

VIDEO

Cistogastrostomía posterior laparoscópica en pseudoquiste de páncreas.

Laparoscopic posterior cystogastrostomy in pancreatic pseudocyst.

Edwin Cristian Rivas^{1,2}, Marcelo Ticona Gutierrez^{1,2}, Favio Álvarez De Bejar^{2,3}, Jozhep Laime Aguilar^{2,4}.

Resumen.

Se presenta el vídeo del caso de una mujer con cuadro de pancreatitis aguda que posterior a 8 semanas, presenta dolor epigástrico, sensación de plenitud y pérdida de peso, en quien se diagnosticó por tomografía abdominal: Pseudoquiste en cola de páncreas y fue programada para Cistogastrostomía posterior laparoscópica.

Palabras clave: Pseudoquiste pancreático; colección peripancreática; drenaje laparoscópico.

Abstract.

The video of the case of a woman with acute pancreatitis who, after 8 weeks, presents epigastric pain, a feeling of fullness and weight loss, is presented. She was diagnosed by abdominal tomography: Pseudocyst in the tail of the pancreas and was scheduled for Cystogastrostomy laparoscopic posterior.

Keywords: Pancreatic pseudocyst; peripancreatic collection; laparoscopic drainage.

Introducción.

El pseudoquiste pancreático se define como colección localizada de líquido con alto contenido de amilasa y otras enzimas pancreáticas, que se halla rodeado por una pared fibrosa o tejido de granulación bien circunscrito (1).

Surge normalmente como una complicación de un episodio de Pancreatitis aguda, en sus formas agudas suele reabsorberse espontáneamente en un período de 4 a 6 semanas, sin embargo, pasado este período de tiempo no desaparecerán y tienen probabilidad de complicaciones (2).

La incidencia del pseudoquiste es de 1:100,000/año y la prevalencia de 6,0 % - 18,5 %. (3) Aparece entre el 20 - 40 % de los casos de pancreatitis crónica, 70 - 78 % de pancreatitis post-alcohólica, entre el 6 - 16 % de pancreatitis crónica idiopática y de 6 a 8 % en casos de pancreatitis de etiología biliar (1, 3).

El diagnóstico se basa principalmente en las manifestaciones clínicas y estudios imagenológicos (ultrasonografía, tomografía abdominal, resonancia magné-

tica). Los síntomas principales son: dolor abdominal, saciedad temprana, plenitud postprandial, pérdida de peso, fiebre persistente (4)

El tratamiento tiene las siguientes opciones: Quirúrgicas (Convencionales y laparoscópicas) y No quirúrgicas (endoscópicas y radiológicas) (5, 6).

La elevada tasa de morbimortalidad, durante la década de los noventa en el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos, despertó el interés por desarrollar opciones de tratamiento quirúrgicas de mínima invasión, con lo que se describen diversas técnicas de drenaje interno con abordaje laparoscópico, entre las que tenemos: cistogastroanastomosis posterior o exogástrica descrita por Morino et al. en 1995, la cistogastroanastomosis con abordaje anterior o transgástrico, la cistogastroanastomosis con abordaje endogástrico y la cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux y en asa (7, 8)

El presente caso, es de una paciente femenina de 47 años de edad, con antecedente de haber sufrido episodio de Pancreatitis aguda de origen biliar ocho semanas antes de acudir nuevamente a consulta, por

Fecha de envío:
7 de octubre de 2023.

Fecha de aceptación:
15 de octubre de 2023.

Proceso:
Revisión por pares.

Conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

¹ Clínica de especialidades Adolfo Kolping, El Alto, Bolivia.

² Centro de Entrenamiento en Laparoscopia - CELAP, Bolivia.

Correspondencia:

Dr. Edwin Cristian Rivas
E-mail: ecrismedi@gmail.com

presentar dolor abdominal epigástrico, náuseas, sensación de plenitud, pérdida de peso. En los estudios complementarios de ultrasonografía se reporta: Litiasis vesicular múltiple y presencia de masa quística en cola de páncreas y topografía gástrica, se complementa con una tomografía abdominal contrastada, en la que se evidencia una masa quística de 30 x 24 x 27 cm., en cola de páncreas y pared posterior de estómago. Se decide realizar tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo, consistente en Colecistectomía más cistogastrostomía posterior laparoscópica.

La evolución de la paciente es adecuada, iniciando dieta hídrica y progresiva en el 2do. día, el drenaje tuvo débito seroso escaso y siendo externada el 4to día con adecuada tolerancia oral, canalización de gases y heces. Se realizaron controles hasta el 6to. mes, en el que se realizó control tomográfico observando remisión del pseudoquistes.

Video.

