



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“MANEJO DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN UNA
PACIENTE ADULTA CON PANCREATITIS CRÓNICA:
CISTOGASTROANASTOMOSIS TRANSGÁSTRICA Y
NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA PRESENTACIÓN DE UN
CASO”**

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

AUTOR: ERICK ISMAEL ORTIZ QUIZHPI

DIRECTOR: DR. MILTON PAUL YUNGA GUAMÁN

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

**“MANEJO DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN UNA
PACIENTE ADULTA CON PANCREATITIS CRÓNICA:
CISTOGASTROANASTOMOSIS TRANSGÁSTRICA Y
NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA PRESENTACIÓN DE UN
CASO”**

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

AUTOR: ERICK ISMAEL ORTIZ QUIZHPI

DIRECTOR: DR. MILTON PAUL YUNGA GUAMÁN

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Erick Ismael Ortiz Quizhpi portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104909189**. Declaro ser el autor de la obra: **“Manejo de un pseudoquiste pancreático en una paciente adulta con pancreatitis crónica: cistogastroanastomosis transgástrica y necrosectomía pancreática presentación 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, 8 de marzo de 2024

F: 
Erick Ismael Ortiz Quizhpi
C.I. **0104909189**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "MANEJO DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN UNA PACIENTE ADULTA CON PANCREATITIS CRÓNICA: CISTOGASTROANASTOMOSIS TRANSGÁSTRICA Y NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA PRESENTACIÓN DE UN CASO" realizado por **ORTIZ QUIZHPI, ERICK ISMAEL** con documento de identidad No. **0104909189**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 8 de marzo de 2024



F:
Dr. Milton Paul Yunga Guamán
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A mis padres, fuente inagotable de apoyo y amor; a mis abuelos, cuyo legado y sabiduría han sido faros en mi camino; y a mis profesores, guías expertos que han iluminado cada paso de esta travesía académica. Este trabajo de tesis es un testimonio de la gratitud que siento hacia cada uno de ustedes. Gracias por ser mi inspiración constante.

AGRADECIMIENTO

Me dirijo a ustedes con profundo agradecimiento y emoción al culminar este arduo pero gratificante camino de mi trabajo de tesis en medicina. Este logro no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de quienes me rodean, y quiero expresar mi sincero agradecimiento a cada uno de ustedes.

Primordialmente, deseo expresar mi sincero agradecimiento a mis respetados profesores y jurados, cuya guía experta, sabiduría y paciencia han sido pilares fundamentales durante todo el desarrollo de este proceso. Las sugerencias valiosas y las críticas constructivas que generosamente compartieron han desempeñado un papel crucial en el crecimiento y perfeccionamiento de mi investigación.

A mi familia, mis palabras no podrían capturar completamente la gratitud que siento. Mamá y papá, su apoyo constante ha sido mi ancla en momentos difíciles, y su aliento inquebrantable ha sido mi fuerza motriz. Sin ustedes, este logro sería inalcanzable.

A mis abuelos, quienes han sido fuente de inspiración a lo largo de mi vida, agradezco sus enseñanzas, sabiduría y amor incondicional. Su legado ha dejado una marca indeleble en mi corazón, y estoy agradecido por la fortaleza que me han transmitido.

Finalmente, agradezco a la medicina por ofrecerme un campo tan apasionante y desafiante. Este trabajo de tesis no solo representa el final de una etapa académica, sino también el comienzo de un compromiso continuo con el servicio y la excelencia en la salud.

Gracias a todos por ser parte de mi historia, por creer en mí y por compartir este logro conmigo. Estoy profundamente agradecido y emocionado por lo que el futuro nos depara.

