

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y
QUIRÚRGICAS DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA
DEL 2003 AL 2015**

TESIS PRESENTADO POR LA BACHILLER:

MILUSKA LEONOR TICONA YERBA

PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO - CIRUJANO

ASESOR: DR. HUGO PAREDES NUÑEZ

AREQUIPA – PERÚ

2017

Agradezco a Dios por permitirme llegar
a este momento tan especial en mi vida,
por los triunfos y los momentos difíciles
que me han enseñado a valorarlo cada día más,
gracias por haberme otorgado una familia maravillosa.

Gracias a mí madre Nancy,
que con su demostración de una madre ejemplar
me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada,
y siempre perseverar a través de sus consejos
lo cual me ha ayudado a salir adelante en los
momentos más difíciles.

Agradezco también a mi padre Jorge,
a quien considero ejemplo de optimismo, perseverancia
sacrificio y humildad que lo caracterizan,
por enseñarme con su ejemplo lo que es el esfuerzo
para llegar a ser un buen médico.

A mis queridas hermanas Yamila, Ysela y Marshia,
quienes han cuidado y creído en mí siempre,
dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio;
gracias por ser las mejores hermanas y amigas,
por su apoyo incondicional durante toda mi vida.

INDICE

INDICE GENERAL	
RESUMEN	IV
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII

CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS	1
--------------------------	---

CAPITULO II

RESULTADOS	4
------------------	---

CAPITULO III

DISCUSIÓN	16
-----------------	----

CAPITULO IV

CONCLUSIONES	21
--------------------	----

RECOMENDACIONES	23
-----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	24
--------------------	----

ANEXOS

PROYECTO DE TESIS	28
-------------------------	----

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	51
-------------------------------------	----

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación sobre pseudoquiste pancreático, se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico en el Hospital III Honorio Delgado Espinoza de Arequipa entre enero del 2003 a diciembre del 2015.

Se encontraron 25 casos de pseudoquiste pancreático en los últimos 13 años, la incidencia es 1.6% respecto a la pancreatitis aguda, siendo más frecuente en pacientes de sexo femenino (60%) observándose una proporción de 3:2 en relación al sexo masculino. Respecto a la edad se encontró mayor porcentaje (28%) entre los 50 a 59 años, con una edad promedio de 38 años. Asimismo las edades extremas fueron 18 y 58 años siendo el promedio ponderado de 38 años con una desviación estándar de 13.7.

En el 80% de los casos se encontró como factor de riesgo la presencia de pancreatitis aguda biliar y un 16% de los casos por trauma pancreático.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la presencia de dolor abdominal, y como hallazgo clínico la presencia de tumoración abdominal; la hiperamilasemia y fosfatasa alcalina elevada fueron hallazgos laboratoriales más frecuentemente encontrados.

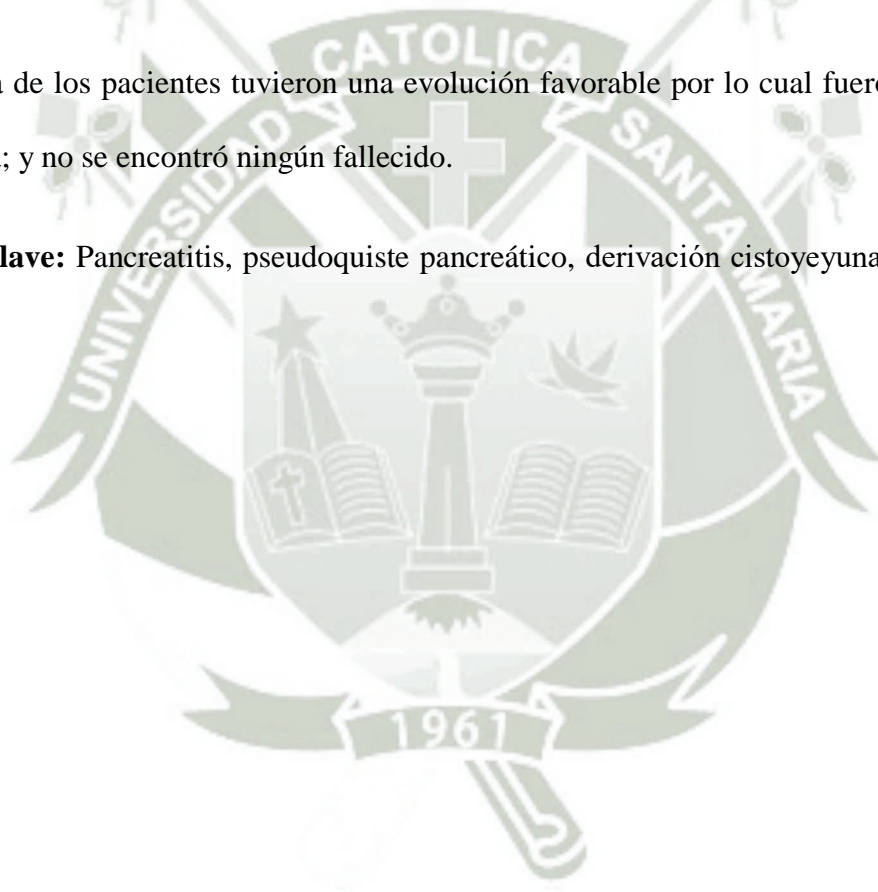
En cuanto a los exámenes auxiliares se encontró la utilización de la ecografía en un 20% de los casos encontrándose presencia de colección líquida en proyección pancreática con paredes bien definidas, aumento de la ecogenicidad pancreática. En un 40% de los casos se utilizó como examen auxiliar la tomografía reportándose presencia de imagen compleja de aspecto quístico en proyección pancreática.

