

Drenaje laparoscópico de pseudoquiste de páncreas

Reporte de dos casos

Laparoscopic drainage of pancreatic pseudocyst: Two cases reports

Juan Carlos Mendoza A.*

RESUMEN. En el período junio 2004 a junio 2005, dos pacientes de 64 y 23 años respectivamente fueron intervenidos laparoscópicamente por presentar pseudoquiste de páncreas. Ambos fueron sometidos a drenaje interno mediante pseudocisto-gastro-anastomosis transgástrica usando engrapadora mecánica lineal, practicándose el cierre gástrico con sutura intracorpórea. La evolución postoperatoria fue buena sin complicaciones graves posteriores.

Palabras clave: Laparoscopia. Procedimientos quirúrgicos operativos. Pseudoquiste.

ABSTRACT. Between June 2004 and June-05 two patients 64 and 23 years old were operated laparoscopy for pancreatic pseudocyst. They were operated with internal drainage transgastric pseudocyst-gastric anastomosis with lineal stapler; the gastric close was made with intracorporeal suture, with post operative good evolution without mayor complications.

Keywords: Laparoscopy. Pancreatic pseudocyst. Surgical procedure.

* Cirujano General. Departamento de Cirugía. Hospital Hondureño de Seguridad Social. Hospital Honduras Medical Center.
Dirigir correspondencia al correo electrónico: a.drjuanmen@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste de páncreas es una rara complicación de la pancreatitis aguda o crónica. Su incidencia varía de 7 a 15% para la pancreatitis aguda y 20 a 25% para la crónica.¹ A través de la historia se han usado muchas modalidades para el manejo de los pseudoquistes que causan síntomas, o que su tamaño persiste aumentado después de 6 a 8 semanas. En la actualidad se aceptan dos formas de tratamiento: drenajes externos e internos.^{2,3} Los externos son drenajes abiertos mediante laparotomía o los percutáneos guiados por ultrasonografía. Los drenajes internos van desde drenajes endoscópicos mediante la colocación de stent,⁴ hasta las anastomosis gastro intestinales con el quiste mediante laparotomía, de las cuales las anastomosis del pseudoquiste con estómago o yeyuno son las más populares (Pseudocisto-gastro o yeyuno anastomosis). Estos procedimientos se realizan basados primordialmente en la ubicación del pseudoquiste, estado funcional y futuras expectativas debido al estado y las complicaciones que se puedan esperar en el paciente y el procedimiento en sí. Otra modalidad existente, muy poco conocida, pero que se puede practicar con seguridad y mínimas complicaciones; es el drenaje interno mediante anastomosis por vía laparoscópica^{5,6} (Cistogastro o cistoyeyuno-anastomosis), la que nos ocupa en este reporte.

CASO 1

Femenina de 64 años de edad, jubilada, con antecedente de episodio de pancreatitis idiopática y admitida en hospital

privado. Posterior a su egreso se quejaba de distensión abdominal por lo que se le practicó un ultrasonido abdominal (USG) que reportó masa quística en el cuerpo del páncreas de 11 x 12 cms. Luego se realiza TAC abdominal el cual reveló masa retrogástrica de 23 cms. El grosor de pared fue de 6 mm. La paciente fue admitida en el Hospital de Especialidades del IHSS y sometida a Pseudocisto-gastro-anastomosis transgástrica por video laparoscopia, se comenzó dieta líquida al tercer día post operatorio, presentando febrícula por flebitis en antebrazo y siendo dada de alta al quinto día postoperatorio. Un USG realizado dos meses después del procedimiento reportó resolución completa del problema. Su control después de 10 meses fue adecuado sin recidivas.

