



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN UN PACIENTE
ADULTO”**

Requisito previo para optar por Título de Médico.

Autor: Lema Pérez, Pedro Gabriel

Tutor: Dr. ESP. Chicaiza Tayupanta, Jesús Onorato

Ambato – Ecuador

Mayo – 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el trabajo de Investigación sobre Análisis de caso Clínico con el tema:

“PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN UN PACIENTE ADULTO”,
de Lema Pérez Pedro Gabriel, estudiante de la Carrera de Medicina,
considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a
la evaluación del Jurado Examinador, designado por el Honorable Consejo
Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, abril 2017

EL TUTOR:

.....
Dr. Chicaiza Tayupanta, Jesús Onorato

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis de caso clínico:
“PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN UN PACIENTE ADULTO”,
como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de
exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de
grado.

Ambato, abril 2017

EL AUTOR

.....
Lema Pérez, Pedro Gabriel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autor.

Ambato, abril 2017

EL AUTOR

.....

Lema Pérez, Pedro Gabriel

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Jurado Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema **“PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN UN PACIENTE ADULTO”** elaborado por Lema Pérez Pedro Gabriel, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo 2017

Para constancia firma

1er Vocal

2do Vocal

PRESIDENTE DEL JURADO

DEDICATORIA

El presente Trabajo de Investigación está dedicado a Dios, por haberme dado la vida, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar ante las adversidades y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi familia, debido que por ellos soy lo que soy.

A mi madre, por ser el pilar fundamental y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, sin importar nuestras diferencias de opiniones, con su amor único e infinito ha sido mi guía día y noche, siempre con la misma sonrisa y sus brazos abiertos para no renunciar a mis ideales.

A mi padre por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Ellos me han dado todo lo que soy como persona: Mis valores, principios, empeño perseverancia y mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mi novia por ser ejemplo de trabajo y dedicación y siempre guiarme hacia el mejor de mis versiones.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

A mi madre que, con su demostración de una madre ejemplar, me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre preservar a través de sus sabios consejos.

A mi padre, por apoyarme en todo momento, por los valores inculcados y la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

A mis hermanos por ser importantes en mi vida y representar la unidad familiar.

A los docentes y autoridades de la UTA, por haberme impartido sus conocimientos y formarme como una profesional competente en la sociedad; y, en especial agradecer al Dr. ESP. JESÚS CHICAIZA por su Tutoría y guía científica en la culminación exitosa de este trabajo de análisis de caso clínico.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, a las que agradezco su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

ÍNDICE GENERAL

Contenido	
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN.....	x
SUMMARY	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS.....	9
2.1. - OBJETIVOS GENERAL:.....	9
2.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
III. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	10
3.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	10
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	11
4.1.1. Datos de Identificación del Paciente.	11
4.1.2. Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:	11
4.1.3. Antecedentes Patológicos Familiares:.....	11
4.1.4. Antecedentes Gineco Obstétricos:	11
4.1.5. Hábitos:.....	12
4.1.6. MOTIVO DE CONSULTA:.....	12
4.1.7. ENFERMEDAD ACTUAL:.....	12
4.1.8. EXAMEN FÍSICO:.....	13

4.1.9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:.....	15
4.2. EXÁMENES SOLICITADOS:.....	16
4.3. EVOLUCIONES.....	17
4.5. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	27
4.6.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	41
4.7.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	43
4.7.1. Acceso a la Atención Médica.....	43
4.7.2. Características de la Atención.....	43
4.7.3. Oportunidades en la Remisión.....	46
4.8.- IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRITICOS.....	46
4.8.1.- Ruta de usuario.....	46
4.9. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	47
V. CONCLUSIONES:.....	48
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
VII. ANEXOS.....	53

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN UN
PACIENTE ADULTO”**

Autora: Lema Pérez, Pedro Gabriel

Tutor: Dr. ESP. Chicaiza Tayupanta, Jesús Onorato

Fecha: Ambato, Abril del 2017

RESUMEN

El pseudoquiste pancreático, una acumulación de líquido casi siempre estéril, se compone de detritos celulares, sangre y líquido pancreático y está totalmente encapsulado por una pared que carece de epitelio. Representa aproximadamente 75% de las lesiones quísticas del páncreas. Las opciones de tratamiento que existen son: drenaje percutáneo, drenaje endoscópico, drenaje endoscópico transpapilar y drenaje quirúrgico. Se reporta el caso de un paciente de 18 años de edad, a quien por medio de una ultrasonografía se le detectó en el páncreas una imagen quística de 10 X 8 X 9.4cm con volumen de 398 cc ubicada en el área pancreática. Se realizó una Cistogastroanastomosis laparoscópico debido a la presentación anatómica del pseudoquiste.

**PALABRAS CLAVES: PSEUDOQUISTE_PANCREÁTICO,
DRENAJE_QUIRÚRGICO, PERCUTÁNEO.**

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

**“PANCREATIC PSEUDOCYST IN AN ADULT
PATIENT”**

Author: Lema Pérez, Pedro
Gabriel

Tutor: Dr. ESP. Chicaiza Tayupanta, Jesús Onorato

Date: Ambato, May 2017

SUMMARY

The pancreatic pseudocyst, a usually sterile fluid accumulation, is composed of cellular debris, blood and pancreatic fluid and is totally encapsulated by a wall that lacks epithelium. It represents approximately 75% of the cystic lesions of the pancreas. Treatment options include percutaneous drainage, endoscopic drainage, transpapillary endoscopic drainage, and surgical drainage. We report the case of an 18-year-old patient who, through ultrasonography, had a cystic image of 10 X 8 X 9.4 cm with a volume of 398 cc located in the pancreatic area. A laparoscopic cystogastroanastomosis was performed due to the anatomical presentation of the pseudocyst.

**KEY WORDS: PANCREATIC_PSEUDOCYST,
SURGICAL_DRAINAGE, PERCUTANEOUS.**

I. INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste pancreático se define como una colección localizada de fluido rico en amilasa y otras enzimas pancreáticas, la cual se encuentra recubierta por una pared de tejido de granulación o colágeno sin embargo no posee un delineamiento epitelial lo que lo distingue del quiste verdadero. El pseudoquiste se origina a partir de episodios de pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasias o traumas sobre el parénquima pancreático. (1-7)

Casi doscientos años después de la primera descripción de Eugene Opie se logró llegar a un consenso basándose en los puntos establecidos en la clasificación de Atlanta (1993), la cual distingue cuatro entidades distintas que pueden ser identificadas por su historia, contenido o a través de imágenes radiológicas. Colección aguda de fluido aguda: Ocurren temprano en el curso de la pancreatitis. Se define como una reacción exudativa del parénquima pancreático, sin comunicación con el conducto principal. Debido a la ausencia de pared presenta límites mal definidos y una forma irregular. Pseudoquiste Pancreático Agudo: Este aparece posterior a un episodio de pancreatitis aguda o un trauma en el parénquima pancreático, se encuentra circunscrita por una pared de tejido de granulación. Pseudoquiste Pancreático Crónico: Aparece como consecuencia a un episodio de pancreatitis crónica, y de la misma manera

se halla circunscrito por una pared de tejido de granulación. Absceso pancreático: Colección intraabdominal purulenta circunscrita usualmente a la vecindad del páncreas resultado de un proceso pancreático agudo o crónico que se sobre infecta. (1-2-3-18)

La etiología del pseudoquiste refleja de manera cercana la causa de la pancreatitis subyacente, sin embargo, estos se hallan con más frecuencia en aquellos casos de pancreatitis crónica y en aquellas pancreatitis ocasionadas por el abuso de alcohol, siendo esta la causa del 59-78% de los casos. Así mismo, los pseudo quistes relacionados con pancreatitis aguda pueden aparecer como resultado de cualquier agente causal de la pancreatitis incluyendo cáncer, posterior a procedimientos como CPRE o trauma el cual representa la principal causa en la población pediátrica. (4-9)

El vertiginoso desarrollo de las técnicas de imagen avanzadas como son la ultrasonografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la colangiopancreatografía, entre otras, han permitido un aumento en la frecuencia diagnóstica del pseudoquiste pancreático, así como un mayor conocimiento de su historia natural y un mejor manejo terapéutico. Por ello, en la actualidad el dominio de los signos radiológicos juega un papel primordial en su diagnóstico y tratamiento. (5-6)

La patogénesis del pseudoquiste parece surgir de la disrupción del conducto pancreático con la posterior extravasación de secreciones pancreáticas, es así como en casi dos terceras partes de los pseudo quistes se puede evidenciar una comunicación con el conducto pancreático mientras en el tercio restante es probable que dicha comunicación se cerrara debido a una reacción inflamatoria.