La intervención quirúrgica más empleada fue laparotomía exploratoria junto con la derivación cistoyeyunal en “Y” de Roux en el 40% de los casos, teniendo como única complicación infección de herida operatoria en un 8% (2 casos).

Las complicaciones preoperatorias se presentaron en un 12% de los casos; de los cuales tenemos el pseudoquiste infectado, la fistula pancreática-pleural y la ruptura del pseudoquiste junto con peritonitis generalizada.

La mayoría de los pacientes tuvieron una evolución favorable por lo cual fueron dados de alta médica; y no se encontró ningún fallecido.

Palabras clave: Pancreatitis, pseudoquiste pancreático, derivación cistoyeyunal en “Y” de Roux



ABSTRACT

In the present study of pancreatic pseudocyst, a retrospective, descriptive and analytical study was performed at Hospital III Honorio Delgado Espinoza in Arequipa between January 2003 and December 2015.

We found 25 cases of pancreatic pseudocyst in the last 13 years, the incidence is 1.6% with regard to acute pancreatitis, being more frequent in female patients (60%), with a ratio of 3:2 in relation to the male sex. Regarding age, a higher percentage (28%) was found between 50 and 59 years, with a mean age of 38 years. Also the extreme ages were 18 and 58 years being the weighted average of 38 years with a standard deviation of 13.7.

In 80% of cases, the presence of acute biliary pancreatitis and 16% of cases to pancreatic trauma were found as a risk factor.

The most frequent clinical manifestations were the presence of abdominal pain, and as a clinical finding the presence of abdominal tumor; hyperamylasemia and elevated alkaline phosphatase were the most frequently encountered laboratory findings.

As for the auxiliary examinations, the use of ultrasonography was found in 20% of cases, with the presence of a liquid collection in pancreatic projection with well-defined walls, an increase in pancreatic echogenicity. In 40% of the cases the tomography was used as an auxiliary examination, reporting a complex cystic appearance in pancreatic projection.

The most used surgical intervention was exploratory laparotomy together with the Roux-en-Y cystojejal shunt in 40% of the cases, with only 8% (2 cases) having an operative wound infection.

As an operative wound infection complication. preoperative complications occurred in 12% of cases; Of which we have the infected pseudocyst, the pancreatic-pleural fistula and the rupture of the pseudocyst together with generalized peritonitis.

The majority of the patients had a favorable evolution for which they were discharged medical; And no deceased was found.

Key words: Pancreatitis, pancreatic pseudocyst, derivation of jejunal cyst in Roux-en-Y

INTRODUCCIÓN

El Pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente de pancreatitis aguda biliar, descrita por primera vez por Morgagni en 1796, consiste en colecciones de líquido secundarias a un proceso inflamatorio pancreático localizados generalmente en el área retroperitoneal y que son rodeados por una membrana fibrosa.

Alrededor del 5% de los ataques de pancreatitis aguda biliar originan un Pseudoquiste y esta cifra puede elevarse al 20% cuando solo se consideran los ataques graves, siendo más frecuente en las mujeres latinoamericanas por la mayor predominancia de colelitiasis y por el contrario en los países europeos y norteamericanos es más frecuente en los varones por mayor consumo de alcohol.

En el presente trabajo de investigación se realiza un análisis retrospectivo, descriptivo y analítico de los pacientes cuyo diagnóstico fue Pseudoquiste pancreático en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los últimos 13 años. Los factores etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos serán documentados en estos pacientes en un esfuerzo de dar a conocer los mismos para un mayor conocimiento de esta patología en nuestro medio ya que no existe estudio al respecto.

