



Cistoyeyunostomía Laparoscópica para el Tratamiento del Pseudoquiste del Páncreas

CHAUX C.F., MD,SCC; BOLAÑOS E., MD, SÁNCHEZ R.A., MD.

Palabras clave: Quistes del páncreas, Pseudoquiste del páncreas, Cistoenterotomía, Cistoyeyunostomía, Y de Roux.

El pseudoquiste del páncreas es una entidad de cierta presentación en la práctica clínica, generalmente secundaria a un proceso inflamatorio o al trauma pancreático. Su tratamiento se realiza mediante punción o con derivaciones entre la pared del quiste y una víscera adyacente como estómago, duodeno o yeyuno. Estas derivaciones se pueden realizar por técnica convencional abierta, por vía endoscópica y por vía laparoscópica últimamente descrita.

Se presenta la técnica de cistoyeyunostomía vía laparoscópica sin necesidad de realizar una Y de Roux, llevada a cabo en 3 pacientes durante los años 1998-1999, sin tener complicación alguna, y con seguimiento a 2 años en el primero de los casos.

Se concluye que la cistoyeyunostomía vía laparoscópica es una alternativa fácil y con las ventajas que representa la cirugía mínimamente invasora.

INTRODUCCION

Desde que Morgagni en 1761 realizó la primera descripción de un pseudoquiste pancreático, diversos han sido los métodos empleados para el tratamiento de esta entidad que anteriormente se creía de escasa ocurrencia, pero que con el advenimiento de los estudios imagenológicos como la ultrasonografía y la tomografía, se ha logrado demostrar que su frecuencia es mucho mayor, llegando a estar presente en cerca del 10% de los casos de pancreatitis, siendo los pseudoquistes las lesiones quísticas de mayor ocurrencia en el páncreas (1-3).

Doctores: Carlos Felipe Chaux M., Docente del Dpto. de Ciencias Quirúrgicas de la Univ. del Cauca; Eduardo Bolaños, Ciruj. Gral. de la Clín. Rafael Uribe del ISS de Cali; Rodrigo A. Sánchez, R-III de Cir. Gral., Hosp. Univ. San José, Univ. del Cauca, Popayán, Colombia.

Un pseudoquiste pancreático se define como una colección de jugo pancreático delimitada por una cápsula de tejido fibroso o de granulación derivado del peritoneo, tejido retroperitoneal o la serosa de una víscera adyacente, el cual es consecuencia de una pancreatitis aguda o crónica o de un trauma pancreático (1,2).

Sus síntomas son variados, los cuales incluyen dolor epigástrico persistente (cerca del 90% de los casos), náuseas o vómito, sensación de plenitud abdominal y sensación de masa. La pérdida de peso se puede encontrar hasta en un 40% de los casos, al igual que la ictericia y la fiebre pueden hacer parte del cuadro clínico (2,3).

La historia natural de la enfermedad define que no todos los pseudoquistes progresarán a sus complicaciones tales como la infección, hemorragia, ruptura y obstrucción, sino en un 30-60%, cifras reportadas en serie (3,4). Existe un porcentaje que se resuelve espontáneamente, teniendo como factores de buen pronóstico un tamaño menor de 4 cm o reducción en el tamaño en un lapso de 3 a 4 semanas y lesión única. Es de anotar que los pseudoquistes postraumáticos tienden al momento del diagnóstico a ser más maduros, lo cual hace menos posible su resolución, a diferencia de los casos agudos (2,4).

Su diagnóstico se fundamenta básicamente en la imagenología, mediante la utilización de la escanografía axial computarizada y la ultrasonografía, sustentadas en una historia clínica bien realizada que incluya los antecedentes, tales como traumas o episodios de pancreatitis previos.

La ultrasonografía ha demostrado tener buena sensibilidad y especificidad (90 y 98% respectivamente), con el inconveniente de ser operador-dependiente y de verse afectada por la presencia de gas intestinal. La escanografía brinda más datos que la ultrasonografía, permite mostrar las relaciones del pseudoquiste y su verdadera extensión, presencia de otros

quistes o lesiones asociadas, y ofrece de esta manera ayuda en la determinación del plan de tratamiento (3,6).

La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) también es de utilidad, ya que en el 90% de los casos se encuentran alteraciones del conducto pancreático, y 2/3 partes de los pseudoquistes presentan comunicación con el conducto de Wirsung (2,12).

