



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“WHIPPLE PEDIÁTRICO EN UN PSEUDOQUISTE  
PANCREÁTICO: REPORTE DE UN CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

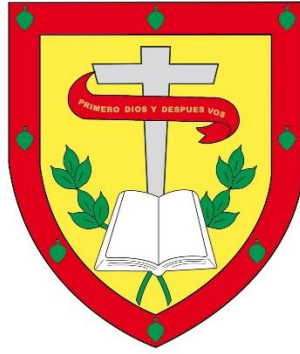
**AUTOR: MARÍA ALEJANDRA BRAVO GUAMBAÑA**

**DIRECTOR: DR. FABIÁN ANDRÉS MERCHÁN BUSTOS**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“WHIPPLE PEDIÁTRICO EN UN PSEUDOQUISTE  
PANCREÁTICO: REPORTE DE UN CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: MARÍA ALEJANDRA BRAVO GUAMBAÑA**

**DIRECTOR: DR. FABIÁN ANDRÉS MERCHÁN BUSTOS**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**María Alejandra Bravo Guambaña** portador(a) de la cédula de ciudadanía No. 0105766109. Declaro ser el autor de la obra: “ **WHIPPLE PEDIÁTRICO EN UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO: REPORTE DE UN CASO**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 24 de abril de 2024



**María Alejandra Bravo Guambaña**

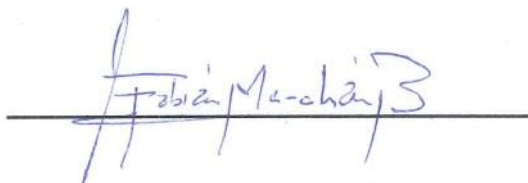
**C.I 0105766109**

## UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Cuenca, 24 de abril de 2024

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado “ **WHIPPLE PEDIÁTRICO EN UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO: REPORTE DE UN CASO**” realizado por **BRAVO GUAMBAÑA MARÍA ALEJANDRA** con documento de identidad No. **0105766109**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.



Dr. Fabián Andrés Merchan Bustos

DIRECTOR / TUTOR

**DEDICATORIA**

Este presente trabajo está dedicado a mis padres, Homero y Cecilia y a mi hermano Aaron por apoyarme y alentarme siempre a seguir adelante. A mi compañero de vida Francisco por escucharme y creer en mí, pero sobre todo por devolverme la ilusión en la vida, le dedico a Dios y a la Virgen Auxiliadora que desde el cielo me cuidaron y protegieron en mis peores momentos, y un énfasis a mi mami por cada noche que me abrazo, lloro conmigo y rezo por mi para pedir que me vaya bien en la carrera como médico y en la vida como persona.

**AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres y al resto de mi familia por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades, todos mis logros se los debo a ustedes.

## RESUMEN

**Introducción:** Los pseudoquistes pancreáticos en pediatría representan un desafío clínico significativo debido a su heterogeneidad etiológica y a la diversidad en sus manifestaciones clínicas. El abordaje terapéutico de estos pseudoquistes varía ampliamente, desde el manejo conservador hasta intervenciones quirúrgicas, dependiendo de la severidad de la presentación y la sintomatología asociada.

**Descripción del Caso:** Se expone el caso de un paciente pediátrico de 12 años con una lesión quística en la región cefálica del páncreas, diagnosticado inicialmente como quiste hidatídico. La progresión clínica del paciente y los hallazgos quirúrgicos inesperados durante una laparotomía exploratoria condujeron a la realización de una pancreatoduodenectomía. El análisis histopatológico postoperatorio confirmó la presencia de un pseudoquiste pancreático.

**Conclusión:** Este caso destaca la necesidad de un enfoque diagnóstico y terapéutico flexible en la patología pancreática pediátrica. La habilidad para adaptarse a hallazgos quirúrgicos imprevistos y la importancia de una evaluación prequirúrgica exhaustiva son fundamentales para el éxito del tratamiento de pseudoquistes pancreáticos en la población infantil. Esto resalta la importancia de un manejo individualizado y multidisciplinario en estos casos.