(1-5) La formación de pseudo quistes posteriores a pancreatitis aguda puede interpretarse como la maduración de un proceso inflamatorio agudo, con la posterior acumulación de productos de dicho proceso así como secreciones pancreáticas, en este caso la disrupción del conducto pancreático probablemente sea secundaria a necrosis. La patogénesis de los pseudo quistes producto de pancreatitis crónica es menos conocida aunque se sabe intervienen dos mecanismos, el primero consiste en la reactivación de la pancreatitis subyacente, el segundo consiste en el bloqueo de una de las ramas principales del conducto pancreático por un tapón de proteínas, tejido fibroso o calcificaciones lo que finalmente formara un quiste de retención el cual se llena con las secreciones acumuladas en la región previa al bloqueo, al crecer estos quiste se rompen dentro del parénquima pancreático formando así el pseudoquiste. (1-3-5) En el caso de las colecciones de fluido posteriores a pancreatitis aguda, solo ante la persistencia de estas por más de 4-6 semanas y la presencia de paredes bien definidas de tejido fibroso o de granulación pueden

ser catalogadas como pseudoquistes, estos usualmente contiene enzimas pancreáticas y tejido necrótico. (3-5)

En la Ecografía se observan con estructura ecoica, bien definidos. Aparecen más complejos cuando hay hemorragia o infección del quiste. La sensibilidad de detección va desde 75-90%. Tiene varias limitaciones en comparación con el TAC. 6)

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son:

- Compresión de los grandes vasos, estómago o duodeno que produzca síntomas clínicos.
- Presencia de Pseudoquiste Pancreático mayor de 4 cm con cambio de tamaño o de forma y presencia por más de 6 semanas.
- El drenaje percutáneo solo está indicado como un procedimiento de urgencia para la retención aguda de líquido o quistes infectados, con una tasa de recurrencia del 70%, siendo las fístulas percutáneas la complicación más frecuente.

La endoscopia ofrece varias posibilidades de tratamiento: colocación de un stent (transmural o transpapilar), abordaje transgástrico o transduodenal y la combinación de estas. La tasa reportada de éxito de estos procedimientos es superior al 80%, lo cual es similar a la cirugía. (2)

II. OBJETIVOS

2.1. - OBJETIVOS GENERAL:

- Describir la evolución clínica y conducta diagnóstico terapéutica en un paciente con diagnóstico presuntivo de pseudoquiste pancreático en el Servicio de Cirugía del Hospital Provincial General de Latacunga.

2.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores de riesgo predisponentes para el Pseudoquiste Pancreático en este enfermo.
2. Describir el curso cronológico de la patología en cuanto a manifestaciones clínicas, diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico.
3. Identificar las posibles complicaciones del Pseudoquiste Pancreático y sus posibilidades terapéuticas.

III. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

3.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

La recopilación de los datos para la realización del caso clínico se obtuvo de:

- Informes de anamnesis, donde se recogen los datos epidemiológicos, factores de riesgo, así como los registros del seguimiento intrahospitalaria y todos los eventos que ocurrieron hasta el alta hospitalaria de la paciente.
- Informe de Hospitalización en Cirugía General; de la cual se obtuvieron la mayoría de datos, los cuales se detallan de manera cronológica, desde el inicio de la sintomatología, tiempos de permanecía en las diferentes unidades y servicios hospitalarios hasta su alta hospitalaria.
- Reporte de exámenes complementarios.
- Entrevista con la paciente y sus familiares al cuidado
- La Historia Clínica y la hoja de transferencia en la cual se identificó la ruta del paciente hasta la institución de segundo nivel: Hospital Provincial General de Latacunga.
- Guías de práctica clínica, normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, artículos de revisión actualizados que resumen y evalúan todas las evidencias encontradas con el fin de ayudar a elegir la mejor estrategia de manejo posible para el tratamiento médico individual además de protocolos estandarizados y con normas internacionales para las mejores medidas terapéuticas en este tipo de pacientes.

IV. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

4.1.1. Datos de Identificación del Paciente.

Paciente de sexo femenino, 18 años de edad, nacida y residente en Ignacio Flores, Cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi, soltera, mestiza, católica, estudiante, lateralidad diestra, instrucción secundaria incompleta, grupo sanguíneo O Rh +.

4.1.2. Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:

Pancreatitis aguda hace tres meses con resolución clínica, hospitalizada por siete días.

Laparotomía exploratoria hace dos años no recuerda causa aparente.

4.1.3. Antecedentes Patológicos Familiares:

No refiere

4.1.4. Antecedentes Gineco Obstétricos:

- Menarquia:** 12 años
- CM** irregulares de 8 días
- IVSA:** 17 años

- Parejas sexuales:** 1
- G:** 0, **P:** 0, **C:** 0, **A:** 0,

4.1.5. Hábitos:

- Alimentación:** 3 veces al día
- Micción:** 2 veces
- Deposición:** 2 veces
- Tabaco:** No
- Alcohol:** No
- Drogas:** No
- Medicamentos:** Ninguno
- Alergias:** Ninguna

4.1.6. MOTIVO DE CONSULTA:

- Dolor abdominal
- Pirosis

4.1.7. ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente femenina de 18 años de edad que hace 48 horas presenta pirosis más dolor abdominal localizado en epigastrio de moderada intensidad sin irradiación sin causa aparente, que o cede a la ingesta de analgésicos que no

refiere, motivo por el cual es referida desde el Centro de Salud de Latacunga al Servicio de Gastroenterología donde realizan endoscopia digestiva alta encontrándose gastropatía erosiva, se solicita también ecografía abdominal en donde encuentran pseudoquiste pancreático en región retroperitoneal de 10x8x9,4 cm por lo cual se realiza interconsulta a cirugía quien valora y decide su ingreso para tratamiento quirúrgico.

4.1.8. EXAMEN FÍSICO:

Tabla 1.-Signos vitales y medidas antropométricas al ingreso hospitalario

SIGNOS VITALES	
Frecuencia Cardíaca:	80 LPM
Frecuencia Respiratoria:	18 RPM
Tensión Arterial:	110/70 mmHg
Temperatura:	36.5°C
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	
Peso:	43,6 KG
Talla:	149 CM
Índice de Masa Corporal:	19.63

Apariencia:

Paciente consciente, vigil, fascie álgica, palidez generalizada.

Ojos

Conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, pupilas isocóricas, normoreactivas a luz.

Boca

Mucosas orales húmedas, rosadas. Paladar blando y duro sin patología, úvula de color rosada, piezas dentales en regular estado. Orofaringe no eritematosa, no congestiva

Cuello:

Simétrico, con movimientos pasivos y activos conservados, sin presencia de ingurgitación yugular. Tiroides sin patología.

Tórax:

A la inspección: sin presencia de masas ni cicatrices. Expansibilidad conservada.

Pulmones: Murmullo Vesicular conservado. Sin ruidos sobreañadidos.

Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, no hay presencia de soplos.

Abdomen:

Sin presencia de cicatrices, suave, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio con irradiación a región lumbar. RHA ligeramente aumentados. No se palpan visceromegalias.

Región inguino-genital:

No valorada.

Extremidades:

Extremidades superiores e inferiores simétricas, tono y fuerza conservado, no edemas.

Examen Neurológico:

- Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Pares craneales: no se encuentran alteraciones. Campo visual por confrontación normal.
- Movimientos, reflejos osteotendinosos y coordinación: todos normales. Fuerza conservada.
- Sensibilidad fina y al dolor conservada. Sensibilidad propioceptiva normal. Discrimina bien distintos estímulos táctiles y los ubica en forma correcta estando con los ojos cerrados.

4.1.9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- **PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO**
- **PANCREATITIS AGUDA**

Indicaciones:

1. Ingreso a hospitalización en cirugía mujeres
2. Dieta blanda
3. Control de signos vitales
4. Ecografía Abdominal
5. Biometría hemática, Química sanguínea, TP, TTP, Uroanálisis
6. Novedades

4.2. EXÁMENES SOLICITADOS:**Tabla 2.- Biometría Hemática (03/01/2017)**

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	4300	4.000-10.000
Neutrófilos	54.2%	50-70
Hemoglobina	13.13g/dL	11-16
Hematocrito	42.3%	37-54
Plaquetas	353.000	150.000-450.000

Tabla 3.- Química Sanguínea (03/01/2017)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Glucosa Basal	91mg/dL	74 -106
Creatinina	0.65 mg/dL	0.70 – 1.20

Bilirrubina Total	0.60 mg/dL	0.0 – 1.4
Bilirrubina Directa	0.20 mg/dL	0.0 – 0.30
Proteínas Totales	7.2 g/dL	6.6 – 8.7
Albúmina	3.9 mg/dL	3.97 – 4.94
Amilasa	130 U/L	28 – 100
Lipasa	247 U/L	13 – 60
Fosfatasa Alcalina	144 U/L	40 – 130
Gama GT	28 U/L	10 – 71

4.3. EVOLUCIONES

06/01/2017:

Paciente al momento de su examinación descansa tranquilo, no refiere molestias. Al examen físico: paciente orientada, consciente, afebril, hidratada. Abdomen: suave depresible, no doloroso, RHA (+).