Con anestesia general y paciente en posición francesa, antisepsia de pared abdominal, se instalan 4 trócares, se realizan los siguientes pasos:

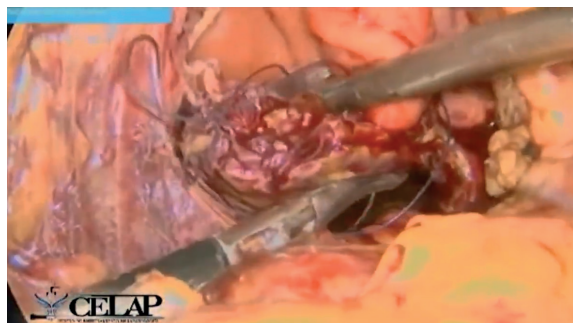
1. Sección de epiplón en curvatura mayor de estómago
2. Disección y apertura del pseudoquistes
3. Inspección, aspirado de contenido y extracción de tejido necrótico
4. Toma de biopsia de pared de pseudoquistes
5. Gastrotomía posterior
6. Cistogastroanastomosis de pared posterior, con Polylactina 910, surget continuo
7. Se instala sonda de 16 Fr oro, gastro cística
8. Cistogastroanastomosis de pared anterior, hasta cierre hermético
9. Verificación de hemostasia e instalación de drenaje. Se realiza colecistectomía en el mismo procedimiento, previa a la cistogastroanastomosis (por motivos

Discusión.

En el presente caso la paciente desarrollo una complicación secundaria al cuadro de Pancreatitis aguda de

Video 1. Técnica quirúrgica.

Disponible en: https://youtu.be/9Urv_KrRylc



origen biliar, que la llevó a presentar la sintomatología asociada, con indicaciones adecuadas para realizar tratamiento quirúrgico.

En varias series se demuestra que en abordaje laparoscópico tienen buenos resultados, como la serie de C Palanivelu et al reportan 5.6 días de estancia intrahospitalaria posquirúrgica y una tasa de conversión, morbilidad, mortalidad y recurrencia del 0, 8.3, 0 y 1% respectivamente. (9)

La cistogastrostomía posterior laparoscópica con sutura totalmente manual es una técnica segura, eficaz, reproducible (10) y que abarata los costos frente al uso de sutura mecánica laparoscópica, con buenos resultados para el paciente.

Referencias bibliográficas.

1. Agalianos C, Passas I, Sideris I, Davides D, Dervenis C. Review of management options for pancreatic pseudocysts. *Translational Gastroenterology and Hepatology*. 2018; 3(18). <https://doi.org/10.21037/tgh.2018.03.03>
2. Guardado F, Azuara AJ, Ardisson FJ, Guerrero LA, Villanueva E, Gómez NA. Pseudoquistes pancreáticos. Revisión y reporte de caso. *Cir Cir*. 2014;82(4):425-31.
3. Urbina IM, Navarrete LE. Pseudoquistes Pancreáticos. *Medicinas Uta*[Internet]. 2018[citado 24 Feb 2020];1(4):[aprox. 5p.].
4. M.D. Johnson, R.M. Walsh, J.M. Henderson. Surgical versus nonsurgical management of pancreatic pseudocysts. *J Clin Gastroenterol.*, 43 (2009), pp. 586-590
5. L. Melman, R. Azar, K. Beddow. Primary and overall success rates for clinical outcomes after laparoscopic, endoscopic, and open pancreatic cystgastrostomy for pancreatic pseudocysts. *Surg Endosc.*, 23 (2009), pp. 267-271
6. K.E. Behrns, K. Ben-David. Surgical therapy of pancreatic pseudocysts. *J Gastrointest Surg.*, 12 (2008), pp. 2231-2239
7. Park, R. Schwartz. Laparoscopic pancreatic surgery. *Am J Surg.*, 177 (1999), pp. 158-163
8. M. Morino, C. Garrone, C. Locatelli. Laparoscopic management of benign pancreatic cystic lesions. *Surg Endosc.*, 9 (1995), p. 625
9. C. Palanivelu, K. Senthilkumar, M.V. Madhankumar. Management of pancreatic pseudocyst in the era of laparoscopic surgery—experience from a tertiary centre. *Surg Endosc.*, 21 (2007), pp. 2262-2267.
10. B.A. Crisanto-Campos, E. Arce-Liévano, L.E. Cárdenas-Lailson, L.S. Romero-Loera, M.E. Rojano-Rodríguez, M.A. Gallardo-Ramírez, J. Cabral-Oliver, M. Moreno-Portillo, Manejo laparoscópico de los pseudoquistes pancreáticos: experiencia de un hospital general en la Ciudad de México, *Revista de Gastroenterología de México*, Volume 80, Issue 3, 2015, Pages 198-204.