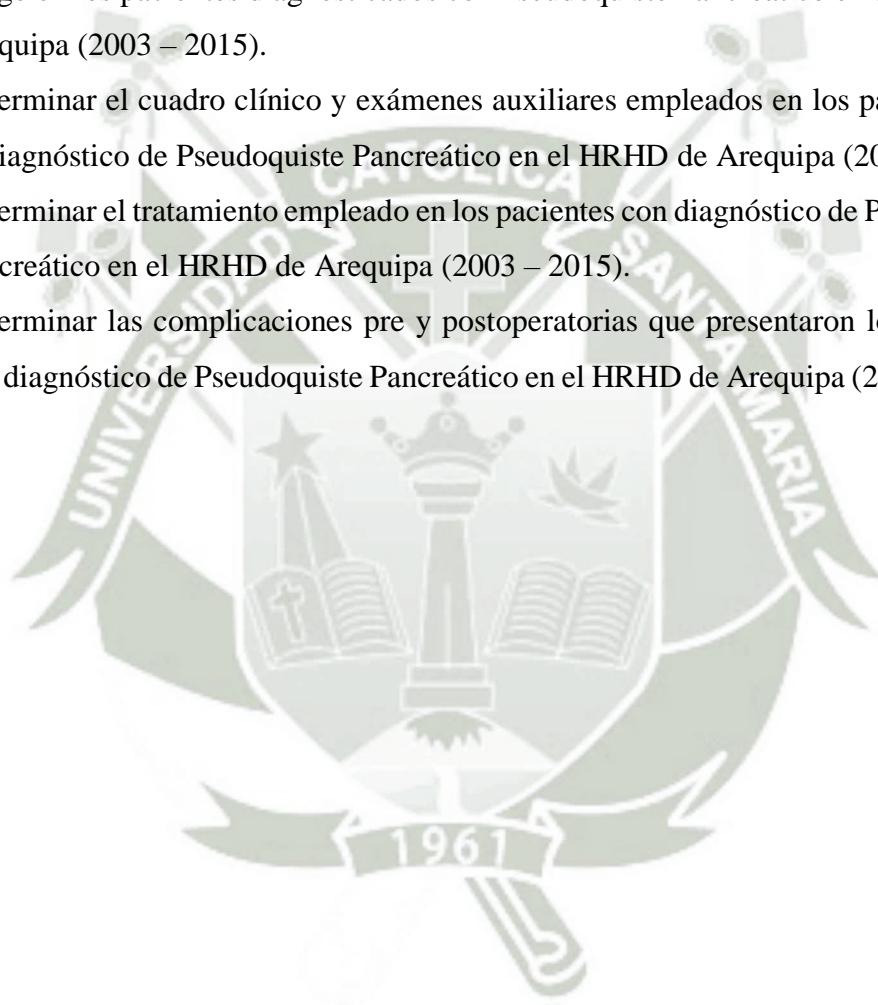
La investigación sobre el estudio de Pseudoquiste pancreático en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa desde 2003 al 2015 es relevante debido a la rareza además de ser una patología poco frecuente, al presentarse como complicación de la pancreatitis aguda lo cual influye desfavorablemente en su morbi-mortalidad debido a su diagnóstico preoperatorio difícilmente encontrado y a los pocos trabajos de investigación efectuados en nuestro medio, siendo factible de realizarlo ya que se cuenta con ayuda del personal capacitado y asesores.

El presente trabajo trata de averiguar la incidencia, las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas, la frecuencia según edad y sexo, el cuadro clínico y los exámenes imagenológicos empleados, el diagnóstico preoperatorio y el tratamiento en los pacientes cuyo diagnóstico es Pseudoquiste pancreático en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa (2003 - 2015).