Con gratitud,

Erick Ismael Ortiz Quizhpi

RESUMEN

Antecedentes: El término pseudoquiste se refiere a una colección de líquido bien delimitada y recubierta por una capa no epitelizada de tejido fibroso y granuloso. Por lo general, se observan como una complicación de la pancreatitis crónica (20% – 40%). Se produce por el aumento de la presión ductal ocasionando daños en los conductos pancreáticos, provocando una extravasación y acumulación del líquido pancreático. La incidencia anual reportada de pseudoquiste es de 1,6 – 4,5 por cada 100 000 adultos, independientemente de su causa y edad. Con relación al manejo del pseudoquiste pancreático, históricamente se ha logrado mediante el uso de tratamientos conservadores y cirugía. No obstante, los avances en laparoscopia, radiología y endoscopia han permitido incluir el drenaje laparoscópico, percutáneo y endoscópico en el tratamiento.

Descripción del caso: Paciente femenina de 50 años de edad que acude por un cuadro de 7 meses de evolución caracterizado por distensión abdominal, vómitos, gases, constipación y dolor tipo cólico de 3/10 en escala EVA, que se localiza en el epigastrio y se irradia hacia la espalda, además refiere haber disminuido de peso en los últimos 4 meses.

Conclusión: En este caso el procedimiento quirúrgico abierto tuvo éxito y no se vio asociado a complicaciones tanto a corto como largo plazo. Sin embargo, según la literatura disponible, las técnicas laparoscópicas y endoscópicas están remplazando a la expuesta en este reporte.

Palabras clave: Drenaje, Seudoquiste pancreático, Pancreatitis crónica.

ABSTRACT

Background: The term ‘pseudocyst’ refers to a well-defined fluid collection covered by a non-epithelialized fibrous and granular tissue layer; they are typically observed as a chronic pancreatitis complication (20% - 40%). It occurs due to increased ductal pressure, causing damage to the pancreatic ducts and leading to extravasation and accumulation of pancreatic fluid. The reported annual incidence of pseudocysts is 1.6 - 4.5 per 100,000 adults, regardless of cause and age. The management of pancreatic pseudocysts has historically been achieved through conservative treatments and surgery. However, advances in laparoscopy, radiology, and endoscopy have allowed the inclusion of laparoscopic, percutaneous, and endoscopic drainage in treatment.

Case description: A 50-year-old female patient presents with a 7-month history of abdominal distension, vomiting, gas, constipation, and colicky pain rated 3/10 on the EVA scale, localized in the epigastrium and radiating to the back. She also reports weight loss over the past four months.

Conclusion: In this case, the open surgical procedure was successful and not associated with short or long-term complications. However, according to available literature, laparoscopic and endoscopic techniques are replacing those described in this report.

Keywords: Drainage, Pancreatic pseudocyst, Chronic pancreatitis.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
REPORTE DEL CASO	11
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	17
CONFLICTO DE INTERESES	17
BIBLIOGRAFÍA	18

INTRODUCCIÓN

Un pseudoquiste pancreático (PP) es una cavidad peripancreática llena de líquido encapsulado por una pared compuesta por colágeno y tejido de granulación, además, es característico que carezca de un revestimiento epitelial. Se desarrolla generalmente después de 4 semanas tras un daño pancreático (1–4). Se produce por el aumento de la presión ductal pancreática, la cual ocasiona daños en los conductos pancreáticos, que conlleva a la extravasación y acumulación del líquido pancreático (2,5). Es importante mencionar que, en ciertas ocasiones, los PP pueden localizarse de manera total o parcial dentro del parénquima pancreático (4).

El 50% de los pacientes que tienen un PP experimentan síntomas y signos relacionados con esta condición, sin embargo, estos son muy generales e inespecíficos. Estos son: dolor abdominal, pérdida de peso, aumento de las enzimas pancreáticas en el plasma, ictericia, dolor en la espalda y plenitud postprandial (1,6). En los casos asintomáticos estos se identifican de manera incidental a través de pruebas de imagen que reflejan una masa llena de líquido, junto con antecedentes patológicos de pancreatitis (2,6).