Indicaciones:

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Ecografía Abdominal
4. Biometría hemática, Química sanguínea

5. Parte Operatorio
6. Consentimiento informado
7. Sonda Nasogástrica a caída libre desde el jueves

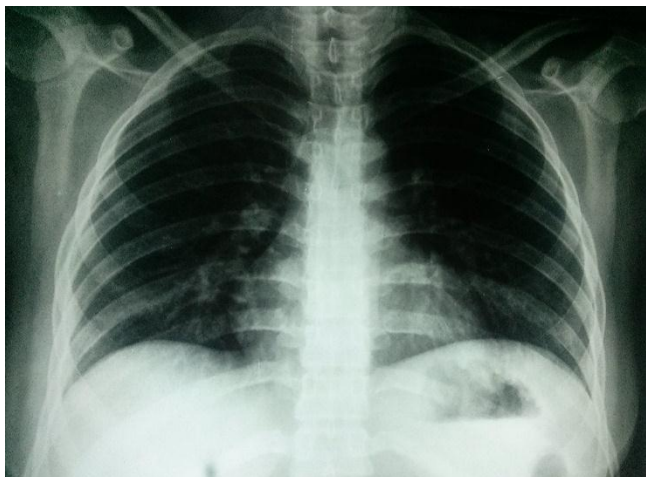
Tabla 4.- Biometría Hemática (06/01/2017)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	5400	4.000-10.000
Neutrófilos	51.4%	50-70
Hemoglobina	13.50g/dL	11-16
Hematocrito	40.4%	37-54

Tabla 5.- Química Sanguínea (03/01/2017)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Glucosa Basal	88 mg/dL	74 -106
Creatinina	0.72 mg/dL	0.70 – 1.20
Bilirrubina Total	0.50 mg/dL	0.0 – 1.4
Bilirrubina Directa	0.10 mg/dL	0.0 – 0.30
BUN	15 g/dL	7 – 18
TGO	20 mg/dL	15 – 37
TGP	43 U/L	14 – 59
Amilasa	99 U/L	26 – 115
Fosfatasa Alcalina	136 U/L	40 – 130

Imagen 1. - Rx de Tórax (06/01/2017)

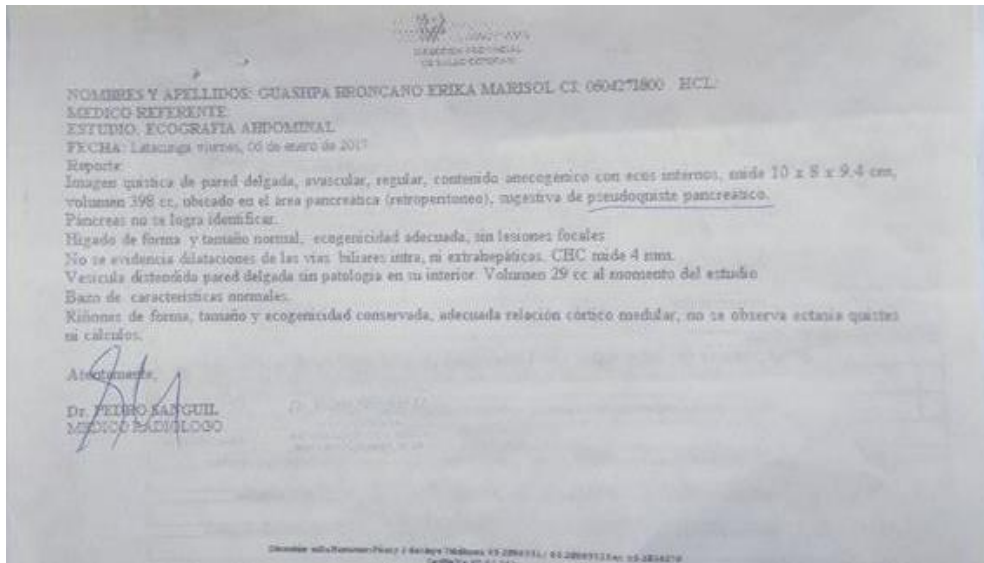


Radiografía de tórax sin informe. Se aprecia una radiografía en proyección PA de tórax normal. Pueden verse ligeramente rotado a la izquierda. Buena visualización de la cámara gástrica, el diafragma, las arterias pulmonares y sus ramas, transparencia pulmonar normal, ligeramente espirado. Espacios intercostales estrechos.

Imagen 2.- Ecografía Abdominal (06/01/2017)



Imagen 3.- Informe de Ecografía Abdominal (06/01/2017)



06/01/2017: Nota de Anestesiología

Paciente en buenas condiciones, se solicita exámenes de laboratorio.

Indicaciones:

1. Realizar TP y TTP

Tabla 6.- Enzimas Pancreáticas (07/01/2017)

Parámetro	Resultado
TP	12,8 seg
TTP	33,7 seg

07/01/2016:

Paciente asintomática. Al examen físico: paciente consciente, orientada, afebril.

Abdomen: suave depresible, levemente doloroso en epigastrio, RHA (+).

Extremidades simétricas no edemas.

Indicaciones:

1. Dieta general hoy sábado
2. Dieta líquida mañana domingo hasta las 22 horas y luego NPO
3. Control de signos vitales
4. Cirugía día lunes

08/01/2017:

Paciente asintomática. Al examen físico: paciente orientada, consciente, afebril. Abdomen: suave depresible, no doloroso, RHA (+). Extremidades simétricas no presenta edemas.

Indicaciones:

1. Dieta líquida
2. Nada por vía oral desde las 22:00 horas
3. Colocar sonda nasogástrica mañana lunes a las 06:00
4. Novedades

09/01/2017: Nota Posquirúrgica

Bajo normas de asepsia y antisepsia, con anestesia general se realiza cistogastrostomía laparoscópica.

Hallazgos: Presencia de pseudoquiste pancreático de 10 x 9 cm. Estómago de características normales. Presencia de necrosis peripancreática. No presenta complicaciones, sangrado 150 cc, no se deja dren

PROTOCÓLO OPERATORIO

1.- Diéresis: Subxifoide media de 1 ½ trocar 10 suprapúbico de 0,5 centímetros trocar 5 línea medio claviclar subcostal bilateral 0,5 centímetros trocar 10, Incisión subxifoidea de 18 centímetros.

2.- Exposición: Neumoperitoneo de 12 mmHg

3.- Hallazgos:

- Pseudoquiste pancreático de 10 x 9 cm con 300 ml de contenido, detritus y necrosis peripancreática.
- Estómago de características normales

4. - Procedimiento Operatorio:

- Asepsia y Antisepsia
- Colocación de campos quirúrgicos
- Diéresis descrita anteriormente
- Liberación de adherencias tipo Zuhlke 1-2.
- Identificación de cara anterior de estómago y apertura de la misma logrando acceder al pseudoquiste

- Se inicia cistogastrotomía por vía laparoscópica con abordaje posterior del estómago, la cara anterior del pseudoquiste se incisiona con el gancho del monopolar, se aspira contenido del mismo y se convierte a cirugía abierta con incisión subxifoidea para profundización por planos.
- Se procede a exposición de pared de pseudoquiste y pared del estómago para control de hemostasia y debridamiento de material necrótico de pseudoquiste pancreático.
- Se procede a realizar cistogastroanastomosis con prolene 2.0
- Cierre por planos
- Lavado de cavidad y control de hemostasia.

Egresado de quirófano estable.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excretas
4. Lactato de Ringer 1000 mililitros intravenosos, pasar a 120 ml por hora.
5. Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas por 3 dosis
6. Omeprazol 40 miligramos endovenoso diluido en 250 ml de Solución Salina al 0,9 % pasar a 10 ml por hora
7. Tramadol 200 miligramos endovenoso diluidos en 200 ml de Solución Salina al 0,9 % pasar a 10 ml por hora
8. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas
9. Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas

10. Novedades

10/01/2017:

Paciente refiere dolor de leve intensidad a la digitopresión en zona de herida quirúrgica. Al examen físico: paciente orientada, consciente, afebril, hidratada. Abdomen: suave depresible, doloroso a la digitopresión en zona de herida quirúrgica, RHA (+). Paciente en buenas condiciones generales.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excretas
4. Lactato de Ringer 1000 mililitros intravenoso, pasar a 120 ml por hora.
5. Omeprazol 40 miligramos endovenoso diluido en 250 ml de Solución Salina al 0,9 % pasar a 10 ml por hora
6. Tramal 200 miligramos endovenoso diluidos en 200 ml de Solución Salina al 0,9 % pasar a 10 ml por hora
7. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas
8. Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas
9. Novedades

11/01/2017:

Paciente que cursa su 1er día post quirúrgico, con buena evolución posterior a intervención quirúrgica, paciente refiere leve dolor a nivel de herida quirúrgica.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Oxígeno por cánula nasal a dos litros por minuto
4. Lactato de Ringer 1000 mililitros intravenosos, pasar a 120 ml por hora.
5. Omeprazol 40 miligramos endovenoso diluido en 250 ml de Solución Salina al 0,9 % pasar a 10 ml por hora
6. Tramal 200 miligramos endovenoso diluidos en 200 ml de Solución Salina al 0,9 % pasar a 10 ml por hora
7. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas
8. Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas
9. Diuresis horaria
10. Sonda nasogástrica a caída libre
11. Incentivómetro respiratorio

12/01/2017:

Paciente que cursa su 2do día post quirúrgico, asintomática; Abdomen doloroso a la palpación en zona de herida quirúrgica, extremidades simétricas no edemas.

Indicaciones:

1. Líquidos claros a tolerancia

2. Control de signos vitales
3. Lactato Ringer 1000 cc intravenoso en 24 horas
4. Omeprazol 40 mg intravenoso cada 12 horas
5. Tramal 200 miligramos endovenoso diluidos en 200 ml de Solución Salina al 0,9 % pasar en 24 horas
6. Metoclopramida 10 mg IV C/8H
7. Semifowler
8. Levantar AM y PM

13/01/2017:

Paciente que cursa su 3er día post quirúrgico, asintomática. Abdomen suave depresible, no doloroso a la digitopresión.