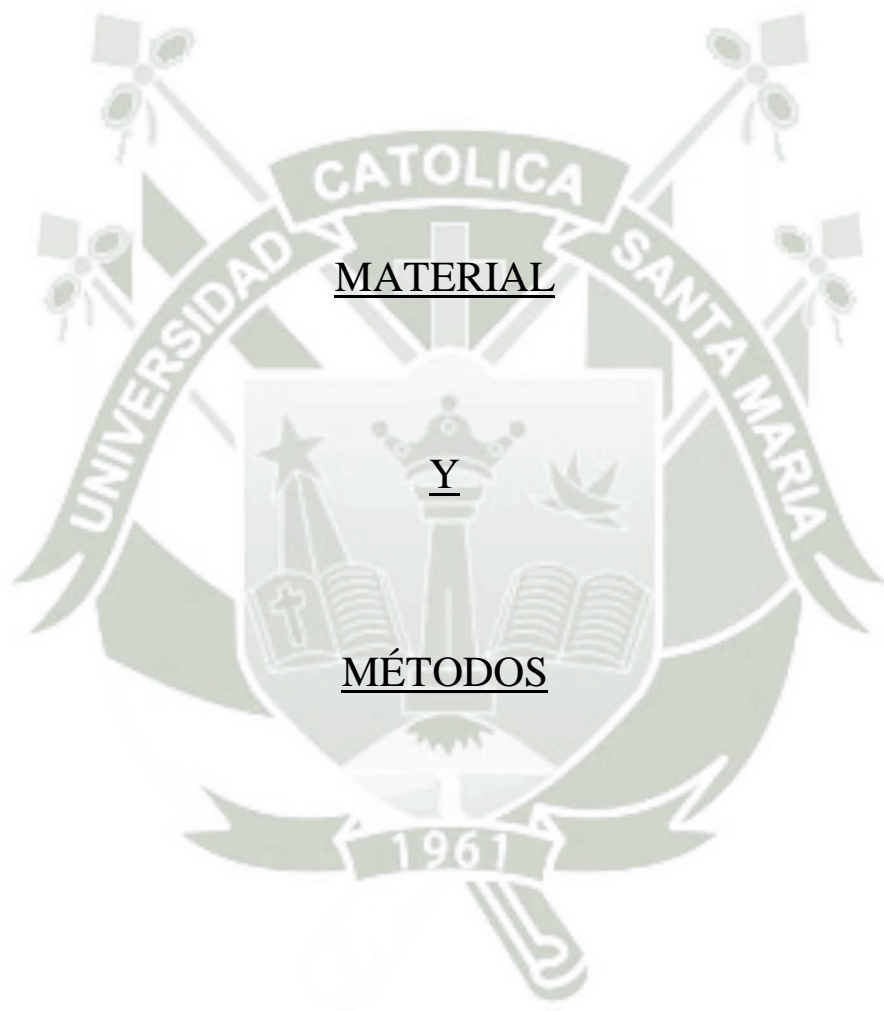
Este estudio de investigación ayudara en el diagnóstico y tratamiento oportuno de cuadros del Pseudoquiste pancreático de poca frecuencia más no raros.

Objetivos:

- 1) Determinar la incidencia del Pseudoquiste Pancreático en el HRHD de Arequipa (2003 – 2015).
- 2) Determinar las características epidemiológicas referidas a edad, género y factores de riesgo en los pacientes diagnosticados con Pseudoquiste Pancreático en el HRHD de Arequipa (2003 – 2015).
- 3) Determinar el cuadro clínico y exámenes auxiliares empleados en los pacientes con el diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD de Arequipa (2003 – 2015).
- 4) Determinar el tratamiento empleado en los pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD de Arequipa (2003 – 2015).
- 5) Determinar las complicaciones pre y postoperatorias que presentaron los pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD de Arequipa (2003 - 2015).



CAPÍTULO I



I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

a. **Tipo de Investigación**

Es una investigación documental.

Con el nivel de investigación observacional, descriptiva, analítica y retrospectiva.

b. **Ubicación Espacial**

La investigación se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza provincia y departamento de Arequipa

c. **Ubicación Temporal**

El trabajo de revisión documental se realizó en febrero del 2017 revisando información del periodo de Enero del 2003 a diciembre del 2015.

d. **Unidades de Estudio**

Pacientes diagnosticados con Pseudoquiste pancreático del periodo 2003 al 2015, se obtendrá información en relación a ellos a través de sus historias clínicas.

e. **Estrategias de Recolección de Datos**

Una vez hechas las coordinaciones necesarias con las autoridades respectivas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; se procedió a revisar el libro de registros de hospitalizaciones, tarjetas, informes operatorios del servicio de cirugía.

Planteamiento del proyecto y permiso del Director del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Recojo de información de datos de historias clínicas en la unidad de estadística.

f. **Criterios de Selección**

Criterio de inclusión

Pacientes con el diagnóstico de Pseudoquiste pancreático del periodo 2003 al 2015

Criterio de exclusión

Pacientes con historias clínicas incompletas que impidan la adecuada recolección de datos.

g. Procedimiento

Para obtener la información referida al problema de investigación, se procederá a la revisión de historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico de Pseudoquistes pancreáticos en la unidad de estadística del HRHDE de Arequipa.

Los datos obtenidos de cada uno de los casos se anotaron en la ficha de datos especialmente elaborada para los objetivos propuestos del estudio.

El análisis y procesamiento de datos se realizó tomando en cuenta las variables de interés.