Con respecto al tratamiento del pseudoquiste pancreático, es necesario tener en cuenta la historia de la enfermedad, optándose por un procedimiento conservador y expectante en los casos de tener una lesión única y menor de 4 cm, sin complicaciones asociadas, y con un seguimiento a corto plazo (4-6 semanas) tras el cual, si no existiese resolución se recomienda tomar una conducta que va a depender de las características de la lesión, del paciente, de la disponibilidad de recursos y la experiencia del personal (5,6).

La aspiración del pseudoquiste es la medida más simple y controvertida, debido a la alta tasa de recidiva y a la morbilidad que implica, ya que hasta en una tercera parte de los casos se requiere otros procedimientos tales como la cirugía abierta, resultando ésta más dispendiosa cuando se realiza en presencia de complicaciones como el sangrado y la infección, pudiendo progresar a sepsis y falla orgánica multisistémica (7-9).

La resección abierta como cistectomía y pancreatectomía distales son de utilidad en aquellos casos en los cuales la lesión es distal, con el riesgo de fístula, dolor recurrente o pancreatitis (4,5).

Las derivaciones internas o cistoenterostomías, entre ellas la cistogastrostomía, cistoduodenostomía y la derivación al yeyuno, han sido históricamente el tratamiento empleado para el pseudoquiste, ya sea por vía endoscópica, abierta y, más recientemente, vía laparoscópica, la cual se muestra promisoría en el tratamiento de estas lesiones, teniendo llamativas ventajas con respecto al postoperatorio con reincorporación más rápida a la vida productiva. En las derivaciones internas vía endoscópica se tiene el inconveniente de no alcanzar un tamaño adecuado de la fístula entre la víscera y el quiste, además de la obstrucción secundaria por detritus pancreáticos (10,13).

En caso de lesiones del cuerpo y de la cola del páncreas, la cistoyeyunostomía descrita en 1931, es un buen método de tratamiento. Realizada la vía laparoscópica e inframesocólica que fue descrita por el doctor Baca y col., provee un drenaje a través de una simple anastomosis entre la parte inferior del quiste y el yeyuno adyacente (14,18).

Presentamos la técnica laparoscópica empleada en 3 casos, uno realizado en el Hospital Universitario San José de

Popayán, otro en la Clínica del ISS de Popayán y el último realizado en la clínica Rafael Uribe del ISS de Cali.

METODOLOGÍA

En 3 pacientes con pseudoquiste pancreático, 1 en cada una de las instituciones mencionadas, la etiología del pseudoquiste pancreático, fue secundaria a pancreatitis aguda y se presentaron dentro del año siguiente al episodio agudo, durante 1998 y 1999. El principal motivo de consulta fue dolor epigástrico y en el hipocondrio izquierdo irradiado al dorso. El diagnóstico se realizó principalmente con TAC Helicoidal doblemente contrastada que determinó las características del quiste, madurez de su pared, relación con estructuras vecinas, localización y tamaño.

Una vez decidida la conducta quirúrgica y efectuada la valoración preanestésica, fueron llevados a cirugía previa administración de 2 g de cefazolina profiláctica.

Materiales e instrumentos

- Equipo convencional para cirugía abierta.
- Equipo convencional de laparoscopia idealmente con cámara *trichip* y monitor de alta resolución (doble).
- Tres trocares de 10-12 mm.
- Pinzas atraumáticas de pulmón tipo Duval ENDLC No. 2
- Endograpadora lineal ATW 35.
- Portagujas para laparoscopia.
- Tijeras convencionales.

TÉCNICA

La técnica busca básicamente una anastomosis entre la pared del pseudoquiste y la pared del yeyuno adyacente, a través de un acceso inframesocólico, sin necesidad de yeyunoyeyunoanastomosis tipo Y de Roux como lo describe Cuschieri (18).

Colocación del paciente. Se localiza en decúbito supino sin adicionar cojines ni almohadillas.

Colocación de trocares. Se requirieron tres trocares y opcional un cuarto, de 10-12 mm, con sus respectivos reductores. El primer trocar se localiza infraumbilical mediante técnica abierta para el neumoperitoneo. El segundo en la región epigástrica para separar el colon transversal, y un tercero en el hipocondrio izquierdo.

La cámara se coloca en el trocar umbilical idealmente, o en otro puerto según los requerimientos de disección y la presencia de adherencias. El cuarto puerto es opcional según el paciente. El cirujano se coloca a la derecha del paciente.