Se presenta como complicación de la pancreatitis aguda (PA) en el 10 – 20% y en la crónica (PC) en el 20 – 40 % de los casos (2–4,7,8). Su incidencia anual global registrada es de 1,6 a 4,5 por cada 100 000 adultos. La falta de pautas sólidas sobre su manejo, continúa planteando nuevos dilemas y preguntas para su tratamiento óptimo, además, de que puede presentar complicaciones que comprometan la salud del paciente (2,4).

La estrategia de manejo está determinada por las complicaciones que se manifiesten. Por lo tanto en las situaciones en las que no están presentes, se prefiere un método conservador para facilitar la regresión espontánea; que se ha registrado en el 10% de los casos en PC (1,8). No obstante, en las situaciones de mayor riesgo las opciones quirúrgicas han presentado tasas tolerables de complicaciones y reincidencia en la literatura médica. Las directrices para el manejo del PP abarcan: manifestaciones producto de la compresión gástrica, duodenal o biliar, o la presencia de complicaciones como: sangrado, fístulas pancreatopleurales, rupturas o hemorragias espontáneas (1,4,8).

Históricamente el drenaje del PP se ha realizado mediante cirugía abierta convencional o cistogastrotomía, sin embargo, debido a estudios en los que se presentaba una elevada tasa de morbimortalidad (Morbilidad: 40% y de mortalidad: 5,8%) durante la década de los noventa, se motivó al desarrollo de nuevos métodos de manejo de invasión mínima que provean un drenaje continuo del PP a la cavidad gástrica (4,7,9–11). Culminando con avances significativos en el manejo laparoscópico (4,7,10,12). Además, del desarrollo de técnicas endoscópicas y guiadas por radiología, las cuales han aumentado las opciones disponibles en el tratamiento del PP (4). Sin embargo, se debe tener en cuenta que la falta de grandes series de pacientes ocasiona incertidumbre en cuanto al diagnóstico y el manejo del PP en cuanto a las técnicas quirúrgicas, laparoscópicas y endoscópicas disponibles (4,7,10). Aquí radica la importancia de este reporte de caso, ya que se analizará si el procedimiento quirúrgico abierto aún es factible en nuestro medio en base a la literatura médica sobre el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica del PP. Con la finalidad de que sirva de aporte a la comunidad médica y público en general, y además brinde una pauta hacia la aplicación de los métodos diagnósticos y los resultados de una intervención quirúrgica abierta en este tipo de pacientes.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 50 años de edad, oriunda de la provincia de Cañar, refiere que hace aproximadamente 7 meses presenta un cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal junto con dolor tipo cólico (evaluado como 3/10 en la escala EVA). El dolor se localiza en el epigastrio y se irradia hacia la espalda. Además, refiere haber disminuido de peso en los últimos 4 meses.

Hace aproximadamente dos semanas fue ingresada en un centro de salud de la provincia de Cañar por motivo de una exacerbación de la sintomatología mientras ingería alimentos, presento: dolor tipo cólico, distensión abdominal, náuseas, vómitos abundantes de comida no digerida y escalofríos. Se le administró analgésicos intramusculares y se la remitió a un hospital de la misma provincia en donde permaneció ingresada durante 9 días por pancreatitis. Posteriormente es dada de alta, pero no presenta mejoría del cuadro. Acude a otro centro de salud en donde posterior a una ecografía abdominal se solicitan exámenes de imagen (tomografía axial computarizada), en donde se identifica la presencia de un PP de 20 cm de diámetro, además de litos en la vesícula biliar. Motivo por el cual es referida a la ciudad de Cuenca para colecistectomía laparoscopia junto con drenado del PP.

La paciente refiere antecedentes patológicos personales de pancreatitis hace más de un año del cual refiere haberse recuperado por completo, además en su último ingreso hospitalario hace dos semanas se le diagnosticó diabetes, asimismo presenta antecedentes quirúrgicos de esterilización bilateral hace 19 años y ooforectomía hace 4 años. No refiere antecedentes patológicos familiares. Ni antecedentes de consumo de sustancias nocivas como alcohol o tabaco.