Se realizó la tabulación de los datos para luego crear una base de datos en el programa de Microsoft Office Excel Profesional 2013.

h. Recursos

Recursos humanos:

- a. El autor
- b. El asesor
- c. El estadístico

Recursos financieros:

- Financiado por el autor.

i. Materiales

- a. Fichas de recolección de datos
- b. Laptop Compaq Presario CQ-43
- c. Impresora Edson

CAPÍTULO II

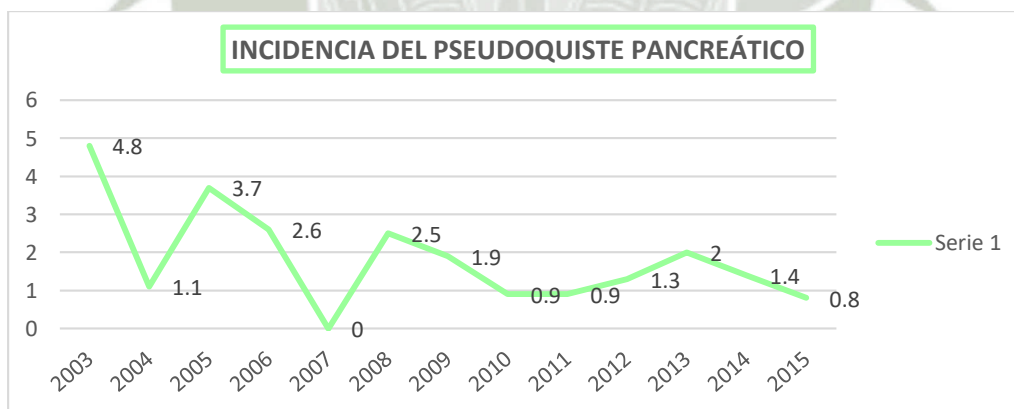


**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°1:

**INCIDENCIA DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN RELACIÓN A LA PANCREATITIS
AGUDA**

AÑO	CASOS DE PANCREATITIS AGUDA	CASOS DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO	INCIDENCIA 0/00
2003	62	3	4.8
2004	91	1	1.1
2005	82	3	3.7
2006	78	2	2.6
2007	78	0	0.0
2008	81	2	2.5
2009	105	2	1.9
2010	114	1	0.9
2011	117	1	0.9
2012	159	2	1.3
2013	149	3	2.0
2014	213	3	1.4
2015	253	2	0.8
TOTAL	1582	25	1.6



En la tabla N° 1 y en la gráfica, podemos observar que desde el 2003 al 2015 el número de pancreatitis aguda expuesto a presentar pseudoquiste pancreático es de 1.6 de incidencia del total de la población 1582 que es el número de casos por pancreatitis aguda que corresponde al 25 del número de casos por pseudoquiste pancreático. Presentándose con mayor incidencia en el 2003 y de menor incidencia en el 2015.

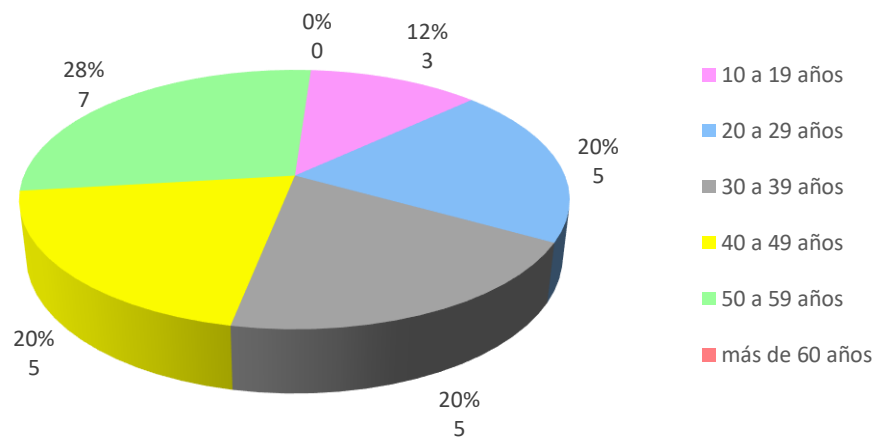
**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°2:

DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO SEGÚN GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	CASOS DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO	
	N°	%
10 a 19 años	3	12
20 a 29 años	5	20
30 a 39 años	5	20
40 a 49 años	5	20
50 a 59 años	7	28
más de 60 años	0	0
TOTAL	25	100

GRUPO ETARIO



En la tabla N°2 y en la gráfica, muestra que el grupo etario de mayor frecuencia que presento pseudoquiste pancreático fue entre los 50 a 59 años el cual corresponde al 28% y el grupo etario de menor frecuencia que presento el pseudoquiste pancreático fue entre los 10 a 19 años que corresponde al 12%. Asimismo las edades extremas que presentaron pseudoquiste pancreático fueron 18 y 58 años siendo el promedio ponderado 38 años con una desviación estándar de 13.7.