Indicaciones:

1. Alta
2. Control por consulta externa
3. Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas por 5 días
4. Omeprazol 20 miligramos vía oral cada 12 horas.

CONSULTA EXTERNA (18/01/2017)

Paciente estable, en buenas condiciones generales, no presenta dolor, herida en proceso de total curación. Se decide su alta del Hospital Provincial General de Latacunga y se envía contrarreferencia a Centro de Salud Latacunga para su seguimiento.

4.5. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Los Pseudoquistes del páncreas son acumulaciones de líquido formadas por material necrótico, restos proteínicos y material enzimático confinados por una cápsula fibrosa, la que está formada por tejido necrótico, tejido de granulación o fibroso. El hallazgo histológico de la pared de la colección pancreática confirmó el diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático. (4)

Morgagni (1761) descubrió durante una autopsia el primer pseudoquiste de páncreas. Bozeman en 1882 describió la primera operación de drenaje de un pseudoquiste. (5)

Usualmente los Pseudoquistes son precedidos por una pancreatitis en el 90% de los casos o por un evento traumático en el 10%. Se forman a las 4 semanas después de una pancreatitis aguda aproximadamente en un 15% de ellas y muchas veces pueden no ser detectados por semanas (4).

El proceso inflamatorio agudo de la glándula pancreática tiene como substrato fisiopatológico la activación intraacinar de las enzimas pancreáticas, tripsina y quimiotripsina, entre otras, la cual desencadena una cascada inflamatoria mediada por diversas citoquinas. Tal respuesta inflamatoria puede focalizarse solo a nivel pancreático, lo que ocurre en la mayoría de los pacientes, desencadenando un cuadro clínico leve, o propiciar una respuesta inflamatoria sistémica difusa con compromiso de diversos órganos de la economía corporal, gestando así un cuadro clínico de pancreatitis aguda severa. En los adultos, los estímulos principales de esta activación enzimática son la litiasis biliar o el consumo de alcohol. (6)

La ausencia de un epitelio interno es lo que distingue a un pseudoquiste de una lesión quística verdadera, ya que su pared está formada por un tejido fibroso de granulación que se origina a partir de un proceso inflamatorio. Ellos pueden ser únicos o múltiples y la mayoría de los Pseudoquistes suelen tener comunicación con el sistema ductal pancreático que contiene altos niveles de amilasa y lipasa. (7)

Estos pueden diferenciarse en 3 tipos según la clasificación de D'Egidio y Schein, basada en la etiología de fondo, la anatomía ductal y la presencia de comunicación entre el quiste y el ducto pancreático.

- Tipo 1: Pseudoquistes agudos post necrosis, que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda, están asociados a anatomía ductal normal y rara vez comunican con el ducto pancreático.
- Tipo 2: También postnecrótico que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda-crónica y usualmente hay comunicación ducto-pseudoquiste.
- Tipo 3: Definidos como Pseudoquistes de retención, ocurren después de pancreatitis crónica y están asociados a estrechez del ducto y comunicación ducto-pseudoquiste. (8)

La clasificación más práctica y utilizada actualmente es la de Nealon y Walser, la cual se basa en la anatomía del conducto pancreático

Tabla 17.- Clasificación

Tipo I	Conducto normal y sin comunicación con el pseudoquiste
Tipo II	Conducto normal y con comunicación con el pseudoquiste
Tipo III	Conducto con estenosis y sin comunicación con el pseudoquiste
Tipo IV	Conducto con estenosis y con comunicación con el pseudoquiste
Tipo V	Conducto pancreático con obstrucción completa

Tipo VI Pancreatitis crónica en la que el conducto y el pseudoquiste no se comunican

Tipo VII Pancreatitis crónica en la que el conducto y el pseudoquiste se comunican

Elaborado por: Pedro Gabriel Lema Pérez. **Fuente:** Cruz Salinas y colaboradores, 2011. Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16 (4), 256-259. (5)

Esta clasificación ofrece un panorama amplio de la anatomía de la lesión, lo que facilita, a su vez, la elección del tratamiento óptimo que puede simplificarse en tres opciones: drenaje percutáneo guiado por imagenología, intervencionismo endoscópico y el quirúrgico laparoscópico o por vía convencional. (1)

La presentación clínica puede ser variada y debe sospecharse de Pseudoquiste Pancreático cuando hay presencia de una pancreatitis aguda que no mejora y si hay una persistente elevación de amilasa a pesar de haber mejoría clínica; si se presenta como un cuadro de pancreatitis aguda dentro de una pancreatitis crónica de fondo; y finalmente, como es el caso de nuestro paciente con síntomas recurrentes subsecuentes a un episodio previo de pancreatitis aguda aparentemente resuelta (9).

Tabla 18.- Manifestaciones Clínicas

Sintomatología	%
Dolor Abdominal	90 %
Saciedad Temprana, Nausea y vómito	50 – 70%

Pérdida de peso	20 – 50%
Ictericia	10%
Alza térmica	10%
Masa palpable	25 – 45%

Elaborado por: Pedro Gabriel Lema Pérez. **Fuente:** Cruz Salinas y colaboradores, 2011. Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16 (4), 256-259. (5)

El diagnóstico de la Pancreatitis Aguda en niños se establece por la presencia de dos o más de los siguientes criterios: cuadro clínico compatible, elevación de al menos tres veces superior al valor normal de la amilasa o lipasas séricas y/o hallazgos radiológicos o intraoperatorios de afectación pancreática. En los menores de 5 años la pancreatitis aguda puede manifestarse de manera inespecífica con convulsiones, fiebre o dificultad respiratoria. Aunque la amilasa es la determinación sérica más empleada, pueden encontrarse valores normales hasta en el 19% de los casos. Al considerar los niveles séricos de estas dos enzimas, se debe siempre enfatizar su comportamiento biológico, de modo tal que los niveles de amilasa permanecen elevados hasta el 5° día, mientras que la lipasa permanece incrementada durante 8 a 14 días. Las determinaciones seriadas de amilasa no poseen valor pronóstico, pero sus niveles aumentados más allá del quinto día son indicativos de complicaciones pancreáticas locales (coleciones, Pseudoquistes, abscesos). (6) (7)

La ultrasonografía del abdomen puede detectar aproximadamente hasta un 85% de Pseudoquistes Pancreáticos, pero su mayor valor puede verse en la evolución del Pseudoquiste detectando los cambios que experimenta éste (como es el caso del paciente), o permite ver su resolución. La tomografía computarizada da un mayor detalle cuando se le compara con la ultrasonografía, permitiendo

detectar localizaciones atípicas del Pseudoquiste. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica también es un procedimiento muy útil en el diagnóstico del Pseudoquiste. (10)

Estudios prospectivos en los mediados del año 70, basados en la ultrasonografía demostraron que no debería llevarse a cabo una intervención quirúrgica en el manejo del Pseudoquiste Pancreático durante las primeras 6 semanas de evolución, ya que la proporción de resoluciones espontáneas es alta en este período; y por otro lado, durante este intervalo la inflamación peri pancreática no suele ofrecer una pared fibrosa bien definida que pueda mantener las suturas necesarias para una cistoenterostomía quirúrgica.(4)

Se han usado diferentes métodos para el tratamiento como son el drenaje transcutáneo, el drenaje transendoscópico con stent endoscópico y la cistoenterostomía quirúrgica (cistogastrostomía, cistoduodenostomía y la cistoyeyunostomía). Varios autores coinciden con el drenaje interno por cistoenterostomía es el método preferible debido a su elevada tasa de buenos resultados, y a que su tasa de complicaciones y recidivas es pequeña; a diferencia de los otros métodos de drenaje, pero otros autores señalan la importancia del drenaje percutáneo como la primera elección en el manejo del Pseudoquiste. (4).

Un Pseudoquiste puede disecar hacia arriba la cavidad pleural, mediastino y cuello; lateralmente hacia el bazo o el riñón y hacia abajo a la pelvis. Puede causar obstrucción de varias vísceras intraabdominales: vía biliar común produciendo una ictericia obstructiva; comprensión antropilórica, duodenal produciendo dolor abdominal y vómitos; y de vena porta o esplénica produciendo hipertensión portal. La ruptura de Pseudoquiste es la complicación más frecuente, pudiendo extenderse hacia el peritoneo u otro órgano abdominal. Los Pseudoquistes pueden infectarse ya sea espontáneamente o iatrogénicamente (secundaria a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). Pueden incluso llevar a la formación de un absceso. (4)

La comunicación pancreático pleural se refiere a la difusión pleural uni o bilateral secundaria a la extravasación de líquido pancreático a la cavidad abdominal. La fístula pancreático pleural propiamente dicha se correspondería a un trayecto organizado resultante del paso de líquido pancreático hacia la cavidad pleural. En caso de Pseudoquistes sobre pancreatitis crónica, solo el 0,4-1% desarrollará una comunicación pancreático pleural, frecuentemente con predominio de la sintomatología respiratoria sobre la digestiva ya que no suele existir brote pancreático agudo ni hiperamilasemia. En principio, el tratamiento del pseudoquiste complicado con derrame pleural puede ser conservador, reservando la cirugía al fracaso del mismo. Los métodos conservadores incluyen: dieta absoluta, nutrición parenteral total, octreotide, drenaje endoscópico transpapilar, cistogastrostomía y duodenocistostomía endoscópicas, y drenaje percutáneo. En caso de persistencia del derrame, el simple drenaje pleural puede ser resolutivo pero, dada la frecuente persistencia y recidivancia de esta complicación, no es infrecuente la indicación de procedimientos más agresivos. El estudio diagnóstico está dirigido al reconocimiento de las vías de comunicación entre páncreas y cavidad pleural y la topografía de las lesiones, con el fin de adoptar una correcta actitud terapéutica y un adecuado control evolutivo. (11)