CASO No. 2

Masculino de 23 años, policia con antecedente de pancreatitis complicada (más de tres criterios de Glasgow a su ingreso). Desarrolló pancreatitis necrohemorrágica y fue ingresado en UCI por siete días y sometido a necrosectomía pancreática mediante laparatomía por sospecha de necrosis infectada. Hospitalizado por 18 días fue dado de alta y luego admitido por dolor epigástrico, distensión abdominal y fiebre. Un ultrasonido abdominal (USG) reportó imagen quística retrogástrica que fue confirmada con TAC abdominal reportando masa del cuerpo de páncreas de aspecto quístico de 18.1x 9.7 cms grosor con pared de 5 mm. Se hospitalizó, e inició antibióticoterapia y fue intervenido laparoscópicamente mediante pseudocisto gastro-anastomosis-transgástrica. Se inició dieta líquida al segundo día y fue dado de alta al cuarto día ya que presentó febrícula (38.5 grados) secundaria a flebitis antebraquial. Un USG un mes y medio posterior a la cirugía reportó resolución completa del problema. El seguimiento a los 12 meses no mostró recidiva.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se empleó un equipo de laparoscopia con cámara de alta resolución (3 chips) y la óptica de 30 grados. Se efectuó neumoperitoneo (en el caso No. 2 se realizó con técnica abierta por el antecedente de laparatomía) ambos con presión intra abdominal de 12 mm de Hg, requiriéndose de 5 puertos de trabajo, 3 de 10 mm y el resto de 5 mm tal y como lo muestra el esquema. (Figura No.1).

El cirujano se ubicó a la derecha del paciente con el monitor en la parte cefálica y a la izquierda, un ayudante también del lado izquierdo que a su vez actuó como camarógrafo, (Figura No. 2)

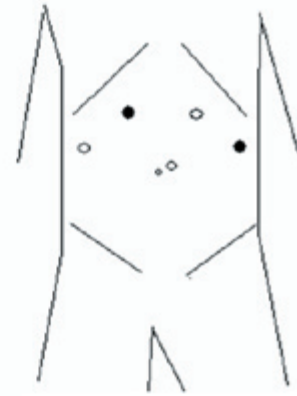


Figura No. 1. Los círculos blancos representan trocarts de 10-12 mm y los círculos negros trocarts de 5 mm.

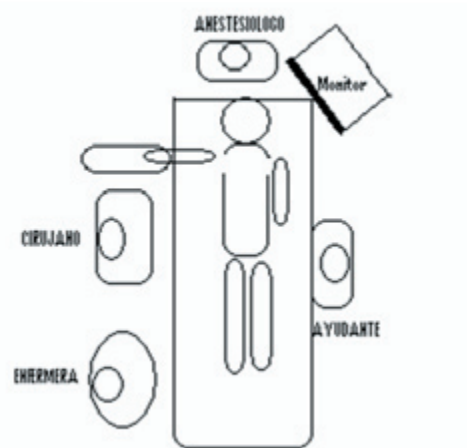


Figura No. 2. Diagrama que muestra la ubicación del personal y equipo durante la cirugía.

Luego se procedió a realizar laparoscopia diagnóstica para después hacer una incisión transversal de aproximadamente a 5 cms. con bisturí armónico (Ethicon endo surgery) en la cara anterior del estómago. Se insertó el laparoscopio dentro de cavidad gástrica para identificar la cara posterior del estómago, en la que, mediante uso de espátula y bisturí armónico, se realizó incisión de 1 cms drenando el contenido del quiste. En el caso No. 2 la colección fluida se envió a estudio para cultivo. En ambos se tomó biopsia de la pared del quiste para estudio histopatológico. Se introdujo la endograpadora lineal (Endo-gia TA 30, Ethicon

endosurgery) en el orificio antes mencionado para realizar la anastomosis entre cara posterior gástrica y pared anterior del pseudoquiste de aproximadamente 3 cms. Se revisó, introduciendo el laparoscopio al interior del pseudoquiste, para evaluar el estado de las paredes y verificar hemostasia. La pared anterior gástrica se cerró con sutura intracorporeal de ácido poliglicólico del 2.0. Se verificó hemostasia y se retiraron los puertos bajo visión directa.

