tratados como S.Q.P. neoplasmas de apariencia pseudoquistística.

Valor de los distintos métodos de tratamiento.

Estos pueden ser divididos en:

- 1) De drenaje, que comprende el externo y el canalicular.
- 2) De derivación.
- 3) De resección, que comprende la resección cuneiforme, las pancreatectomías parciales (distal y duodeno-pancreatectomía) o totales.
- 4) Mixtos, que resultan de la aplicación de varios de ellos.

Analizaremos las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

Métodos de drenaje.

1º) *Drenaje externo.*

a) *Marsupialización.* Como ventaja tendría la de ser de fácil realización, con pequeña mortalidad postoperatoria, aplicarse a los pseudoquistes infectados y enfermos con mal estado general.

Sus inconvenientes son el de no prevenir la ruptura y la peritonitis secundaria. La lentitud del proceso de cicatrización y la infección aportada del exterior, activación de los fermentos, ulceración y hemorragia. Expone a la pérdida de gran cantidad de secreciones, llevando al desequilibrio hidrosalino, a la maceración parietal y a la creación de una fístula.

Como riesgos menores se cita la posibilidad de cancerización secundaria y los ataques recurrentes de pancreatitis. Este método está prácticamente abandonado actualmente.

b) *Drenaje simple.* Puede practicarse mediante tubo único, aspirativo o doble drenaje. A pesar que se le cita los mismos inconvenientes que a la marsupialización, tiene sobre éste grandes ventajas, como ser:

—En caso de realizarse con aspiración continua expone menos a la infección.

—Es fácil de aplicar en las cavidades pequeñas y profundamente situadas.

—Permite la aplicación local de antiférmicos, forma más eficaz de combatir la acción de los jugos pancreáticos.

—En caso de aparecer una fistulización encausaría la misma y daría la posibilidad del reintegro de secreciones.

Tendría su aplicación en los S.Q.P. sin comunicación canalicular o cuando ésta es pequeña y siempre que no exista obstáculo en la vía excretora. En los casos en que exista un mal estado general o una infección cavitaria.

2º) *Drenaje canalicular.*

Aseguraría una descompresión de la cavidad y produciría su drenaje hacia el duodeno.

Sus inconvenientes son la posibilidad de crear una falsa ruta a través del páncreas, lo que obliga a realizar en forma sistemática la wirsungografía, la presencia permanente de un drenaje, todo lo que expone a la aparición de pancreatitis.

En los casos de grandes S.Q.P. no asegura el drenaje total de su contenido. Es un método prácticamente abandonado, pero fue útil en demostrar la importancia de la estenosis papilar en la génesis de la afeción y el drenaje temporario del Wirsung.

Métodos de derivación interna.

Tienen un doble fin: asegurar un buen drenaje de la cavidad y derivar la secreción pancreática hacia el tubo digestivo.

1º) *Cistogastrostomía.* La preferible es la transgástrica (Jurasz). Ella realiza una óptima derivación a condición que la unión se realice en la zona declive de la cavidad. Sus inconvenientes son los derivados de la unión cistovisceral: peritonitis postoperatoria por dehiscencia de la anastomosis, estenosis de la comunicación con infección por retención y posibilidad de hemorragia secundaria y empujes de pancreatitis.

2º) *Cistoduodenostomía.* La más fisiológica. Debe reservarse su empleo al S.Q.P. cefálico con comunicación canalicular, exista o no obstáculo anterior y en especial cuando éste está situado entre la papila y el pseudoquistes.

La posibilidad de lesión biliar y/o pancreática hace que no deba aplicarse cuando el proceso se aleja del arco duodenal.

3º) *Cistoyeyunostomía.* En especial con asa desfuncionalizada en Y de Roux,

resultaría el método de derivación de aplicación más universal. Se le ha comparado a la cistogastrostomía, lo mismo que frente a la cistoduodenostomía, adjudicándoles ventajas que más que nada son teóricas, pues ambas presentan los mismos inconvenientes derivados de la unión cistovisceral y/o de la posibilidad de reflujo cavitario.

Métodos de resección.

Representan el tratamiento ideal, pero no hay que olvidar que la mortalidad operatoria se eleva de un 25 al 50 %, cuando la misma se intenta y se revela como imposible.

Para poder ser aplicadas deben reunirse condiciones favorables generales, locales y en especial certificarse que no exista un obstáculo en la vía excretora por delante, que exponga a una fistulización postoperatoria inevitable.