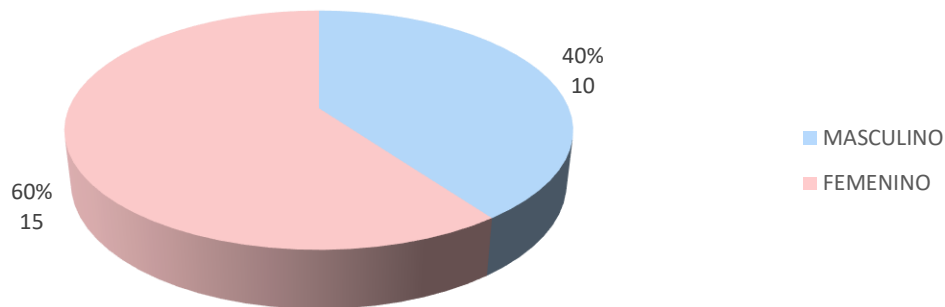
**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°3:

DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO POR SEXO

SEXO	N°	%
MASCULINO	10	40
FEMENINO	15	60
TOTAL	25	100

DISTRIBUCIÓN POR SEXO



En la tabla N°3 y en la gráfica se aprecia que el 60% de los pacientes con pseudoquiste pancreático son de sexo femenino frente al 40% de estos pacientes del sexo masculino, por lo tanto en nuestra investigación se obtuvo que el pseudoquiste pancreático es más frecuente en mujeres y la proporción es de 3:2 con respecto al sexo masculino.

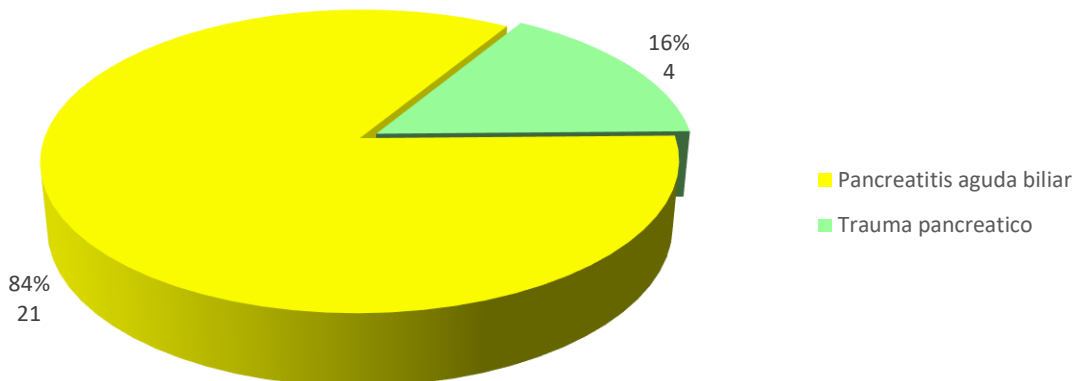
**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°4:

**FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PSEUDOQUISTE
PANCREATICO**

FACTORES DE RIESGO	N°	%
Pancreatitis aguda biliar	21	84
Trauma pancreatico	4	16
TOTAL	25	100

FACTORES DE RIESGO



En la tabla N°4 y en la gráfica se aprecia en nuestra muestra que el 84% de los pacientes con pseudoquiste pancreático presentaron pancreatitis aguda biliar, y el 16% de los pacientes restantes con pseudoquiste pancreático presentaron trauma pancreático. Haciendo un total del 100% de los factores de riesgo de los pacientes con pseudoquiste pancreático.

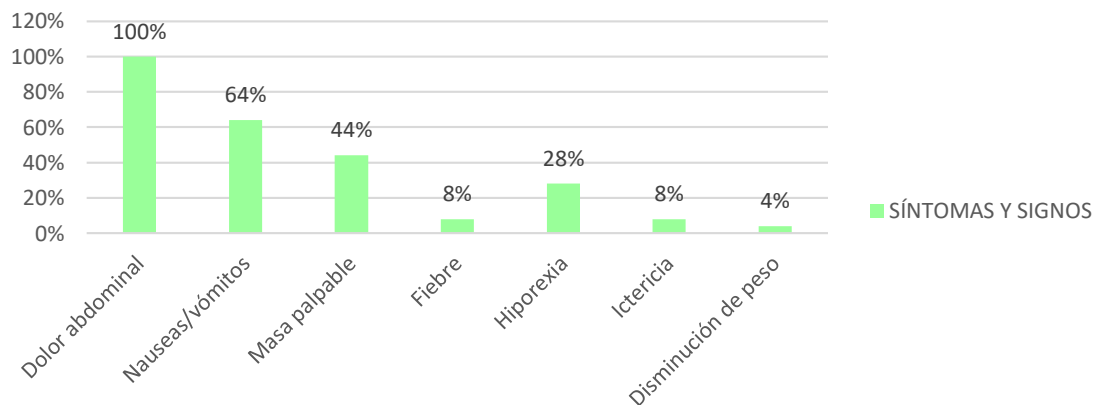
**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°5:

SINTOMAS Y SIGNOS EN LOS PACIENTES CON PSEUDOQUISTE PANCREATICO

SÍNTOMAS Y SIGNOS	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Dolor abdominal	25	100	0	0	25	100
Nauseas/vómitos	16	64	9	36	25	100
Masa palpable	11	44	14	56	25	100
Fiebre	2	8	23	92	25	100
Hiporexia	7	28	18	72	25	100
Ictericia	2	8	23	92	25	100
Disminución de peso	1	4	24	96	25	100

SÍNTOMAS Y SIGNOS



En la tabla N°5 y en la gráfica se aprecia los síntomas y signos hallados en los pacientes con pseudoquiste pancreático, en la cual se observa que el 100% de los pacientes presentaron dolor abdominal, seguido del 64% con náuseas y vómitos, el 44% con presencia de masa palpable, el 28% con hiporexia, el 8% con fiebre e ictericia y el 4% presentaron disminución de peso. Por lo tanto el síntoma más frecuente encontrado en nuestra investigación fue el dolor abdominal.

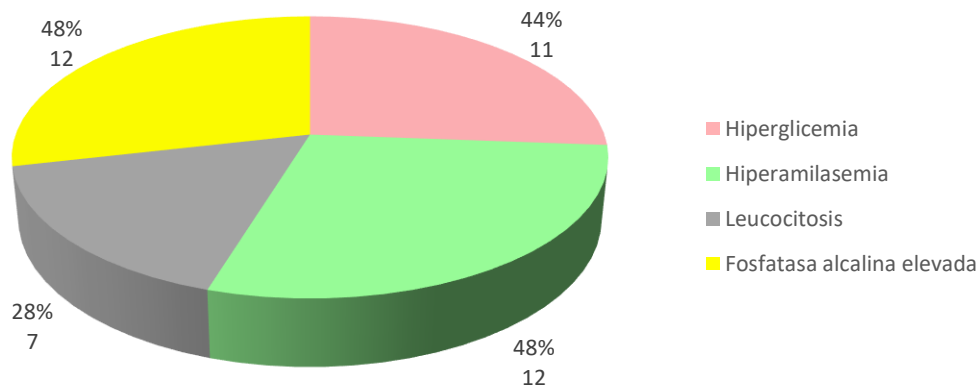
INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015

TABLA N°6:

HALLAZGOS LABORATORIALES QUE APOYARON EL DIAGNOSTICO DEL PSEUDOQUISTE
PANCREATICO

HALLAZGO LABORATORIAL	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hiperglicemia	11	44	14	56	25	100
Hiperamilasemia	12	48	13	52	25	100
Leucocitosis	7	28	18	72	25	100
Fosfatasa alcalina elevada	12	48	13	52	25	100

HALLAZGOS LABORATORIALES



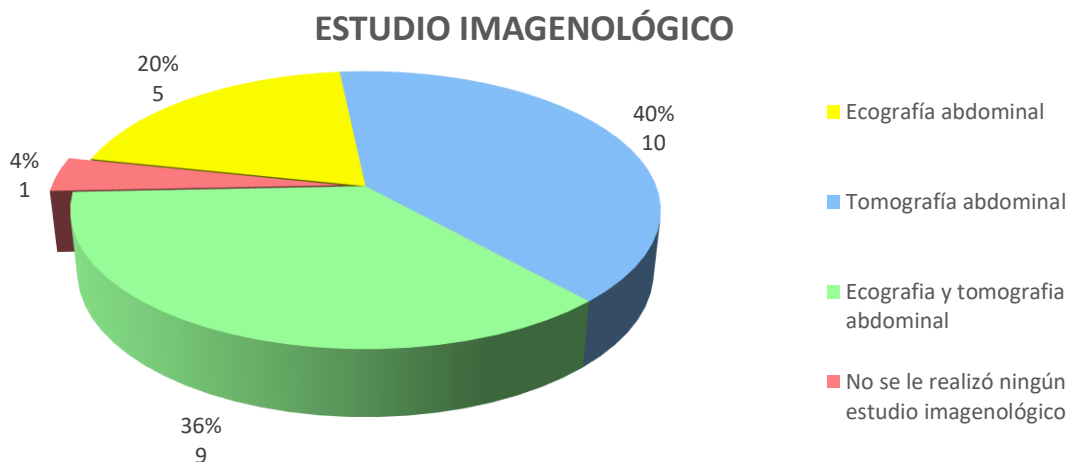
En la tabla N°6 y en la gráfica se aprecia los hallazgos laboratoriales que apoyaron el diagnóstico del pseudoquiste pancreático, en la cual se observa que el 48% de los pacientes presentaron hiperamilasemia y fosfatasa alcalina elevada, seguido del 44% con hiperglicemia, y el 28% presentaron leucocitosis. Por lo tanto los hallazgos laboratoriales más frecuentes que apoyan al diagnóstico de pseudoquiste pancreático fueron la hiperamilasemia y fosfatasa alcalina elevada.