Los traumatismos sobre el páncreas son responsables de la tercera causa de Pseudoquistes. La impactación de manubrios de bicicleta o moto con lesión del conducto ocasiona el 69% de los Pseudoquistes en los niños. El diagnóstico preoperatorio puede ser extremadamente difícil porque las lesiones retroperitoneales ocasionan clínica tardía (6-8horas) e inespecífica (dolor epigástrico con irradiación a espalda y defensa muscular moderada). Las pruebas complementarias rutinarias son de escasa utilidad, de hecho la elevación de amilasa en suero es el dato más constante y aparece sólo en un 60-70% de los casos, todo ello condiciona un retraso diagnóstico y terapéutico gravado con una elevada mortalidad (20-30%). (12)

La extensión y localización de los Pseudoquistes a otras regiones del organismo (escroto, mediastino) son raras y se han descrito muy pocos casos en la literatura. Se piensa que los Pseudoquistes mediastínicos se producen por la

ruptura de los conductos pancreáticos al espacio retroperitoneal y el líquido pancreático asciende al mediastino a través del hiato diafragmático aórtico o esofágico. Los síntomas se producen generalmente por la ocupación y compresión mediastínica suelen ser disfagia, pseudoacalasia, dolor torácico, disnea. El diagnóstico debe sospecharse en pacientes que presenten estos síntomas y tengan antecedentes recientes de pancreatitis agudas o crónicas. (13)

Se han descrito varias hipótesis sobre rotura esplénica asociada a Pseudoquiste Pancreático. Se relatan casos de trombosis o compresión vascular de la vena esplénica, o asociados a necrosis secundaria a factores enzimáticos pancreáticos, ya que muchos Pseudoquistes contienen altas concentraciones de enzimas digestivas. (14)

Otra complicación sería la hemorragia intraquística, considerada por unos como la única verdadera emergencia en Pseudoquiste Pancreático. A través de mecanismos enzimáticos el Pseudoquiste erosiona un vaso sanguíneo cualquiera del área pancreática; siendo más frecuente la lesión de la arteria esplénica, seguidas de la gastroduodenal con la consiguiente formación de un pseudoaneurisma. El desarrollo de un gran dolor abdominal y/o la presencia de una masa pulsátil a veces acompañada de soplo en un paciente con diagnóstico de Pseudoquiste es virtualmente patognomónico; la primera característica es el caso de nuestro paciente. (4) (15)

La terapia implica la embolización del vaso afectado, pero la cirugía es la terapia tradicional, que implica la ligadura de los vasos afectados o compresión con posterior cistoenterostomía. En nuestro paciente no pudo identificarse un vaso importante afectado para realizar la ligadura correspondiente; debido a que probablemente los vasos dañados, habían sido comprimidos por el pseudoquiste. (4)

El presente caso, paciente femenina de 18 años de edad, con antecedentes clínicos de pancreatitis aguda hace 3 meses, acude por cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio de +/- 72 horas de evolución, acompañado de pirosis y cefalea de leve intensidad.

Por lo general el dolor abdominal localizado en epigastrio, se relaciona en su mayoría con consultas gastrointestinales como una gastritis, colecistitis, colelitiasis, pancreatitis, entre otras.

Para el tratamiento apropiado es esencial conocer la historia natural de la enfermedad. La resolución espontánea se estimaba solo en un 18% a las 6 semanas de evolución, siendo la tasa de complicaciones de alrededor del 75% en los Pseudoquistes de más de 13 semanas de evolución. Sin embargo, con la mejora de las técnicas de imagen, se ha comprobado que la mayoría de Pseudoquistes se resuelven espontáneamente o se mantienen asintomáticos de forma prolongada. En este sentido, varios investigadores han corroborado que en el contexto de la pancreatitis aguda, los Pseudoquistes de menos de 4cm presentan un bajo riesgo de complicaciones y la gran mayoría se resuelven de forma espontánea antes de las 6 semanas. Otros factores asociados a una baja resolución son: localización extrapancreática, presencia de múltiples quistes, localización en la cola del páncreas, grosor de la pared de más de 1cm, ausencia de comunicación con el conducto de Wirsung, estenosis proximal o pancreatitis tras traumatismo. (16)(17)

La mayoría resuelve espontáneamente con tratamiento conservador, sin embargo la persistencia de síntomas o complicaciones son indicaciones claras de una intervención invasiva. Existen tres tipos de drenaje, el quirúrgico, el endoscópico (siendo este el preferencial) y el percutáneo. Los procedimientos de cateterización y drenaje guiados por imagen, constituyen una modalidad terapéutica, sumamente ventajosa, cuando se utiliza como tratamiento complementario, en grupos de pacientes bien seleccionados con infección pancreática. El drenaje transcutáneo ha dejado mucho que desear cuando ha sido utilizado como indicación primaria y única en la necrosectomía, desbridamiento y drenaje de las áreas de esteatonecrosis pancreáticas infectadas. En este contexto, conduce a la resolución incompleta de las colecciones infectadas, el fracaso es atribuido al pequeño tamaño de los catéteres de drenaje que han resultado insuficientes para drenar el denso material necrótico infectado. (4) (18) (19)

El drenaje percutáneo se elige en Pseudoquistes infectados, inmaduros y en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Se utilizan las vías lateral izquierda, transgástrica y duodenal. (20)

Es un procedimiento seguro y efectivo, pero está asociado a riesgo de infección y formación de fistula pancreática externa. La presencia de más de 30% de necrosis glandular también empeora el pronóstico, ya que cuando existe esto, la comunicación entre el Pseudoquiste y el conducto es la regla, evolucionando con fistula pancreática. La resección abierta como cistectomía y pancreatectomía distales, son de utilidad en aquellos casos en los cuales la lesión es distal, con el riesgo de fístula, dolor recurrente o pancreatitis. Las derivaciones internas o cistoenterostomías, entre ellas cistogastrostomía, cistoduodenostomía y la derivación al yeyuno, también son útiles y se pueden ejecutar por vía endoscópica, convencional y laparoscópica. Sus indicaciones son quistes múltiples, gigantes, presencia de otras complicaciones asociadas o sospecha de malignidad. (21) (22)

Ante un paciente al que se le ha realizado un drenaje de un pseudoquiste de páncreas mediante una quistogastrostomía con colocación de prótesis transmural guiada por ecoendoscopia, la retirada de la prótesis debe realizarse tras la confirmación de la resolución completa de la lesión mediante técnicas de imagen (ecografía abdominal, TAC abdominal, resonancia magnética o ecografía endoscópica). Es recomendable que el seguimiento mediante estas técnicas de imagen se realice cada 4 a 8 semanas, en función de la respuesta clínica al drenaje y de la indicación de éste. (19)

Algunos autores sólo evalúan la respuesta clínica, y esperan la migración espontánea de la prótesis una vez resuelta la lesión. La recidiva de éste se produce en un 10 a un 20% de los casos. Ante la recurrencia de un pseudoquiste tras drenaje transmural de éste, se indica la realización de una pancreatografía retrógrada endoscópica para evaluar su posible comunicación con el conducto pancreático. (19)

La paciente acude en un principio al Hospital del Coca en donde, posterior a recibir tratamiento por 16 días y no evidenciar mejoría, es dada de alta por

petición de familiares, quienes por falta de información no permitieron la finalización de su tratamiento y la correcta y rápida valoración de posibles complicaciones teniendo que volver a los 15 días con un cuadro de dolor abdominal complicado por la presencia de un Pseudoquiste Pancreático y volver a ser hospitalizada además de su referencia a un Hospital de Segundo Nivel para su correcto tratamiento.