La duodenopancreatectomía debe ser reservada para aquellos casos de S.Q.P. a localización cefálica y acompañados de una intensa pancreatitis crónica.

La pancreatectomía distal ideada por Mallet-Guy (8), aplicada a casos seleccionados tiene buenos resultados. Serán preferibles las resecciones típicas a las exéresis atípicas.

Métodos mixtos.

Deben ser tenidos en cuenta la aplicación sucesiva de varios de los métodos anteriores.

INDICACIONES TERAPEUTICAS

Siguiendo a Mercadier (9), el tratamiento a realizar dependerá de la situación intra o extraparenquimatosa de la lesión, del tamaño de la misma, de su situación topográfica en relación a los distintos sectores glandulares y su vinculación con la vía canalicular y el estado de permeabilidad de ésta.

En función de estos factores es que se esquematiza el mismo.

Grandes pseudoquistes.

1) *Topografía caudal.* Si no existe comunicación canalicular la maniobra indicada es la del drenaje externo aspirativo.

La resección puede ser demasiado riesgosa para una lesión que seguramente curará con el simple drenaje. Cuando la comunicación es mínima y no existe obstáculo en la vía canalicular, el drenaje externo puede ser efectivo curando la lesión por cicatrización del conducto.

En caso de existir comunicación amplia y obstáculo a nivel de la papila, se practicará drenaje externo y papilotomía.

Si el obstáculo asienta entre la papila y el pseudoquiste se realizará una derivación interna.

2) *Topografía corporal.* En caso de no existir comunicación canalicular el drenaje externo es el indicado.

Si el pseudoquiste no comunica por la vía canalicular proximal, pero está alimentado por el parénquima pancreático distal, se realizará:

a) Un drenaje externo con la posibilidad de una atrofia pancreática caudal provocando una fistulización o que se asista a la curación por cicatrización del conducto o amputación fisiológica o patológica del parénquima. Vemos que el drenaje externo es aquí aleatorio y que será mejor sustituirlo por otra forma de tratamiento.

b) Una quistorresección caudal precedida o no del drenaje.

c) Una derivación interna. Si el quiste es retrogástrico se hará cistogastrostomía transgástrica. Si el mismo presenta una zona de declive por debajo del estómago, se realizará una cistoyeyunostomía en Y de Roux.

El método de elección dependerá de las condiciones del enfermo y de la modalidad del cirujano, pero resultan aconsejables el uso de las técnicas de derivación internas.

Si existe comunicación anterior y un obstáculo papilar, se tratará el mismo asociándosele las otras medidas. Si el obstáculo está situado entre la papila y la cavidad, existe indicación formal de la derivación interna.

3) *Topografía cefálica.* Son los que plantean problemas más difíciles, pero al mismo tiempo se presentan como más excepcionales. El drenaje externo estaría indicado en aquellas formas no comunicantes. En caso de no existir comunica-

ción y obstáculo anterior, se practicará derivación interna complementada o no de papilotomía.

Ya vimos que la duodenopancreatectomía tiene que ser reservada a aquellos casos de lesiones avanzadas con intensa pancreatitis crónica y repercusión canalicular biliopancreática.

Quistes pequeños.

En general se presentan como intrapancreáticos. Sus indicaciones serán las mismas que para los anteriores, de acuerdo con las distintas variantes expresadas.

Recalcamos dos hechos: 1) que por ser su contenido escaso cuando existe un obstáculo papilar, ellos podrán curar por una simple papilotomía; y 2) que hay que balancear correctamente las indicaciones de resección, aquí más factibles, pues ellas podrán acompañarse de un sacrificio glandular exagerado.

RESUMEN

Se analiza la definición de la afección. Se hacen luego consideraciones sobre la táctica quirúrgica y el valor de los distintos métodos de tratamiento del pseudoquiste de páncreas según su tamaño, topografía y comunicación canalicular.

RÉSUMÉ

Anal se de la définition de cette affection sui de considérations sur la tactique chirurgicale et l'efficacité des différentes méthodes de traitement du pseudocyste de pancréas suivant la dimension, la topographie et la communication canaliculaire.

SUMMARY

The paper analyzes the definition of this disease, followed by consideration of the surgical tactics employed and a discussion on the value of the different methods for treating pancreatic pseudocysts according to their size, location and canalicular communication.

NOTA: La discusión y bibliografía de este trabajo se incluyen en el siguiente.