**Palabras clave:** Duodenopancreatectomía, Pancreaticoduodenectomía, Pancreatitis, Pediatría, Pseudoquiste pancreático.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Pancreatic pseudocysts in pediatrics represent a significant clinical challenge due to their etiological heterogeneity and diverse clinical manifestations. The therapeutic approach to these pseudocysts varies widely, ranging from conservative management to surgical interventions, depending on the severity of the presentation and associated symptoms.

**Case Description:** The case of a 12-year-old pediatric patient with a cystic lesion in the head of the pancreas is presented, initially diagnosed as a hydatid cyst. The patient's clinical progression and unexpected surgical findings during exploratory laparotomy necessitated a pancreatoduodenectomy. Postoperative histopathological analysis confirmed the presence of a pancreatic pseudocyst.

**Conclusion:** This case highlights the necessity for a flexible diagnostic and therapeutic approach in pediatric pancreatic pathology. The ability to adapt to unexpected surgical findings and the significance of comprehensive preoperative evaluation is crucial to successfully treating pancreatic pseudocysts in the pediatric population. It underscores the importance of individualized and multidisciplinary management in such cases.

**Keywords:** Duodenopancreatectomy, Pancreaticoduodenectomy, Pancreatitis, Pediatrics, Pancreatic pseudocyst.

**ÍNDICE**

|  |           |
|--|-----------|
| <b><i>RESUMEN</i></b> .....                | <b>7</b>  |
| <b><i>ABSTRACT</i></b> .....               | <b>8</b>  |
| <b><i>INTRODUCCIÓN</i></b> .....           | <b>10</b> |
| <b><i>REPORTE DE CASO</i></b> .....        | <b>12</b> |
| <b><i>DISCUSIÓN</i></b> .....              | <b>16</b> |
| <b><i>CONCLUSIONES</i></b> .....           | <b>18</b> |
| <b><i>CONFLICTO DE INTERESES</i></b> ..... | <b>19</b> |
| <b><i>BIBLIOGRAFÍA</i></b> .....           | <b>20</b> |
| <b><i>GLOSARIO</i></b> .....               | <b>25</b> |

## INTRODUCCIÓN

Los pseudoquistes pancreáticos (PQP) representan complicaciones relevantes en el espectro de las enfermedades pancreáticas, emergiendo principalmente tras episodios de pancreatitis aguda o crónica, trauma directo al páncreas, o procedimientos quirúrgicos (1–3). Estas lesiones se caracterizan por la acumulación de líquido pancreático en el tejido circundante, potencialmente conduciendo a síntomas severos y complicaciones si no se administran de manera efectiva. La incidencia anual se estima en 1 por cada 100,000 individuos, mostrando una prevalencia de 6,0% a 18,5% en diferentes estudios (4). Específicamente en el ámbito pediátrico, se observa una incidencia significativa en el grupo de edad de 10 a 13 años (5), destacando la importancia de una gestión clínica y quirúrgica adecuada para estos pacientes (6).

Dentro del diagnóstico diferencial de los PQP, se encuentran las neoplasias quísticas mucinosas y los quistes serosos, que, aunque pueden presentar una apariencia radiológica similar, difieren grandemente en manejo y pronóstico. Las neoplasias quísticas mucinosas, dada su potencial malignidad (7,8), pueden requerir intervención quirúrgica, mientras que los quistes serosos generalmente son benignos (9,10). El pseudopapiloma sólido y la enfermedad hidatídica también se consideran en el diagnóstico diferencial, este último especialmente en contextos de riesgo epidemiológico, lo que subraya la complejidad en el abordaje diagnóstico de estas lesiones (6,11).

El manejo de los PQP ha evolucionado hacia estrategias menos invasivas, privilegiando inicialmente los enfoques conservadores, especialmente en pacientes pediátricos (12). Sin embargo, en casos seleccionados, se contempla el tratamiento quirúrgico, como la pancreaticoduodenectomía, a pesar de su asociación con morbilidades y una tasa de mortalidad postquirúrgica notable (13). La elección del tratamiento depende de un

diagnóstico preciso y oportuno, enfatizando la importancia de la intervención multidisciplinaria para optimizar los resultados y minimizar las complicaciones (14). Este enfoque refleja la necesidad crítica de balancear los beneficios y riesgos de las opciones de tratamiento (15), garantizando decisiones terapéuticas informadas y centradas en el paciente (16).

