

Cistogastrostomía en Pseudoquiste Pancreático



Rev Guatem Cir Vol. 26 · 2020

Danilo Herrera Cruz,¹ Servio Tulio Torres Rodríguez,² Roberto Gordillo Castillo,³ Samuel Gil Escobar.⁴

Cirujano General,¹ Cirujano de Tórax,² Anestesiólogo,³ Médico General.⁴ Hospital San Vicente. Correspondencia. Servio Tulio Torres Rodríguez. 6 av. 7-66 zona 10. Condominio Médico Oficina C-2. Stuliotr@gmail.com. Celular. 53068216.

RESUMEN

La Cistogastrostomía o procedimiento de Jurasz, en pseudoquiste pancreático es un procedimiento efectivo y vigente con altas tasas de curación comparable con la gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux; aun cuando las técnicas de endoscopia intervencionistas se han posicionado como el procedimiento inicial de elección. El interés del presente artículo es exponer la técnica en sus principales tiempos quirúrgicos para fines de ilustración a los cirujanos generales.

ABSTRACT

Cystogastrostomy in pancreatic pseudocyst

Cystogastrostomy or Jurasz procedure in pancreatic pseudocyst is an effective procedure with high cure rates comparable to Roux Y gastroyeyunoanastomosis; even when interventional endoscopy techniques have positioned as the initial procedure of choice. The interest of this article is to expose the technique in its main surgical times for the purpose of illustration to general surgeons

INTRODUCCIÓN

Un pseudoquiste pancreático, según los criterios de Atlanta se define como una colección de líquido encapsulado dentro de una pared inflamatoria bien definida y no contiene elementos sólidos.^{1,2} Los pseudoquistes pancreáticos pueden observarse en pancreatitis aguda (5-20%) en pancreatitis crónica (20-40%) y en traumatismos del 5-10%. Dada la mayor incidencia de pancreatitis biliar hace que alrededor del 50 al 80% de los pseudoquistes sean de este origen.^{3,4} El tratamiento incluye una serie de conductas que van desde la observación clínica a procedimientos intervencionistas de complejidad variada. El interés de presentar este artículo es mostrar un procedimiento que mantiene vigencia para muchos hospitales que no cuentan con la tecnología moderna video endoscópica.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 46 años de edad, con historia de dolor abdominal de leve a moderada intensidad de localización epigástrica irradiado a ambos hipocondrios, acompañado de leve distensión de la pared e ictericia subclínica. Antecedente de ingesta frecuente de bebidas alcohólicas y pancreatitis aguda seis semanas previo a su ingreso. La evolución fue satisfactoria durante las dos primeras semanas del primer suceso. Progresivamente el dolor y las náuseas se hicieron más constantes. Se le realizó ultrasonido abdominal superior en el que se reportó

páncreas aumentado de tamaño a expensas de colección líquida a nivel del cuerpo, a descartar formación de pseudoquiste pancreático. Vesícula sin litos en su interior. La tomografía abdominal con medio de contraste, reportó pseudoquiste pancreático, con pared de 5 mm de grosor, de dimensiones de 14.03 x 11.92 cms, y contenido líquido heterogéneo de 1800 cc. (Figura 1).



Figura 1: AAC abdominal mostrando el pseudoquiste pancreático

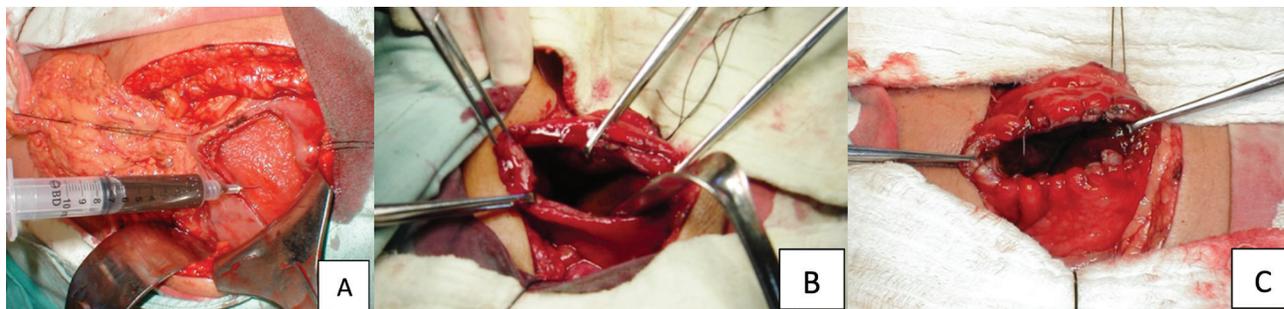


Figura 2: A. Exposición de la pared posterior del estómago y punción transquistica. B. Comunicación entre ambas cavidades. C. Marsupialización del borde de la pared posterior del estómago y anterior del quiste