INGRESO:

La paciente ingresa a quirófano el 2 de marzo del año 2023, para colecistectomía laparoscópica seguida de cistogastroanastomosis transgástrica por cirugía abierta. Al examen físico presenta FC: 92 lpm, TA: 100/78 mmHg, SatO₂: 93%, FR: 20 rpm, T°: 36.3 °C. IMC: 24.1 (Peso saludable). Presenta escleras levemente ictéricas. A nivel torácico los campos pulmonares están ventilados y el murmullo vesicular está conservado. Corazón: los ruidos cardíacos R1 y R2 son sincrónicos con el pulso. A la exploración del abdomen se observa simétrico, blando y depresible, doloroso a la palpación profunda y superficial en epigastrio, a la auscultación los ruidos hidroaéreos se encuentran disminuidos. En el examen neurológico la paciente se encuentra vigil, orientada en tiempo, espacio y persona. Y con un Glasgow 15/15.

CIRUGÍA:

Después de realizar una colecistectomía laparoscópica, se procede bajo normas de asepsia y antisepsia con protocolo de anestesiología y enfermería a realizar una laparotomía mediana, exponiendo la pared anterior del estómago. A continuación, se efectúa una gastrotomía anterior. La incisión tiene aproximadamente 5 cm de longitud y se ubica en la parte media entre la curvatura mayor y menor del estómago, específicamente en el tercio medio. Mediante esta abertura, se aspira el contenido gástrico, lo que permite observar la pared posterior del estómago (Figura 1).

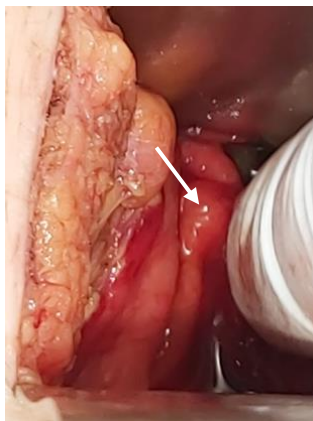


Figura 1. Se observa en el fondo la mucosa de la cara posterior del estómago (Flecha blanca).

Fuente: Dr. Rubén Bravo. Cistogastroanastomosis transgástrica.

En un primer tiempo se punciona la pared posterior del estómago, extrayéndose líquido seropurulento y asegurando una buena localización para efectuar la incisión posterior. A continuación, se realiza la apertura de la pared posterior del estómago hasta llegar a la cápsula del PP (Figura 2). Posteriormente se realiza la cistogastroanastomosis entre la pared anterior del PP y la pared posterior de estómago con el uso de una GIA lineal de 60mm, así creando una comunicación que permite el drenado del líquido del interior del PP (Figura 3). Una vez realizada la cistogastroanastomosis se procede a la necrosectomía pancreática residual de aproximadamente 100 cc (Figura 3). Además de aspirar el resto del líquido contenido en el PP, también se realiza un lavado cuidadoso del interior del PP.



Figura 2. Apertura de la pared posterior del estómago.

Fuente: Dr. Rubén Bravo. Cistogastroanastomosis transgástrica.



Figura 3. *Líquido extendido posterior a la marsupialización del borde de la pared posterior del estómago y anterior del quiste (Flecha negra) y tejido pancreático (Flecha azul).*

Fuente: *Dr. Rubén Bravo. Cistogastroanastomosis transgástrica.*

Finalmente, se procede al cierre de la pared anterior del estómago con una sutura continua no absorbible de polipropileno (prolene) y con un refuerzo de sutura absorbible de poliglactina (vicryl), seguido del cierre por planos del área abdominal. El tiempo quirúrgico de la colecistectomía laparoscópica y la cistogastroanastomosis fue de 2 horas y el sangrado total fue de 30 ml.

Es importante agregar que se dejó un drenaje Jackson-Pratt fenestrado en el cuadrante abdominal inferior derecho el cual fue retirado 7 días posteriores al procedimiento.