Presentamos un caso de un paciente pediátrico diagnosticado de pseudoquiste pancreático, este caso resalta la relación entre los síntomas presentados y la historia clínica del paciente en ausencia de patologías pancreáticas previas, lo que llevó a una intensiva exploración diagnóstica y un abordaje terapéutico que rompe con el estándar conservador. La resolución del PQP fue por medio de resección quirúrgica Whipple.

## **REPORTE DE CASO**

### **INFOMACIÓN DEL PACIENTE**

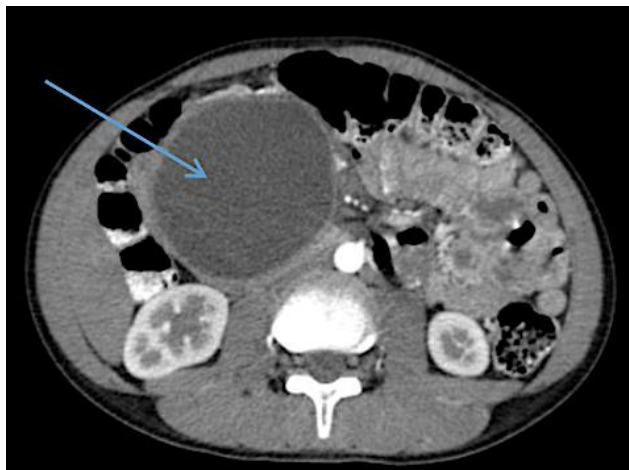
Varón de 12 años y 9 meses acudió al servicio de emergencia de un hospital de tercer nivel, presentando dolor abdominal intensificado en las últimas 24 horas, localizado en el hipocondrio derecho y acompañado de astenia. Notablemente, el paciente también presentaba ictericia, lo que sugirió la sospecha de una afectación del sistema biliar, lo que levantó la posibilidad de un síndrome colestásico. Durante el examen físico, se detectaron adenomegalias cervicales bilaterales y una masa sólida, semimóvil y no dolorosa en el hipocondrio derecho, palpándose una masa de aproximadamente 8x8 cm.

Durante la evaluación inicial del paciente pediátrico, se realizó una ecografía abdominal que reportó una lesión quística significativa en la cabeza del páncreas, con dimensiones de 104x93x81 mm y un volumen aproximado de 404 cc. Este hallazgo sugirió un probable origen pancreático de la lesión. La ausencia de alteraciones en otros órganos y la caracterización de la lesión como una masa quística unilocular bien definida y no vascularizada, llevaron a considerar diagnósticos diferenciales como cistadenoma, pero no se descartó la posibilidad de un origen biliar u otras causas.

### **Evaluación Diagnóstica**

La ecografía abdominal inicial mostró una significativa lesión quística en la cabeza del páncreas, orientando hacia un origen pancreático de la lesión. Ante la ambigüedad diagnóstica resultante y la presencia de ictericia, se recomendó una tomografía computarizada de múltiples detectores (TACMD) contrastada toracoabdominal, que reveló una lesión quística pancreática de 13 cm presionando la vía biliar intrahepática y causando colestasis, además de desplazamiento de asas intestinales y estructuras vasculares adyacentes, los estudios paraclínicos evidenciaron valores de bilirrubina total

de 5.2 mg/dL. Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico inicial presuntivo de síndrome colestásico, sugiriendo la presencia de un quiste hidatídico en etapa 1. **Fig 1.** No se observaron anomalías en las demás vísceras ni en el retroperitoneo.