A la sexta semana se realiza cistogastrostomía transgástrica y biopsia de la pared del quiste, según técnica descrita. Bajo anestesia general, con intubación endotraqueal y colocación de sonda nasogástrica, se realiza laparotomía mediana y se expone la pared anterior del estómago. Se efectúa gastrotomía de 6 cms aproximadamente en el cuerpo del estómago, aspirado del contenido gástrico y hemostasia cuidadosa de la pared del estómago. Se localiza la colección a través de la pared posterior del estómago y con jeringa se extrae líquido del quiste pancreático, (Figura 2A). Se procede a resección circular con electrocauterio de un área de 4 cms de diámetro de las paredes gástricas y quísticas permitiendo una comunicación libre entre ambas cavidades, (Figura 2B). Se practica marsupialización del borde de la pared posterior del estómago y anterior del quiste con sutura coronal en surgete cruzado de vicryl (00)R (Figura 2C) para lograr una hemostasia adecuada. Se recoloca la sonda nasogástrica en la cavidad quística pancreática y se cierra la gastrotomía en dos planos, (Figura 2D). El resultado final de la cirugía se esquematiza en la (figura 2E). La evolución posoperatoria fue satisfactoria y se dio egreso en buenas condiciones generales al quinto día. No se reporta recidiva.

DISCUSIÓN

Anton Jurasz (1882-1961), profesor de la universidad de Poznan (Polonia) publicó la primera pancreático-cistostomía transgástrica. Esta técnica, denominada procedimiento de Jurasz vino a ser el tratamiento estandar de los pseudoquistes maduros que contactaban con el estómago porque presentaba un curso postoperatorio sin casi complicaciones.⁵ La indicación de drenaje interno del presente caso se fundamentó en el aumento del tamaño del quiste > 3 cms, el dolor referido y el antecedente de la pancreatitis basada en clasificación de Atlanta de pancreatitis aguda, la cual permitió la presentación de informes estandarizados de investigación y ayudó a la comunicación entre los médicos,² en un intento de llegar a un consenso global multidisciplinar y a una clasificación aplicable universalmente aceptada.⁶ Es muy importante respetar el tiempo de evolución de las 6 semanas para obtener un resultado favorable. La tomografía es de gran valor, nos permite ubicar la lesión, medir los diámetros y visualizar las relaciones del quiste y aunque el TAC con contraste es la modalidad de imagen más empleada en el diagnóstico de los pseudoquistes, en ocasiones puede ser necesaria una ecografía o una resonancia magnética para confirmar dicha ausencia de contenido sólido en su interior.⁶ La pancreatografía por resonancia magné-

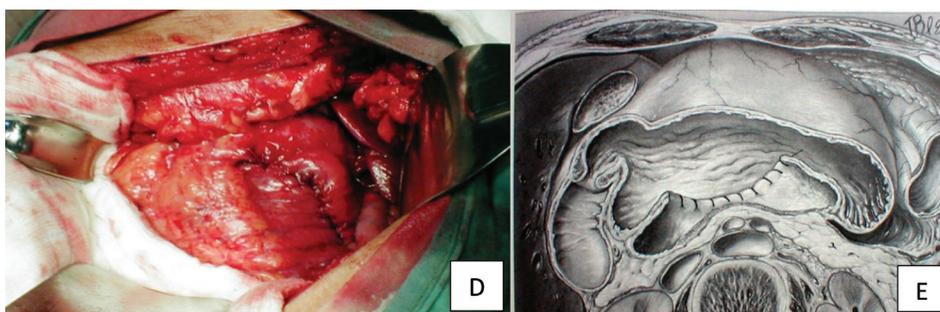


Figura 2: D. Cierre de la gastrotomía en dos planos. E. Esquemización de la comunicación entre ambas cavidades. (Tomado de Mastery of Surgery. Vol. II, Cystogastrostomy, Arthur J, Donovan. Thomas V. Berne. Pag. 1015)