Hallazgos: Se observó una adherencia de tipo I – II de Zuhlke, que se extendían desde el epiplón hasta la pared abdominal anterior, hígado y vesícula biliar. La vesícula biliar, presentaba litos en su interior junto con bilis oscura. Además, debido a la presencia de un PP de 20 cm de diámetro, el estómago se encontraba desplazado hacia la pared abdominal anterior.

EVOLUCIÓN POSOPERATORIA:

A las 24 horas, la paciente refiere dolor en el sitio quirúrgico de 5/10 en escala EVA, no presenta náuseas ni vómitos, sus signos vitales son estables y presenta una diuresis de 400 ml en 12 horas con un gasto urinario de 0,52 cm³. Al examen físico se encontró apósitos manchados pero secos junto con un drenaje de 65 ml.

A las 48 horas, la paciente presentó un ligero alivio del dolor en el sitio quirúrgico, refiriendo en escala EVA 2/10, además en la diuresis se recolectó 315 ml en 12 horas con un gasto urinario de 0,41 cm³. Drenaje de 25 ml.

Se dio egreso en buenas condiciones generales al tercer día, el plan de alta consistió en paracetamol, omeprazol, cefuroxima, multienzimas y metformina. Por último, se le indicó cuidados en la dieta. No se reporta recidiva.

DISCUSIÓN

Brunnicardi et al. (13), Samuelson et al. (3) y Misra et al. (2), definen al PP como una colección de líquido pancreático que se encuentra envuelta por una pared de tejido fibroso y granulomatoso sin epitelio, lo que les da el nombre de “pseudoquiste”. Además, Misra et al. (2) indican que el líquido en su interior es de características homogéneas, y Samuelson et al. (3) resaltan que es rico en enzimas pancreáticas como la amilasa, debido a la alteración del conducto pancreático. No obstante, Misra et al. (2) y Habashi et al. (14) coinciden en que el líquido homogéneo también puede tener un poco o nada de tejido necrótico en su composición. En cuanto a la maduración y engrosamiento de las paredes del PP, ambos estudios señalan que esta demora entre 4 a 6 semanas. Aunque Townsend et al. (1) refiere que puede llegar a tardar hasta 8 semanas en producirse la reacción fibrótica.

De acuerdo con Habashi et al. (14), los PP se relacionan a menudo con PC como resultado de una obstrucción ductal progresiva que puede inducir una fuga ductal, con acumulación de líquido peripancreático. Hecho que se apoya en lo expuesto por Misra et al. (2), que indican que la alteración del conducto pancreático y sus ramas, por inflamación o lesión, causa salida de enzimas pancreáticas al parénquima. Asimismo, explican que solo dos tercios de los pacientes con PP presentan conexiones evidentes entre el quiste y el conducto pancreático. Y señalan que en el otro tercio es muy posible que una reacción inflamatoria haya cerrado la conexión, dificultando su detección.

Con respecto al diagnóstico del PP, Townsend et al. (1), en 2022, describe que hasta la mitad de los pacientes con PP manifiestan síntomas, como dolor constante, plenitud precoz, náuseas, pérdida de peso y aumento de enzimas pancreáticas en plasma. Así mismo refiere que el diagnóstico se confirma mediante tomografía computarizada (TC) o de resonancia magnética (RM). Ahora bien con respecto a los PP asintomáticos Elta et al. (6) indican que en estos casos no se necesita de seguimiento ni tratamiento, debido a su ausencia de potencial maligno.

Cabe recalcar que el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas del páncreas abarca un amplio rango. Según Elta et al. (6), en la guía clínica del ACG de 2018, se las puede clasificar en tres grupos generales: no neoplásicos (PP), neoplásicos y mucinosos. Siendo los dos últimos los que tienen un potencial de malignidad. Además, señalan que el tipo de quiste debe ser determinado por las características de las pruebas de imagen, y en algunos casos, por medio del análisis del líquido quístico con el fin de identificar estas dos variables malignas. Sin embargo, advierten que la clasificación correcta puede ser difícil a pesar de la aplicación de estos métodos.