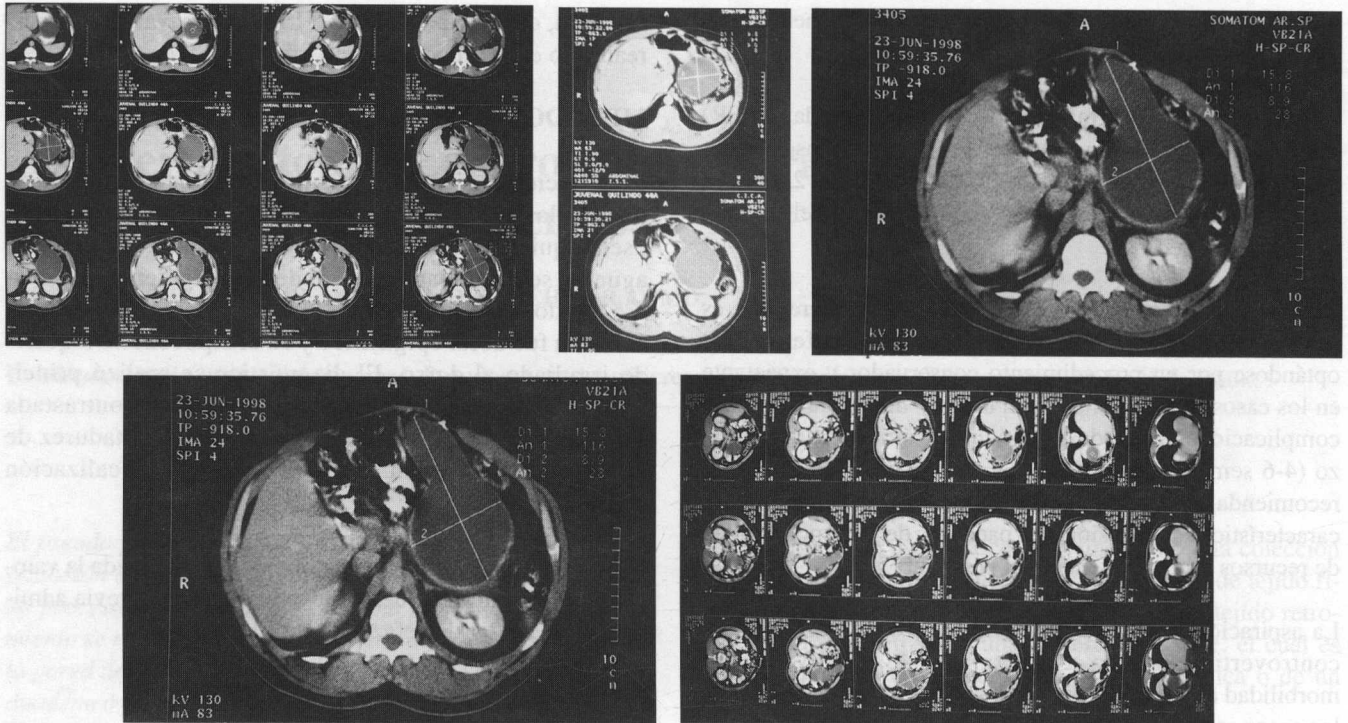


Figura. Visión tomográfica del pseudoquiste pancreático.

Se debe pasar una sonda nasogástrica para mantener descomprimida la cámara gástrica.

Diseción quirúrgica. Se realiza un acceso a través del mesocolon transverso donde se observa un abombamiento que corresponde al pseudoquiste. Evitando los vasos del mesocolon se llega hasta la pared del quiste; algunos autores prefieren realizar una ultrasonografía y luego aspirar el contenido del quiste y obtener muestra para cultivo. Luego se realiza una pequeña incisión para permitir el paso de una cánula de succión y aspirar el contenido del quiste. Seguidamente se extiende la incisión hasta 3-4 cm, y se visualiza en su totalidad la pared interna del quiste, para dar paso a la realización de la cistoyeyunostomía, la cual se efectúa mediante una incisión de 3 cm sobre el yeyuno adyacente en el borde antimesentérico, y se elabora una anastomosis en un plano con sutura mecánica continua absorbible 3/0 entre la pared del quiste y el yeyuno, sin Y de Roux. O en su defecto la anastomosis puede realizarse manualmente vía laparoscópica.

Se recomienda tomar biopsia de la pared del pseudoquiste para investigar neoplasia; y en los casos de duda realizar en el mismo acto operatorio una biopsia por congelación.

No se requieren drenes y el restablecimiento de la vía oral se realiza a las 48-72 horas.

CONCLUSIONES

Si bien el seguimiento de los pacientes es muy corto (2 años en el primer caso) para poder sacar conclusiones definitivas, hasta el momento ha mostrado buenos resultados ya que no se han presentado recidivas ni complicaciones. Como ya se anotó, no se requiere realizar una Y de Roux ni otra derivación, lo cual hace menos dispendioso el procedimiento, a la vez que se ahorra tiempo quirúrgico.