**Figura 1. Tomografía Computarizada contrastada de abdomen superior con lesión quística.** Se evidencia lesión hipodensa de 13 cm, circunscrita en la región pancreática (flecha azul), las características sugieren ser consistentes con un quiste hidatídico etapa 1. **Fuente: Dr. Enmanuel Guerrero.**

Además, el reporte de la tomografía de tórax reveló una masa quística pulmonar izquierda de 7 cm, se confirma que no hay alteraciones visibles en el resto del parénquima pulmonar, mediastino o estructuras óseas **Figura 2.**



**Figura 2. Tomografía Computarizada contrastada de tórax:** Se identifica una masa quística a nivel de pulmón izquierdo (flecha azul). La lesión se destaca sin invasión en estructuras adyacentes y sin evidencia de afectación en el mediastino o estructuras óseas circundantes. **Fuente: Dr. Enmanuel Guerrero**

Tras estos estudios, se diagnosticó al paciente con quiste hidatídico de hígado y pulmón en etapa 1. Se inició tratamiento con antiparasitarios y, tras evaluación de equipo multidisciplinario se decidió proceder a una resección quirúrgica planificada. Inicialmente, se planeó una laparotomía exploratoria más toracotomía derecha.

Durante la cirugía se evidenció quiste pancreático a nivel de la cabeza del páncreas, por lo que se realizó una conversión a un procedimiento quirúrgico de pancreatoduodenectomía con resección total de un pseudoquiste pancreático, debido al tamaño de la masa y su adherencia a estructuras adyacentes.

El diagnóstico postquirúrgico se constituyó en: quiste de cabeza de páncreas; tumor de 15 cm dependiente de cabeza de páncreas; varios ganglios de aspecto reactivo; serosa duodenal íntimamente adherido a quiste; vena porta adherida a quiste. El informe patológico evidenció una lesión quística 10 x 4 x 3cm, de superficie externa irregular, superficie interna lisa. El corte de la pared es de 0.5 cm. Adyacente al mismo se identifican algunas formaciones nodulares de aspecto linfoide, otra zona de tejidos blandos identificada con signo de sutura. Inflamación pancreática crónica, atrofia por crecimiento de pseudoquiste, asociado a infiltrado inflamatorio con fibrosis. Se evidencia congestión vascular en segmento intestinal e hiperplasia linfoide en 11 ganglios. Esto confirma el diagnóstico de pseudoquiste pancreático.

El paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con el objetivo de su recuperación postquirúrgica, no presentó complicaciones durante el procedimiento y su evolución dentro de esta área hospitalaria fue satisfactoria.

Cuando cursaba su sexto día de evolución postquirúrgica, fue trasladado al piso de hospitalización y se empezó una dieta basada en líquidos claros, tolerándola de forma adecuada. Se decidió su alta médica durante el día 15 posterior a la cirugía, se recomendó

realizar curaciones periódicas en la herida quirúrgica junto con el seguimiento por parte del servicio de Oncología.

Durante su estancia UCI, el paciente respondió positivamente al tratamiento postoperatorio y mostró una buena tolerancia a los medicamentos administrados, lo que facilitó su recuperación tras el procedimiento quirúrgico. Se observó una mejora progresiva en su condición, evidenciada por su estabilidad hemodinámica, la ausencia de signos de infección y la falta de complicaciones quirúrgicas.

Además, se restableció su proceso de alimentación y digestión, lo que llevó al retiro de la sonda nasogástrica y la progresión a una dieta líquida seguida de alimentos blandos. Después de su diagnóstico de egreso que indicaba que era portador de un quiste pulmonar y que el quiste en la cabeza del páncreas se había resuelto, el paciente fue remitido para continuar su seguimiento con el equipo de oncología pediátrica a partir del 16 de febrero de 2023.

Actualmente, el paciente se encuentra bajo un régimen de tratamiento ambulatorio, centrado en la administración de antiácidos para el manejo sintomático de las molestias gastrointestinales persistentes. Está prevista una intervención quirúrgica para la resolución del quiste pulmonar, cuya programación está en proceso.