Por otro lado, Shekhar et al. (15) mencionan la clasificación revisada de Atlanta para la pancreatitis, que distingue cuatro subtipos de colecciones: 1) colección aguda de líquido peripancreático, 2) colección necrótica aguda, 3) pseudoquiste pancreático y 4) necrosis tapiada. Tanto el pseudoquiste como la necrosis tapiada son colecciones encapsuladas que suelen madurar en unas 4 semanas. Esta clasificación más precisa facilita una mejor comprensión y manejo clínico de estas entidades.

Por su parte, los autores Townsend et al. (1) señalan que cuando el diagnóstico de PP no es claro, es conveniente realizar una ecografía endoscópica (EE) con punción aspirativa con aguja

fina (PAAF). Con este método, se obtienen características propias del PP, como: niveles elevados de amilasa, ausencia de mucina y niveles bajos de antígeno carcinoembrionario (CEA).

En relación a las indicaciones para el manejo del PP en la PC, es importante tener en cuenta que solo el 10% de los pacientes remiten espontáneamente el PP, según Townsend et al. (1). Además, la remisión es menos probable ya que en estos casos el PP surge en el marco de la obstrucción del conducto pancreático. Asimismo, los autores indican que las directrices para el tratamiento se basan en las manifestaciones producto de la compresión gástrica, duodenal o biliar, o la presencia de complicaciones como: sangrado, fístulas pancreatopleurales, rupturas o hemorragias espontáneas.

Sin embargo, Shekhar et al. (15) mencionan que las colecciones líquidas pancreáticas (CLP) menores a 6 cm de diámetro presentan una resolución espontánea en más del 50% de los casos durante un seguimiento de 12 meses. En contraste, las CLP mayores a 6 cm requieren intervención en el 67% de los casos.

Dado que en el caso presentado el tamaño del PP supera los 6 cm de diámetro y se presenta en el contexto de una PC, se decide optar por el drenaje del PP mediante una cistogastroanastomosis transgástrica, cumpliendo con las directrices para el tratamiento.

En cuanto a los drenajes de las lesiones quísticas, Navarro (16), presentó las diferentes complicaciones que se desarrollaron en el ámbito de los drenajes de las lesiones quísticas. Desde la marsupialización de un quiste a la pared abdominal realizada por Gussenbauer en 1882, considerado como Gold estándar hasta la década de 1920, cuando se comenzó a desarrollar la técnica de anastomosis interna, que culminó en el procedimiento de Jurasz o pancreaticocistostomía transgástrica en el año de 1931. Este procedimiento consiste en una anastomosis entre la pared del quiste y la posterior gástrica, y se ha convertido en el tratamiento estándar de los pseudoquistes maduros que contactan con el estómago por su curso postoperatorio sin casi complicaciones.

Posteriormente, en 1994, C. Frantzides propuso la posibilidad de realizar una pancreaticocistoyunostomía laparoscópica para disminuir el riesgo de infección por regurgitación del contenido intestinal al interior del quiste. Sin embargo, algunos años antes ya se había planteado técnicas no quirúrgicas, tanto endoscópicas como radiológicas, para resolver la entidad. En 1989, M. Cremer publicó su experiencia en el drenaje del PP mediante punción y colocación de stent por vía endoscópica a través de la pared gástrica o duodenal. Más tarde, H. Grimm demostró la utilidad de la ultrasonografía endoscópica para la localización del mejor punto de punción de los PP cercanos a la pared gástrica o duodenal, prácticamente eliminando el riesgo de sangrado en el momento de la punción. Aunque años antes, se había demostrado la utilidad del drenaje externo guiado mediante ultrasonografía por S. Hancke y el dirigido por TC por E. Sonnenberg.

Por lo tanto, en la actualidad, existen opciones para el drenado de los PP que incluyen métodos quirúrgicos abiertos, laparoscópicos, percutáneos y endoscópicos.