A pesar de que la casuística publicada es escasa, consideramos que es una muy buena técnica, fácil de realizar vía laparoscópica, constituyendo una alternativa más en el tratamiento de esta patología a la que frecuentemente nos enfrentamos. Tuvimos la oportunidad de presentar el primer caso realizado en Colombia mediante esta técnica, en el Congreso Nacional de Cirugía en la ciudad de Cartagena, "AVANCES EN CIRUGIA", en 1998.

ABSTRACT

Pseudocysts of the pancreas develop as consequence of an inflammatory process or following pancreatic trauma. Current accepted management is the percutaneous drainage or internal anastomosis between the cyst wall and an adjacent viscous, such as the stomach, duodenum or jejunum. These anastomoses can be done by conventional open operative technique, by the

endoscopic method, or by laparoscopic approach. We describe the technique of cystjejunostomy by the laparoscopic approach without the need to perform a Roux-en-Y procedure, as performed in 3 patients in the years 1998-1999. No

complications were recorded in our follow-up, two years being the longest (our first patient). We conclude that laparoscopic cystjejunostomy is an easy to perform procedure, and that it provides the numerous benefits of minimally invasive surgery.

REFERENCIAS

- Berhman SW, Melvin US, Gliasson Ec: Pancreatic Pseudocysts following acute pancreatitis. *Am J Surg* 1996; 172 (3): 228-3
- Yeo CI, Sarr MG: Cyst and pseudocysts diseases of the pancreas. *Curr Prob Surg* 1994; 31: 165-234
- Yeo CJ, Bastidas JA, Lynch N, et al: The natural history of pancreatic pseudocysts. Documented by computer tomography. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 411-7
- Spivar H, Galloway J, Amerson R, et al: Management of Pancreatic Pseudocysts. *J Am Coll Surg* 1998; 136: 507-12
- Grace PA, and Williamson RCN : Modern management of pancreatic pseudocysts. *Br J Surg* 1993; 80: 573-81
- Magyar A, Flautner L: Postacute Pancreatic Pseudocysts: Definition and operative treatment. *Acta Chir Hung*. Abstract in MEDLINE 1994; 34(1-2): 51-8
- Karlson KB, Martin EC, Frankuchen E, et al: Percutaneous drainage compared with internal drainage in the management of pancreatic pseudocyst. *Surgery* 1992; 215: 571-8
- Sonnenberg V, Wittich GR, Casola G, et al: Percutaneous drainages of infected and non infected pancreatic pseudocyst. Experience in 101 cases. *Radiology* 1989; 170: 751-61
- Criado E, De Stefano A, Weiner TM, et al: Long term results of percutaneous cateter drainager of pancreatic pseudocyst. *Surg Gynecol Obst* 1992; 175: 293-7
- Newell KA, Liu T, Aranha GV, Prinz RA: Are cystogastrostomy and cystoyeyunos-tomy equivalent operation for pancreatic pseudocyst surgery?. *Surgery* 1990; 108: 635-40
- Way LW, Legha P, Mori T: Laparoscopic Pancreatic Cystogastrostomy: the first operation in the new field of intraluminal laparoscopic surgery. *Surg Endoscopic* 1994; 8: 235
- Barther M, Sahel J: Endoscopic transpapillar drainage of pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 1995; 42 (3): 208-13
- Hallfeldt K, Waldner H: Long term results after operation for pancreatic pseudocysts. *Surgery* 1995 Nov; 118(5): 916
- Baca I, Klempa I: Laparoscopic Pancreatic cystojejunostomy without entero-entero anastomosis. *Chirurg* 1994 Apr; 65 (4): 378-81
- Trantzide C, Ludwing Ka, et al: Laparoscopic management of pancreatic pseudocyst. *J Laparoendoscopic Surg* 1994 Feb; 4 (1): 55-9
- Baca I, Klempa Y: Pancreatic pseudocystojejunostomy without Braun or Roux-en -Y anastomosis. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 166: 167-8
- Ho- Hs Fren, Cf: Gastrointestinal and pancreatic complication associated with severo pancreatitis *Arch Surg* 1995 Aug; 130 (8): 813-22
- Cuschieri A: Laparoscopic infracolic management of acute pancreatic pseudocysts and infected pancreatic necrosis. 6° world congress of endoscopic surgery. June 1-2 1998. Rome, Italy.

Correspondencia:

Doctor Carlos Felipe Chaux M., Cirujano General, Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA

Home page: www.encolombia.com/sccirug.htm

Revista: www.encolombia.com/rcirugia.htm