## **DISCUSIÓN**

Los pseudoquistes pancreáticos (PQP) representan una complicación notable de la pancreatitis aguda y crónica, caracterizándose por acumulaciones líquidas cerca del páncreas, generalmente diagnosticadas mediante tomografías computarizadas. La etiología de estos pseudoquistes es diversa, incluyendo traumatismos, obstrucciones y pancreatitis (17). Específicamente en pacientes pediátricos, los traumatismos abdominales son una causa común (18).

A diferencia de los quistes hidatídicos, originados por infecciones parasitarias, los PQP surgen de trastornos pancreáticos (19). La selección del tratamiento quirúrgico debe basarse en la gravedad y evolución de la enfermedad, considerando la posibilidad de complicaciones como la sospecha de malignidad (20,21), donde procedimientos complejos como la pancreaticoduodenectomía pueden ser necesarios (9). No obstante, la evidencia sobre la eficacia de estas intervenciones en población pediátrica es limitada (22).

La elección del tratamiento quirúrgico es una decisión que depende de la evolución y gravedad de la enfermedad; en casos avanzados, donde existe compromiso de la vida del paciente y alta sospecha de malignidad del quiste, procedimientos quirúrgicos más complejos, como la pancreaticoduodenectomía, pueden ofrecer beneficios a largo plazo (23–25). Sin embargo, la aplicación de la resección Whipple en pacientes pediátricos con pseudoquistes sigue siendo un área con falta de evidencia substancial (26).

En adultos, el manejo quirúrgico ha progresado hacia técnicas menos invasivas, marcando un avance significativo hacia la mejora de la recuperación y la minimización de las complicaciones postoperatorias. Esta evolución se sustenta en la precisión diagnóstica lograda mediante tecnologías de imagen avanzadas, esenciales para determinar el

tratamiento más pertinente. La transición de la cirugía abierta a procedimientos mínimamente invasivos, como la cistogastroanastomosis laparoscópica y el drenaje endoscópico transgástrico, refleja no solo un entendimiento más profundo de la patología sino también una adaptación a los avances tecnológicos, permitiendo realizaciones quirúrgicas precisas con menor impacto en el paciente (27–31)

En este contexto, la adaptabilidad durante la cirugía juega un papel crucial, como demuestra el caso presentado donde una conversión quirúrgica inesperada fue decisiva para el éxito terapéutico. Este incidente resalta la importancia de una evaluación prequirúrgica meticulosa y la capacidad de ajustar los planes quirúrgicos ante hallazgos imprevistos para mejorar los resultados, particularmente en presentaciones clínicas atípicas. (32–34). La ambigüedad de los síntomas de PQP en niños requiere un juicio clínico preciso para minimizar errores terapéuticos y optimizar el pronóstico (35,36). La elección de la intervención debe equilibrar cuidadosamente los beneficios a largo plazo contra los riesgos, especialmente en procedimientos con alta complejidad como la pancreaticoduodenectomía, enfatizando la necesidad de un enfoque integral que combine diagnóstico detallado y tratamiento personalizado para el manejo eficaz de PQP en la población pediátrica (23–25).

## CONCLUSIONES

El manejo del pseudoquistes pancreático en la población pediátrica plantea desafíos únicos que exigen un enfoque diagnóstico y terapéutico especializado. El caso clínico presentado ilustra la complejidad inherente al tratamiento de PQP en niños, donde la evolución de la enfermedad y la ausencia de antecedentes patológicos claros pueden conducir a cambios significativos en la estrategia quirúrgica. La adaptabilidad en la toma de decisiones, basada en hallazgos intraoperatorios y un diagnóstico meticuloso, resultó ser un pilar en la obtención de un resultado terapéutico exitoso, evidenciando la importancia de una evaluación prequirúrgica exhaustiva y de la flexibilidad en la planificación del tratamiento.

Este caso resalta la necesidad de una evaluación integral que incorpore avances en técnicas de diagnóstico y que esté respaldada por un seguimiento clínico detallado y datos de laboratorio precisos. La conversión quirúrgica inesperada, lejos de ser una contingencia, se reveló como una acción decisiva que, en conjunto con un manejo postoperatorio atento y la optimización de los regímenes de tratamiento, culminó en una recuperación satisfactoria.