La intervención quirúrgica ha sido el estándar de oro para los Pseudoquistes de gran tamaño que no se resuelven espontáneamente en 6 semanas. Muchos Pseudoquistes se resuelven por drenaje percutáneo con una guía ultrasonográfica o tomográfica, sin embargo existen altas posibilidades de infección y/o fístula pancreática. El drenaje endoscópico interno del pseudoquiste pancreático es factible y sería una alternativa atractiva, su tasa de éxito es cercana al 89%, sin embargo se acompaña de complicaciones graves como hemorragia, perforación (las cuales requieren de un control quirúrgico a cielo abierto inmediato). Otras desventajas son la falla técnica, la obstrucción del Stent, y una alta tasa de recurrencia, alrededor del 15 al 28%, recordando que en algunas ocasiones pueden interponerse asas intestinales o estructuras vasculares entre la pared del quiste y el estómago. Aljarabah y colaboradores sostienen que el drenaje endoscópico es más recomendable en Pseudoquistes secundarios a Pancreatitis Crónica y que la cirugía laparoscópica debe ser reservada para Pseudoquistes secundarios a Pancreatitis Aguda. Técnicas como el drenaje interno a víscera hueca, como la cistogastrostomía de Jurasz (marsupialización), la cistoduodenostomía, la cistoyeyunostomía (Y de Roux) o la resección pancreática son los abordajes más aceptados en la actualidad. (24)

(14)

La tendencia actual para el manejo de los Pseudoquistes Pancreáticos es con procedimientos terapéuticos mínimamente invasivos y endoscópicos, los cuales son superiores a los procedimientos quirúrgicos en tasas de morbilidad y mortalidad; sin embargo, no siempre pueden ser realizados. (23)

El tamaño por sí sólo no es una indicación para su drenaje, pero cuando alcanzan dimensiones mayores de 6 cm tienden a ser sintomáticos por lo que

requieren tratamiento. En consecuencia, podemos resumir las indicaciones de la siguiente manera:

- Signos y síntomas clínicos.
- Tamaño superior a 6 cm.
- Tiempo de evolución mayor de 4 semanas. (21)

Para elegir el tipo de anastomosis se debe tener en cuenta la relación del quiste con la curvatura mayor del estómago como límite. Cuando el pseudoquiste se localiza por arriba de la curvatura, hacemos pseudoquistogastroanastomosis y cuando se localiza por abajo pseudoquistoyeyunoanastomosis. El tratamiento de pseudoquiste con contenido líquido requiere la colocación de una sonda nasoquística transgástrica bajo aspiración intermitente. Si hay necrosis se realiza cistogastrotomía o duodenostomía amplia con papilótomo para posibilitar la evacuación de la necrosis y disminuir el riesgo de infección de la misma.

Imagen 4.- Algoritmo recomendado para estudio, seguimiento y manejo de las lesiones quísticas del páncreas incidentales (16)

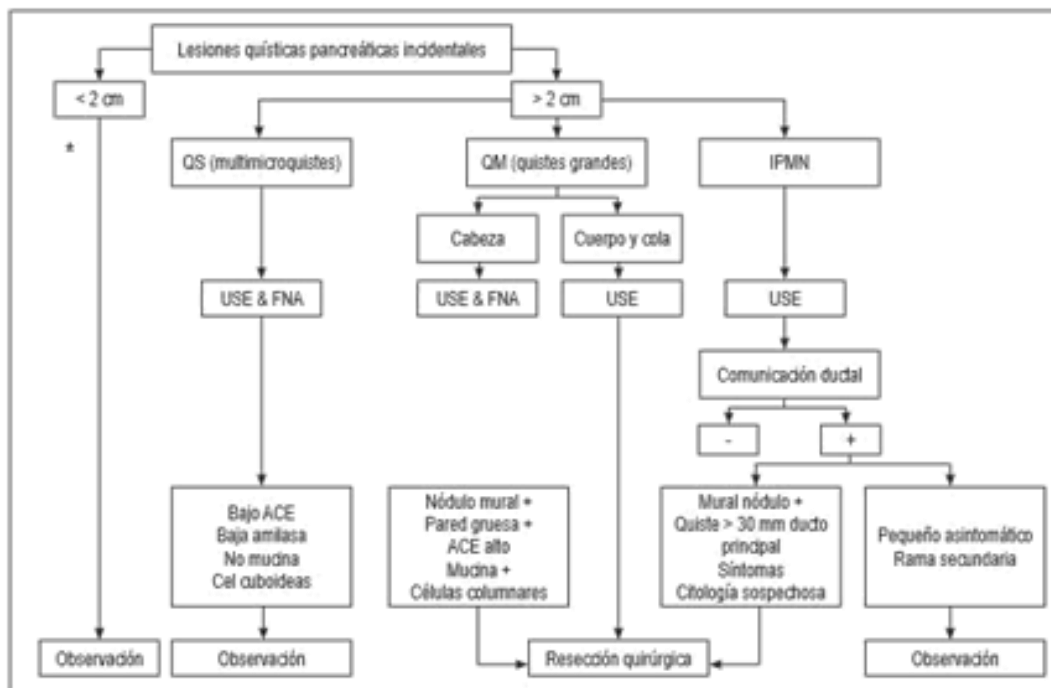
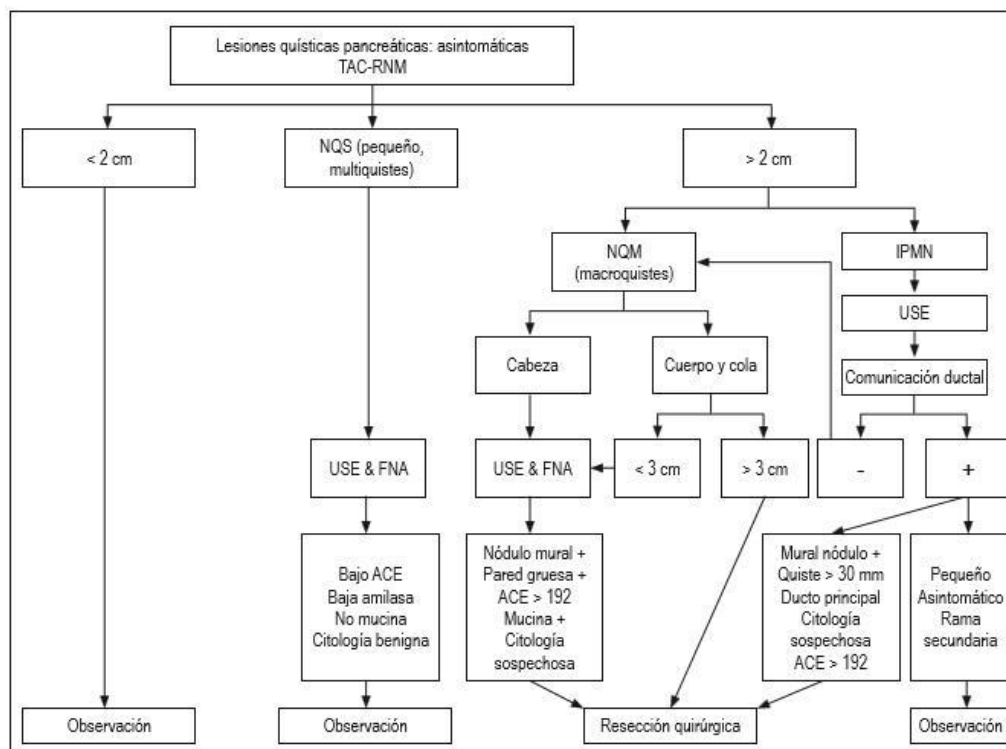


Imagen 5.- Algoritmo para evaluación de lesiones Quísticas Pancreáticas Asintomáticas (25)



El éxito técnico se define como la capacidad de insertar al menos una endoprótesis entre el SP y la luz del tracto gastrointestinal (estómago o duodeno), o la resolución de la colección, pero no necesariamente de los síntomas. El éxito clínico se define como la resolución completa de los síntomas con una disminución del pseudoquiste de por lo menos 30-50% en el primer mes del tratamiento. (26)

Se debe tomar en cuenta diagnósticos diferenciales como:

1.- Cistoadenomas serosos. Estas lesiones representan el 30% de los tumores quísticos pancreáticos que se encuentran en la práctica clínica. Desde el punto de vista histológico se caracterizan por quedar delimitados por un epitelio con una sola línea de células cuboidales ricas en glucógeno. Estos pacientes tienen una media de edad al diagnóstico de 50 años con un predominio del sexo femenino en proporción 4:1 y suelen cursar de modo asintomático. Esta lesión se suele localizar en cuerpo o cola pancreática y más raramente en cabeza. La

forma más frecuente es la microquística formada por una tumoración esponjosa bien delimitada compuesta por pequeños quistes llenos de líquido claro acuso. Mucho menos común son las formas macroquísticas. La degeneración maligna de los cistoadenomas serosos pancreáticos es extremadamente rara por tanto deben considerarse y manejarse como lesiones benignas

2.- Pseudoquiste Pancreático. Lesión de origen inflamatorio que típicamente queda recubierta por una pared no epitelizada constituida por tejido fibroso y de granulación. En las series quirúrgicas clásicas se describe como la lesión quística pancreática más frecuente (70%). Por lo tanto, el primer aspecto importante en el diagnóstico diferencial será distinguir esta de otras lesiones, sobre todo de los tumores quísticos pancreáticos. Para ello será importante recoger datos como la presencia en las técnicas de imagen de signos inflamatorios en el parénquima pancreático o el antecedente conocido de Pancreatitis Aguda o Crónica, si bien se debe tener en cuenta que en ocasiones son estas lesiones tumorales la causa de la pancreatitis.

3.- Cistoadenomas mucinosos.- Representa el 20% de los tumores quísticos pancreáticos y se presenta como una lesión redondeada y bien definida con una gruesa cápsula fibrosa rodeando los espacios quísticos que no comunican con el conducto pancreático. Desde el punto de vista histológico el hallazgo más característico será la presencia de un estroma subepitelial con células fusiformes que recuerdan el estroma ovárico. En estos pacientes existe un predominio del sexo femenino y a menudo se encuentran asintomáticos siendo la lesión diagnosticada de forma incidental durante una exploración realizada por otra indicación. Cuando aparecen síntomas estos quedan en relación con el efecto masa que producen lesiones de gran tamaño. El principal interés de identificar estos tumores radica en que se trata de una lesión potencialmente maligna en la que pueden coexistir distintos grados de displasia, carcinoma in situ o carcinoma invasivo. La presencia de carcinoma invasivo varía según las series del 5 al 30%. Se debe tener en cuenta que el componente invasivo puede encontrarse en una pequeña parte de la lesión por lo que se recomienda la revisión histológica de toda la pieza operatoria.