De acuerdo con Townsend et al. (1), el tratamiento definitivo para los quistes pancreáticos dependen de su ubicación. Para aquellos PP que se encuentran unidos estrechamente al estómago, se recomienda una cistogastrostomía. Este procedimiento implica la realización de una gastrostomía anterior seguida del drenaje del quiste a través de la pared posterior del estómago usando una grapadora lineal, tal y como se realizó en el procedimiento quirúrgico de este reporte de caso. Para los casos en los que el quiste está localizado en la cabeza del páncreas y tienen un estrecho contacto con el duodeno, se recomienda una cistoduodenostomía. Y para aquellos PP que no están en contacto con alguna de las dos estructuras mencionadas en las anteriores técnicas, se recomienda el una cistoyeyunostomía en Y de Roux. Se puede señalar que los autores explican que la aplicación de dichos procedimientos logra un drenaje satisfactorio e inmediato del PP en más del 90% de los casos. Aunque, es importante tener en cuenta que, tras la resolución inicial, otro PP puede formarse en el 12% de los casos de seguimiento prolongado.

Se puede señalar que los autores Townsend et al. (1), también menciona un ensayo prospectivo aleatorizado que buscaba comparar la eficacia de la cistogastrostomía endoscópica frente al procedimiento quirúrgico. Obteniendo una eficacia similar, pero con menores complicaciones en el procedimiento endoscópico.

Cabe señalar que Townsend et al. (1) también explican que el drenaje con EE produce resultados más satisfactorios al permitir visualizar las acumulaciones de líquido y necrosis además de la vasculatura. Esto último se puede adjuntar con lo presentado por Shekhar et al. (15) el cual en su estudio de serie de casos demuestra que el drenaje transmural guiado por ultrasonido puede realizarse con seguridad y éxito en casi todos los pacientes bajo sedación consciente sin necesidad de control fluoroscópico.

En cuanto al drenaje por medio de laparoscopia el análisis obtenido de los resultados del estudio realizado por Chawla et al. (17) el cual compara dicho procedimiento con un abordaje percutáneo, concluyendo que el procedimiento laparoscópico se asocia con menos complicaciones a corto plazo y presentando mejores resultados hospitalarios. Conclusiones similares a las obtenidas por los autores Wang et al. (8) que encontraron que el drenaje laparoscópico de los PP se asocian con menores complicaciones a corto plazo en comparación con drenaje quirúrgico percutáneo y abierto, por lo que creen que el drenaje laparoscópico es la modalidad de tratamiento más rentable.

Sin embargo, como menciona Panyko et al. (5) por el momento, no existen pautas en el tratamiento, y la intervención se debe individualizar en cada paciente. Por lo que la atención multidisciplinaria es esencial para brindar la mejor atención posible. Además, el autor menciona que el tratamiento quirúrgico abierto es ahora menos frecuente y que debe reservarse para aquellos casos no pueden someterse a una cirugía laparoscópica.

CONCLUSIONES

En el caso de la paciente presentada en este reporte, la cistogastroanastomosis por cirugía abierta presentó éxito y no se vio asociada a complicaciones tanto a corto como a largo plazo, las molestias intrahospitalarias a causa del procedimiento fueron leves y se trataron de forma adecuada, sin embargo según la literatura disponible en la actualidad, las técnicas laparoscópicas y endoscópicas son las que están reemplazando a la expuesta en este caso, ya que, han demostrado en varios estudio que con mayor frecuencia tienen éxito en la recuperación del paciente con menos complicaciones a las registradas por otras técnicas en grupos de estudio grandes. Además, se recomienda en base a la literatura médica que en aquellos pacientes con antecedentes de pancreatitis la sospecha del desarrollo de un pseudoquiste pancreático debe ser alta, esto con el fin de evitar el desarrollo de complicaciones que comprometan el estilo de vida del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe ningún conflicto de interés por parte de los investigadores.