Asimismo, se subraya la necesidad de investigación adicional para consolidar la evidencia sobre la seguridad y eficacia de procedimientos como la pancreaticoduodenectomía en niños, considerando la variabilidad de presentaciones y complicaciones asociadas al PQP pediátrico. A pesar de las dificultades diagnósticas y terapéuticas, este caso contribuye al cuerpo de conocimiento clínico, proporcionando una valiosa perspectiva sobre el manejo de PQP en pacientes jóvenes y destacando el rol crítico de la cirugía adaptativa en la obtención de desenlaces favorables.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

La transparencia y la integridad en la investigación son fundamentales para garantizar la objetividad de los resultados y las conclusiones. La autora de este estudio no tiene intereses financieros directos ni relaciones financieras con compañías farmacéuticas, fabricantes de dispositivos médicos o entidades comerciales relacionadas con el campo de la cirugía pediátrica o la gastroenterología que pudieran influir en la objetividad del estudio. Además, se declara que no está enrolada por instituciones médicas o hospitales con intereses financieros en el procedimiento de Whipple o en la atención pediátrica relacionada.

La autora está comprometida con la atención clínica de pacientes pediátricos, pero este compromiso no ha influido en la perspectiva ni en la presentación de este caso clínico. La atención clínica se ha centrado en el bienestar de los pacientes, y la investigación se ha llevado a cabo de manera independiente.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Velasco-Benítez CA. Pancreatitis en niños. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2011;26.
2. Navarro S. Lesiones quísticas pancreáticas. Origen y evolución histórica. *Med Clin (Barc).* 2019 Sep;153(5):213–8.
3. de Ponthaud C, Daire E, Pioche M, Napoléon B, Fillon M, Sauvanet A, et al. Cystic dystrophy in heterotopic pancreas. *J Visc Surg.* 2023 Apr;160(2):108–17.
4. Santiago F, Aguilar AT, González G, Sánchez-Valdivieso EA. PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POST-TRAUMÁTICO EN TAUROMAQUIA. *Revista chilena de cirugía.* 2016 Apr;68(2):173–5.
5. Della Corte C, Faraci S, Majo F, Lucidi V, Fishman DS, Nobili V. Pancreatic disorders in children: New clues on the horizon. *Digestive and Liver Disease.* 2018 Sep;50(9):886–93.
6. Karla Alejandra Santos-Jasso JASAMV. Tratamiento Quirúrgico de Pseudoquiste Pancreático en Edad Pediátrica. *Medigraphic [Internet].* 2008 [cited 2023 Nov 25]; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexcirped/mcp-2008/mcp084f.pdf>
7. Ojo E, Babayo U. Pancreatic Pseudocyst in Federal Medical Centre, Gombe and Review of Literature. *Nigerian Journal of Medicine.* 2010 Jul 13;19(2).
8. Habashi S, Draganov P V. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol.* 2009;15(1):38.

9. Cannon JW, Callery MP, Vollmer CM. Diagnosis and Management of Pancreatic Pseudocysts: What is the Evidence? *J Am Coll Surg*. 2009 Sep;209(3):385–93.
10. Cankorkmaz L, Gumus C, Celiksoz A, Koyluoglu G. Primary Hydatid Disease of the Pancreas Mimicking Pancreatic Pseudo-Cyst in a Child: Case Report and Review of the Literature. *Turkish Journal of Parasitology*. 2011 Mar 1;35(1):50–2.
11. Patel PA, Gibson C, Minhas KS, Stuart S, De Coppi P, Roebuck DJ. Pancreatic pseudocyst drainage in children by image-guided cystogastrostomy and stent insertion. *Pediatr Radiol*. 2019 Dec 24;49(13):1816–22.
12. El-Gohary Y, Mansfield S, Staszak J, Abdelhafeez A, Talbot L, Pui CH, et al. Management of pancreatic pseudocysts in pediatric oncology patients. *J Pediatr Surg*. 2020 Sep;55(9):1727–31.
13. ARDENGH JC, TAGLIERI E, ARDENGH AO, MICELLI-NETO O, MACHADO MA. EUS-GUIDED HOTAXIOS FOR THE TREATMENT OF TRAUMATIC PANCREATIC PSEUDOCYST IN PEDIATRIC PATIENT. *Arq Gastroenterol*. 2020 Sep;57(3):339–40.
14. Rosenfeld EH, Vogel AM, Jafri M, Burd R, Russell R, Beaudin M, et al. Management and outcomes of peripancreatic fluid collections and pseudocysts following non-operative management of pancreatic injuries in children. *Pediatr Surg Int*. 2019 Aug 3;35(8):861–7.
15. Hassan MA. Open cystogastrostomy in the management of a large pancreatic pseudocyst in a child. *J Pediatr Surg Case Rep*. 2020 Aug;59:101504.