4.- Neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI).- A diferencia de otras lesiones quísticas pancreáticas se trata de una tumoración primaria del conducto pancreático caracterizada por dilataciones quísticas segmentarias o difusas de

los conductos pancreáticos con crecimiento papilar intraductal y abundante secreción de moco (representa el 7% de las neoplasias pancreáticas y más del 50% de las lesiones quísticas pancreáticas identificadas incidentalmente). En función de la localización anatómica, la NMPI se suele clasificar en una forma con afección predominante del conducto pancreático principal (NMPI de tipo conducto principal [NMPI-CP]), una forma que se origina en las ramas accesorias del sistema ductal pancreático (NMPI de tipo ramas colaterales [NMPI-RC]) y una forma con afección de ambos conductos (NMPI de tipo mixto). Desde el punto de vista histológico el epitelio tumoral recuerda al adenoma vellosos colorrectal con distintos grados de displasia. Habitualmente se trata de pacientes de mayor edad (media aproximada de 65 años) y con leve predominio del sexo masculino. Se trata de una lesión potencialmente maligna donde pueden coexistir distintos grados de displasia, carcinoma in situ o invasivo. La distinción con otro tipo de lesiones quísticas mucinosas será de gran importancia pues en estos casos puede existir una afectación difusa del conducto pancreático y el paciente precisará una pancreatectomía total. (4)

Tabla 19.-Características Clínicas, endoscópicas del líquido, citología y potencial maligno del pseudoquistes y las lesiones neoplásicas quísticas

Lesión	Cuadro clínico	Hallazgos ecoendoscópicos	Líquido	Citología	Potencial maligno
Pseudoquistes	Historia de pancreatitis grave o moderada	Anecoico, pared engrosada, rara vez hay septos; rara vez se pueden ver adenomegalias regionales	Fino, amarronado	Neutrófilos, macrófagos, histiocitos; coloración negativa para mucina	Nulo
Cistoadenoma seroso	Generalmente un hallazgo incidental, puede causar dolor abdominal y masa palpable	Microquístico con patrón "panal de abeja"; raramente posee componente macroquístico; calcificación central	Fino, claro o <i>serosanguinolento</i>	Epitelio cuboide con coloración positiva para glicogeno	Casi nulo
Cistoadenoma mucinoso	Generalmente un hallazgo incidental, puede causar dolor abdominal con masa palpable	Macroquístico, septado; calcificaciones periféricas, componentes sólidos y adenomegalias regionales cuando son	Viscoso, claro	Células columnares mucinosas con atipia variable; coloración positiva para mucina	Si
Neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPID)	Historia de pancreatitis, dolor abdominal o hallazgo incidental	Ducto pancreático principal o secundarios dilatados; puede tener septos o un componente sólido	Viscoso, claro	Células columnares mucinosas con atipia variable; coloración positiva para mucina	Si
Neoplasia pseudo-papilar sólida	Generalmente un hallazgo incidental; raramente causa disconfort abdominal	Componentes sólidos y quísticos	<i>Sanguinolento</i> y con debris necróticos	Células monomórficas con núcleo redondeado; eosinofílico; coloración positiva para vimentina y α -1-antitripsina	Si

Fuente: Artifon Everson, Tchekmedyan Jorge, Otoch, Gutierrez Galiana, Sandra Canseco, Caro Luis, 2014. Aportes de la ecografía endoscópica a

las lesiones quísticas del páncreas. Acta Gastroenterológica Latinoamericana, 44 (2), 129-137. (21)

Diagnóstico definitivo:

Pseudoquiste Pancreático

4.6.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal y observacional, en el cual se revisaron los protocolos de autopsia del Departamento de Patología Posmortem del Hospital General de México en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre de 2007; Se efectuaron un total de 7.283 autopsias, de este total, solo 12 casos presentaron el diagnóstico de Seudoquiste Pancreático, lo que corresponde al 0,164% del total de autopsias. 7 se presentaron en mujeres y 5 en hombres, con un rango de edad desde los 29 años hasta los 81 años con un promedio de 55 años. Solamente en 7 casos (58,33%) se identificaron antecedentes de importancia para el desarrollo de SP, el alcoholismo crónico se mencionó como antecedente en 4 casos (33%), mientras que la presencia de una neoplasia maligna se encontró en 3 casos (25%). (27)

La frecuencia de pancreatitis asociada con cálculos de la vesícula biliar es paralela a la frecuencia de colelitiasis, es decir, la incidencia pico se observa entre los 50 y los 70 años de edad y la enfermedad afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres en una proporción 2:1.(4)

Su frecuencia durante el embarazo es muy baja, por lo cual el manejo de esta condición no está estandarizado. La mayor parte de los episodios se producen durante el tercer trimestre y el puerperio. (3) (4)

Debemos destacar que los factores biológicos no son modificables por lo que no podemos actuar directamente sobre ellos, pero si prevenir la adquisición de dichas enfermedades.

El medio ambiente produce influencias en la salud de las personas de muchas maneras a través de la exposición a factores de riesgo físicos, químicos y biológicos y por medio de los cambios relacionados con la conducta en respuesta a dichos factores. Según la OMS, trece millones de muertes cada año se producen por causas ambientales evitables. Si se previene el riesgo ambiental, se podrían salvar hasta cuatro millones al año, solamente en niños, en su mayor parte en países en vías de desarrollo.

Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reconocen esta interdependencia entre la salud y las condiciones sociales. El marco de los ODM muestra que sin logros significativos en la reducción de la pobreza, la seguridad alimentaria, la educación, el empoderamiento de las mujeres y la mejora de las condiciones de vida en los barrios pobres, muchos países no alcanzarán las metas de salud. (28)

En este caso se habla de una complicación frecuente de una Pancreatitis Aguda posterior a una colecistitis, lo cual es una condición que precede a esta enfermedad. En relación al sexo, siendo una paciente femenina, también se podría tomar como un precedente ya que esta patología se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Dentro de lo que es el aspecto del medio ambiente y social la paciente no presenta factores de riesgo ya que la paciente tiene una constitución delgada,

dentro de sus hábitos no toma ni fuma, vive con su esposo e hijos en casa de cemento con todos los servicios básicos.

4.7.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.7.1. Acceso a la Atención Médica

La nueva Constitución de 2008 señala que “la salud es un derecho que garantiza el Estado. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (29)

Es así que el MAIS garantiza:

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir;
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano.
- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para

el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo. (20)

Paciente, residente en Ignacio Flores, acudió al Centro de Salud más cercano en donde fue valorada con la prontitud debida y referida al Hospital Provincial General de Latacunga con un diagnóstico de Pancreatitis Aguda y recibiendo un tratamiento para esta patología con lo cual encontró mejoría.

4.7.2. Características de la Atención

Paciente es valorada en consulta externa del Servicio de Cirugía General y hospitalizada inmediatamente según los protocolos del servicio. En el Hospital Provincial General de Latacunga, en el servicio de Cirugía; la paciente es valorada y atendida de una forma integral, como se redacta en la Historia Clínica y en donde se evidencia que no se detalla en forma cronológica la aparición de la sintomatología de la paciente en cuanto a la descripción de la enfermedad actual.

Se realizó varios exámenes complementarios con el fin de corroborar el diagnóstico definitivo, y valorar su evolución y pronóstico.

El Pseudoquiste Pancreático, una acumulación de líquido casi siempre estéril, se compone de detritus celulares, sangre y líquido pancreático (enzimas pancreáticas) y está totalmente encapsulado por una pared que carece de epitelio, el cual se forma por una respuesta inflamatoria que ocurre después de la extravasación de líquido pancreático. (5)

Los Pseudoquistes son precedidos por una Pancreatitis en el 90% de los casos o por un evento traumático en el 10%. Se forman a las 4 semanas después de una Pancreatitis Aguda aproximadamente en un 15% y muchas veces pueden no ser detectados por semanas. El 45% se forma en la cabeza del páncreas y la mayor parte son solitarios (15% múltiples). (4) (5)

Se diagnostica mediante estudios de imagen: ultrasonografía: sensibilidad 88 a 100% y especificidad 92 a 98%, ultrasonido endoscópico: sensibilidad 93 a 100% y especificidad 92 a 98%, TAC: sensibilidad 82 a 100% y especificidad 98%, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y resonancia magnética nuclear: sensibilidad 70 a 92%.