BIBLIOGRAFÍA


1. Townsend C, Evers B, Beauchamp R, Mattox K. Sabiston - Tratado de cirugía. 21st ed. Barcelona, España: Elsevier; 2022. 1528–1565 p.
2. Misra D, Sood T. Pancreatic Pseudocyst - NCBI Bookshelf [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491526/>
3. Samuelson AL, Shah RJ. Endoscopic Management of Pancreatic Pseudocysts. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2012;41(1):47–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2011.12.007>
4. Agalianos C, Passas I, Sideris I, Davides D, Dervenis C. Review of management options for pancreatic pseudocysts. *Transl Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2018;3(3). Available from: <https://tgh.amegroups.com/article/view/4147/html>
5. Panyko A, Vician M, Dubovský M, Šklubla R. Mediastinal Pancreatic Pseudocyst with Hemoptysis - A Thoracic Complication of Pancreatitis. *Cureus* [Internet]. 2020;12(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33354462/>
6. Elta GH, Enestvedt BK, Sauer BG, Lennon AM. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2018;113(4):464–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2018.14>
7. Fatimah S, Lia E. Internal drainage of pancreatic pseudocyst following abdominal blunt trauma. *J Pediatr Surg Case Reports*. 2022;81:102284.
8. Wang Y, Omar YA, Agrawal R, Gong Z. Comparison of treatment modalities in pancreatic pseudocyst: A population based study. *World J Gastrointest Surg*. 2019;11(9):365–72.
9. Crisanto-Campos BA, Arce-Liévano E, Cárdenas-Lailson LE, Romero-Loera LS, Rojano-Rodríguez ME, Gallardo-Ramírez MA, et al. Manejo laparoscópico de los pseudoquistes pancreáticos: experiencia de un hospital general en la Ciudad de México. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2015;80(3):198–204. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmex.2015.05.003>
10. Tan JH, Chin W, Shaikh AL, Zheng S. Pancreatic pseudocyst: Dilemma of its recent management (Review). *Exp Ther Med* [Internet]. 2021;21(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33456526/>
11. Daniel RR, Nataniel CB, Ramiro PL, Jorge D, Rojas AR. Cisto gastro anastomosis laparoscopica. *Cuad Hosp Clínicas* [Internet]. 2018;59(2):44–9. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762018000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Park A, Schwartz R, Tandan V, Anvari M. Laparoscopic pancreatic surgery. *Am J Surg*. 1999;177(2):158–63.
13. Brunnicardi FC, Andersen DK, Hunter JG, Billiar TR, Dunn DL, Matthews JB, et al. *Schwartz principios de cirugía*. 9th ed. Mexico: Mc Graw Hills; 2010. 1167–1244 p.
14. Habashi S, Draganov P V. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol*. 2009;15(1):38–47.
15. Shekhar C, Maher B, Forde C, Mahon BS. Endoscopic ultrasound-guided pancreatic

- fluid collections' transmural drainage outcomes in 100 consecutive cases of pseudocysts and walled off necrosis: a single-centre experience from the United Kingdom. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 2017;53(5):611–5. Available from: <https://www.tandfonline-com.vpn.ucacue.edu.ec/doi/abs/10.1080/00365521.2017.1398346>
16. Navarro S. El arte de la cirugía pancreática. Pasado, presente y futuro. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2017;40(9):648.el-648.el. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-el-arte-cirugia-pancreatica-pasado-S0210570517301024>
 17. Chawla A, Afridi F, Prasath V, Chokshi R, Ahlawat S. Analysis of pancreatic pseudocyst drainage procedural outcomes: a population based study. *Surg Endosc* [Internet]. 2023;37(1):156–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35879571/>

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Erick Ismael Ortiz Quizhpi portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0104909189. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Manejo de un pseudoquistes pancreático en una paciente adulta con pancreatitis crónica: cistogastroanastomosis transgástrica y necrosectomía pancreática presentación 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 éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 8 de marzo de 2024

F: 
Erick Ismael Ortiz Quizhpi
C.I. 0104909189