16. Al-Salem AH. Pancreatitis and Pancreatic Pseudocyst. In: Atlas of Pediatric Surgery. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 221–7.
17. Jaiswal V, Naz S, Ishak A, Batra N, Quinonez J, Mukherjee D, et al. A rare case of pediatric pancreatic pseudocyst. Clin Case Rep. 2022 May 15;10(5).
18. Dr. Frans Serpa MdJorgeAMdAVDraSZ. Whipple procedure safety: 10 year experience in a third level center. Metro ciencia. 2019;
19. Vanegas Cabrera MA. Morbimortalidad y sobrevida asociada a la cirugía de Whipple: desenlaces obtenidos por un grupo multidisciplinario de cirugía hepatobiliar y pancreática - experiencia de 6 años. Repositorio EdocUR. 2023;
20. Dra. Griselda Berberian, Dra. M. Teresa Rosanova, Dra. Laura Inda. Echinococcosis in children: Experience in a tertiary care hospital outside the endemic area. Arch Argent Pediatr. 2017 Jun 1;115(03).
21. Pinto G. PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. Revista Chilena de Cirugía. 2017 Jan;69(1):94–8.
22. SIA GB, SOARES PF da C, GESTIC MA, CHAIM EA, CALLEJAS-NETO F, CAZZO E. SURGICAL MANAGEMENT OF CYSTIC LESIONS OF THE PANCREAS: A SINGLE-CENTRE EXPERIENCE. Arq Gastroenterol. 2018 Dec;55(4):412–6.
23. Pattillo S JC, Jarufe C N. Avances en la cirugía de tumores del páncreas exocrino en niños. Rev Chil Pediatr. 2013 Jul;84(4):417–24.
24. Navarro S. Pancreatitis crónica. Algunos aspectos históricos relevantes. Gastroenterol Hepatol. 2018 Aug;41(7):474.e1-474.e8.

25. Bernal F, Sánchez S, Pedraza M, Cabrera LF. Pancreatoduodenectomía de urgencia: Whipple o no Whipple, esa es la cuestión. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2018 Apr 27;33(1):111–8.
26. Pan G, Wan MH, Xie KL, Li W, Hu WM, Liu XB, et al. Classification and Management of Pancreatic Pseudocysts. *Medicine*. 2015 Jun;94(24):e960.
27. Alberto Puerto Lorenzo J, Torres Aja L, Cabanes Rojas E. Pseudoquiste de páncreas. Presentación de un caso y revisión de la literatura Pancreatic Pseudocyst. Case Report and Literature Review. *Scielo [Internet]*. 2020;2–10. Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/824>
28. Galindo F. Seudoquistes pancreáticos *Enciclopedia Cirugía Digestiva F. GALINDO y colaboradores SEUDOQUISTES PANCREATICOS [Internet]*. 2017. Available from: [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar)
29. México Guardado-Bermúdez A, Javier A, Josafat F, Alberto L, Leija G de, Alondra N. Pseudoquiste pancreático. Revisión y reporte de caso. *Redalyc [Internet]*. 2013; Available from: [www.amc.org.mx](http://www.amc.org.mx)
30. Pan G, Wan MH, Xie KL, Li W, Hu WM, Liu XB, et al. Classification and Management of Pancreatic Pseudocysts. *Medicine*. 2015 Jun;94(24):e960.
31. Ahmad M, Maegawa FB, De La Rosa E, Davis B, Tyroch A, Konstantinidis IT. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas in the modern era. Experience with 707 patients. *The American Journal of Surgery*. 2020 Dec;220(6):1433–7.
32. Aragón QC GLCGCF. Experiencia de manejo de cáncer pancreático con Whipple laparoscópico en el Hospital General y Central de Chihuahua Experiencia de