Las indicaciones de tratamiento de un paciente con pseudoquiste pancreático son:

- Compresión de grandes vasos
- Obstrucción gástrica o duodenal
- Estenosis de vía biliar
- Infección del pseudoquiste
- Hemorragia hacia el pseudoquiste
- Fístula pancreática pleural
- Pseudoquiste sintomático (saciedad, náusea y vómito, y dolor y sangrado gastrointestinal bajos)
- Pseudoquiste asintomático mayor de 5 cm (que no haya modificado su tamaño o morfología en más de seis semanas)
- Pseudoquiste asintomático mayor de 4 cm (que origine complicaciones extrapancreáticas en pacientes con pancreatitis crónica por alcoholismo)
- Sospecha de malignidad. (5)

Existen varias opciones de tratamiento:

- Observación (alivio: 8-70%)
- Aspiración o drenaje percutáneo (falla: 16%, morbilidad: 18%, recurrencia hasta 70%)
- Aspiración o drenaje endoscópico (éxito: 92-100%, mortalidad: 0.2%, morbilidad: 17%, recurrencia: 7.6-23%)
- Drenaje quirúrgico abierto (éxito: 70-100%, morbilidad: 9-36%, mortalidad: 0-8%, recurrencia: 0-30%)

- Drenaje laparoscópico (éxito: 92-100%, mortalidad: 0%, morbilidad: 9%, recurrencia: 3%)
- Drenaje interno o externo y resección.(5)

Las complicaciones por un pseudoquistes son: complicaciones esplénicas, rotura, hemorragia, infección, complicaciones biliares, hipertensión portal, obstrucción (estómago, duodeno o grandes vasos), rotura hacia la cavidad abdominal o víscera hueca y fístula entérica o pleural. (5)

4.7.3. Oportunidades en la Remisión

El caso de la paciente fue manejada en el primer nivel de atención que constituyen todos los Centros de Salud, entre ellos el Centro de Salud de Latacunga, en donde fue valorada y deciden su referencia a un Hospital de Segundo nivel como lo es el Hospital Provincial General de Latacunga, para su mejor manejo. Posterior a su resolución quirúrgica, se decidió que la paciente podía regresar al primer nivel de atención hospitalaria para continuar con su tratamiento y seguimiento.

4.8.- IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRITICOS

4.8.1.- Ruta de usuario

- Paciente no realiza controles en Centro de Salud por el dolor abdominal ya que se prescribía medicación para disminuir dolor, y en ocasiones no había turnos para médico.
- Paciente que posterior a hospitalización es dada de alta por mejoría clínica y realiza su control por consulta externa en el Hospital Provincial General de Latacunga.

4.9. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 5.- Oportunidades de mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
<p>Información a la población en general de lo importante que es realizarse chequeos De salud periódicamente.</p>	Charlas de capacitación a la población.
	Utilizar estrategias del sistema de salud (visita domiciliaria) para realizar Seguimiento a los pacientes.
	Socialización a la comunidad de lo que oferta cada casa de salud.
<p>Respuesta apropiada a los cambios negativos en la evolución del paciente</p>	Valorar a cada paciente de una forma integral.
	Solicitar la valoración oportuna del área correspondiente, en este caso Cirugía.
	Solicitar los exámenes complementarios necesarios con prontitud.
	Comunicación por parte del personal de salud a la familia de la evolución natural de la Enfermedad y posibles complicaciones.

V. CONCLUSIONES:

Por lo tanto se puede concluir lo siguiente:

1. El pseudoquiste pancreático se presentó como complicación de la pancreatitis aguda la cual pudo haberse evitado con un diagnóstico y tratamiento oportuno en el primer nivel de atención.
2. La evolución clínica de la paciente fue poco sintomática durante su hospitalización pudiendo programarse su cirugía con anticipación, evitando así la progresión de la sintomatología durante su hospitalización.
3. La paciente fue intervenida quirúrgicamente por persistencia de los síntomas realizándose una Cistogastroanastomosis sin colocación de dren, pero la mayoría de Pseudoquistes Pancreáticos resuelven espontáneamente o con tratamiento conservador.
4. La paciente no mostró ninguna complicación durante la cirugía ni posterior a esta.

RECOMENDACIONES

1. Se debe realizar la valoración oportuna de los pacientes basándose en su cuadro clínico además de los exámenes complementarios que permitirán realizar el análisis correcto del caso además de su tratamiento adecuado.
2. Valorar correctamente los factores de riesgo individualizándose a cada paciente para realizar el diagnóstico oportuno de la patología.
3. Verificar la evolución del paciente y actuar rápidamente frente a complicaciones o descompensaciones.
4. Solicitar con prontitud los exámenes complementarios tanto de laboratorio como de imagen para un mejor y rápido diagnóstico.
5. Actuar con prontitud ante el diagnóstico en un paciente con pseudoquiste pancreático para evitar sus complicaciones agudas, así como brindar un tratamiento oportuno y encaminado a la patología para evitar las complicaciones crónicas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Aponte Diego. Enfoque actual en el estudio y tratamiento de los tumores quísticos del páncreas. Corto análisis de las herramientas disponibles en la actualidad. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología, 27 (3), 147-150, 2012 (25)
2. Bergmam, Simon. «Tratamiento quirurgico y no quirurgico de los pseudoquistes pancreaticos.» En *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*, de Simon Bergmam, 1447-1460. Ohio, Estados Unidos: Columbus, 2012. (1)
3. Correa Burciaga, Garza y Yáñez Leija. Cistogastroanastomosis por laparoscopia: manejo del pseudoquiste pancreático. *Cirujano General*, 34 (4), 280-285, 2012. (30)
4. Cruz Salinas, Miguel Ángel. «Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático.» En *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, de Miguel Ángel Cruz Salinas, 256-259. Madeira, Portugal: REDALYC.ORG, 2011.(6)
5. Gómez Suleta. Manejo endoscópico de los pseudoquistes pancreáticos. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología, 28 (3), 183-190, 2013. (26)
6. Martínez Ordaz, José Luis. «Tratamiento quirúrgico del seudoquiste de páncreas.» En *Cirugía y Cirujanos*, de José Luis Martínez Ordaz, 288-292. Ciudad de México: ELSEVIER, 2016.(2)
7. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. (20)

8. Organización Mundial de la Salud. Acción Sobre Los Factores Sociales Determinantes De La Salud: Aprender De Las Experiencias Anteriores. Comisión Sobre Determinantes Sociales De La Salud, 7, 2005. (28)
9. Pereda Rodríguez, Javier. «Pseudoquiste pancreático gigante.» En *Abdomen*, de Javier Pereda Rodríguez, 197-201. San León, España: SAR-FAARDIT, 2011.(3)
10. Ramírez Stephanie. Pseudoquiste Pancreático. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica LXXI*, 610, 313-316, 2014. (9)
11. Rueda, Ana Patricia. «PSEUDOQUISTE Y ABSCESO PANCREÁTICO:» En *Revista Médica de Cirugía UNAH*, de Ana Patricia Rueda, 157-161. Honduras: Rev Med, 2000.(5)
12. Santos Jasso, Asz Sigal y Medina Vega. Tratamiento Quirúrgico de Pseudoquiste Pancreático en Edad Pediátrica Experiencia Actual en un Hospital de Tercer Nivel. *Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica*, 15 (4),185-192, 2008. (7)
13. Stephanie, Ramírez Gutiérrez. «Pseudoquiste Pancreatico.» En *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI*, de Stephanie Ramírez Gutiérrez, 313 - 316. Costa Rica, 2014.(4)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

1. EBSCO. Beltran Herrera, Bueno Lledó, Carceller Navarra, Suárez Sotob y Juan Burgueño. Rotura esplénica secundaria a pseudoquiste de páncreas. *Elsevier España*, 89 (2), 120-122, 2011. (14)
2. EBRARY. Casamayor Franco y colaboradores. Pseudoquiste traumático de páncreas. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 99 (8), 476-483, 2007. (12)
3. EBSCO. Iglesias García y Domínguez Muñoz. Ante un paciente al que se le ha realizado un drenaje de un pseudoquiste de páncreas mediante una quistogastrostomía endoscópica o ecoendoscópica y la colocación de una prótesis entre el estómago y el pseudoquiste, ¿Cuál

sería el momento más adecuado para retirar estas prótesis?
Gastroenterología y Hepatología. Elsevier Doyma, 32 (5), 376-377,
2009. (19)

4. EBRARY. Iribarren Díaz, Castro Parga, Díaz Cardamas, Freiría Barreiro, Pérez Domínguez, Rivo Vázquez y Gil Gil. Comunicación pancreático-pleural secundaria a pseudoquiste pancreático. Una complicación de evolución variable. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 100 (11), 730-738, 2008. (11)
5. EBSCO. López Penza, Patrice David, Elie Oussoultzoglou, Patrick Pessaux y Philippe Bachellier. Tratamiento del pseudoquiste hemorrágico de páncreas. Cirugía Española, Elsevier Doyma, 90 (5), 329-342, 2012, (15)
6. EBRARY. Murguía Pérez, Lazos Ochoa, & Navarro Córdoba. Pseudoquiste pancreático. Estudio retrospectivo de 12 casos de autopsia en el Hospital General de México. Revista española de Patología, 43(4), 201-216, 2010. (27)
7. EBRARY. Rodríguez D'Jesúsa, Fernández Esparrachb y Esteve Saperasa. Tratamiento endoscópico del pseudoquiste de páncreas: aspectos prácticos. Gastroenterología y Hepatología. Elsevier Doyma, 34(10), 711-716, 2011. (17)

VII. ANEXOS



- Cistogastroanastomosis (4)

Fotografía tomada desde laparoscopia durante la cirugía de la paciente. No hubo complicaciones en el trans ni postoperatorio.