DISCUSIÓN

Los primeros reportes de pseudoquistes pancreáticos drenados por vía laparoscópica usando una cistogastrostomía fueron realizados por Way y Gagner en 1994, empleando la vía intraluminal y transgástrica respectivamente.^{7,8} Posterior a esto, se continuaron realizando procedimientos por vía laparoscópica con morbilidad mínima y sin mortalidad.^{5,9-13} De todas las series, la que reporta el mayor número de casos es la realizada por Hindmarsh¹³ con un total de 15 casos en Inglaterra y Dávila-Cervantes en México con 10 pacientes en un período de 7 años.⁵ En este último se incluyen también drenajes usando una cistoyeyunostomía en Y de Roux, abordaje que es perfectamente factible por esta vía. El procedimiento es sencillo, pero con muchas variantes en la técnica descrita en la literatura, que pueden variar desde el cierre de la pared anterior gástrica con sutura, cierre con engrapadora lineal, o realizar el procedimiento posicionando los trocars intraluminalmente. No existe un común acuerdo si la anastomosis entre estómago y pseudoquiste se debe de realizar o simplemente establecer una comunicación con prótesis tal y como se realiza en drenaje endoscópico.^{5,12,13} La nueva técnica descrita por Roth¹¹ en la que no se realiza el drenaje por vía anterior sino por una abertura pequeña directamente en la cara posterior es prometedora, ya que teóricamente disminuye el riesgo de fugas al evitar incidir la cara anterior gástrica. El riesgo de sangrado para las cistogastro anastomosis documentado en la cirugía abierta² puede reducirse al colocar una sutura lineal mecánica para realizar la anastomosis, tal y como se practicó en los casos del reporte. La realización

del drenaje en Y de Roux requiere de mayor cantidad de dispositivos de sutura mecánica y consume mayor tiempo, además requiere de mayor habilidad por parte del cirujano que la practica.⁵ No existe común acuerdo sobre qué técnica laparoscópica debe emplearse, ya que los estudios son pocos, la mayoría presentados como reporte de casos y con muchas modalidades en cuanto al abordaje. Tampoco hay escritos que comparen la eficacia entre los distintos métodos de tratamiento existentes; ya sea abierto, vía laparoscópica o endoscópica. Debido a lo limitado de la experiencia y en ausencia de protocolos que validen la técnica, se requiere de estudios prospectivos comparativos que apoyen la realización sistemática de este procedimiento.

REFERENCIAS

- 1.- Sahel J. Endoscopic drainage of pancreatic cyst. *Endoscopy* 1991; 23:181-184.
- 2.- Adams DB, Anderson MC. Changing concepts in the surgical management of pancreatic pseudocysts. *Am J Surg* 1992; 58:173-180.
- 3.- Howard A, Reber. Surgery for acute and chronic pancreatitis. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 56:1-4.
- 4.- Traverso, LW, Kozarek R. Interventional Management of peri-pancreatic fluid collections. *Surg Clin of North America* 1999; Vol 79: 745-757.
- 5.- Davila-Cervantes *et al* Laparoscopic drainage of pancreatic pseudocysts. *Surgical Endoscopy* 2004; 10:463.
- 6.- Park AE, Heniford BT. Therapeutic laparoscopy of the pancreas. *Ann Surg* 2002; 236:149-158.
- 7.- Way LW, Lega P, Mori T. Laparoscopic pancreatic cystogastrostomy: The first operation in the new field of intraluminal laparoscopic surgery. *Surg Endoscopy* 1994; 8:235.
- 8.- Gagner M. Laparoscopic transgastric cystgastrostomy for pancreatic pseudocyst. *Surg Endosc* 1994; 8:239.
- 9.- Champault G, Rizk, *et als*. Laparoscopic treatment of pancreatic pseudocyst: 3 cases. *Ann chir* 1998; 52:41-44.
- 10.- Meltzer RC, Amaral JF. Laparoscopic pancreatic cystogastrostomy” min invasive. *Ther Allied Technol* 1994; 3:289-294.
- 11.- Roth J. Laparoscopic pancreatic cystogastrostomy: The Lesser Sac Technique. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001; 11(3):201-3
- 12.- Reber H. Surgery for acute and chronic pancreatitis. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 56:6.
- 13.- Hindmarsh A. Stapled laparoscopic cystgastrostomia: a series with 15 cases. *Surg Endosc* 2005; 19(1):143-7.