- manejo de cáncer pancreático con Whipple laparoscópico en el Hospital General y Central de Chihuahua. Medigraphic. 2017;
33. Guerrero-Martínez GA, Estrada-Gómez R, Basilio-Roque A, Viveros-Luna R, Lorenzo-Yacamix C, Dávila-Esparza PA. Pancreatoduodenectomía laparoscópica. *Cir Cir*. 2020 May 4;88(3).
  34. María Domingo Bretón et al. Reconstrucción pancreática tras duodenopancreatectomía. . *Dialnet*. 2022;3.
  35. Aristizábal-Linares JP, Quevedo-Vélez C, Sánchez-Zapata P. Quality of life analysis after Whipple procedure. Retrospective cohort study. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2020 Oct 5;49(2).
  36. Dr Joaquín Alejandro Solarana Ortiz et al. Pancreatic pseudocyst without relapses after percutaneous drainage. A case report. *Scielo*. 2019 Jun;

## GLOSARIO

1. **Pancreatitis Aguda:** Inflamación repentina del páncreas, que puede ser causada por diversas afecciones, como trauma, infección o cálculos biliares.
2. **Pseudoquiste Pancreático:** Acumulación de fluido en el páncreas, a menudo como resultado de la pancreatitis aguda. Puede requerir tratamiento.
3. **Tracto Biliar:** El sistema de conductos que transporta la bilis desde el hígado hasta el intestino delgado. Problemas en este tracto pueden conducir a la pancreatitis.
4. **Terapia del Dolor:** Tratamiento destinado a aliviar el dolor asociado con la pancreatitis u otras afecciones relacionadas.
5. **Reposición de Electrolitos:** Restablecimiento de los niveles adecuados de minerales en el cuerpo, como el sodio y el potasio, que pueden verse afectados por la pancreatitis.
6. **Reposo Pancreático:** Descanso y restricción de la ingesta de alimentos para permitir que el páncreas se recupere de la inflamación.
7. **Antibioticoterapia:** Tratamiento con antibióticos en casos de pancreatitis de origen biliar o cuando hay signos de infección asociada.
8. **Colecciones Pancreáticas:** Acumulación de líquido pancreático en el área abdominal, a menudo como resultado de la pancreatitis aguda.
9. **Morbilidad:** El grado de enfermedad o complicaciones en una población o grupo de pacientes.

- 10. Estenosis:** Un estrechamiento anormal de un conducto o vaso sanguíneo.
- 11. Ictericia:** Coloración amarillenta de la piel y los ojos, un síntoma de obstrucción en el conducto biliar común.
- 12. Resección:** Procedimiento quirúrgico que implica la extirpación de una parte del órgano afectado, en este caso, el páncreas.
- 13. Falla Respiratoria:** Incapacidad del sistema respiratorio para funcionar adecuadamente, una complicación grave en pacientes con pancreatitis.
- 14. Colapso de Funciones Cardíacas:** Detención o disfunción del sistema cardiovascular, a menudo asociada con complicaciones graves.
- 15. Falla Orgánica Multisistémica:** El fallo simultáneo de varios órganos del cuerpo, una condición potencialmente mortal.
- 16. Whipple (Duodenopancreatectomía):** Un procedimiento quirúrgico complejo que implica la extirpación del páncreas, el duodeno y partes del conducto biliar y del estómago.



## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

**MARÍA ALEJANDRA BRAVO GUAMBAÑA** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0105766109. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“WHIPPLE PEDIÁTRICO EN UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO: REPORTE DE UN CASO”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de abril de 2024.

María Alejandra Bravo Guambaña  
CI: 0105766109