**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°7:

**ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS QUE APOYAN AL DIAGNOSTICO DEL PSEUDOQUISTE
PANCREATICO**

ESTUDIO IMAGENOLÓGICO	N°	%
Ecografía abdominal	5	20
Tomografía abdominal	10	40
Ecografía abdominal y tomografía abdominal	9	36
No se le realizó ningun estudio imagenologico	1	4
TOTAL	25	100



En la tabla N°7 y en la gráfica se aprecia los estudios imagenológicos que apoyan en el diagnóstico del pseudoquiste pancreático, en el cual se observa que el 40% de los pacientes se le realizaron tomografía abdominal, seguido del 36% de los pacientes a quienes se les realizó ecografía abdominal junto con tomografía abdominal, frente al 4% de los pacientes en los cuales no se les realizó ningún estudio imagenológico.

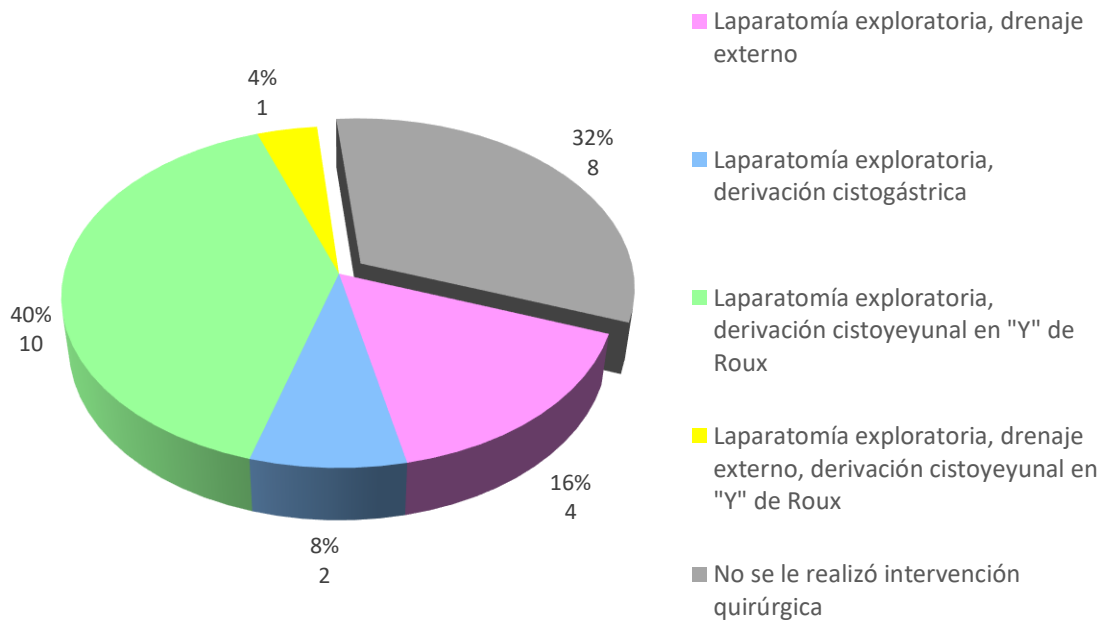
**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°8:

TRATAMIENTO REALIZADO A LOS PACIENTES CON PSEUDOQUISTE PANCREATICO

TRATAMIENTO REALIZADO	TOTAL	
	N°	%
Laparatomía exploratoria Drenaje externo	4	16
Laparatomía exploratoria Derivación cistogástrica	2	8
Laparatomía exploratoria Derivación cistoyeyunal en "Y" de Roux	10	40
Laparatomía exploratoria Drenaje externo Derivación cistoyeyunal en "Y" de Roux	1	4
No se le realizó intervención quirúrgica	8	32
TOTAL	25	100

TRATAMIENTO REALIZADO



En la tabla N°8 y en la gráfica se puede observar que en los pacientes con pseudoquiste pancreático al 40% se le realizó laparotomía exploratoria y derivación cistoyeyunal en “Y” de Roux; al 16% se le realizó laparotomía exploratoria y drenaje externo; al 8% se le realizó laparotomía exploratoria y derivación cistogástrica; al 4% se le realizó laparotomía exploratoria junto con drenaje externo por presentar ruptura de pseudoquiste y peritonitis generalizada, posteriormente se le realizó la derivación cistoyeyunal en “Y” de Roux; y finalmente al 32% de los pacientes con pseudoquiste pancreático no se les realizó ninguna intervención quirúrgica. Por lo tanto la intervención quirúrgica más frecuente utilizada fue la derivación cistoyeyunal en “Y” de Roux.



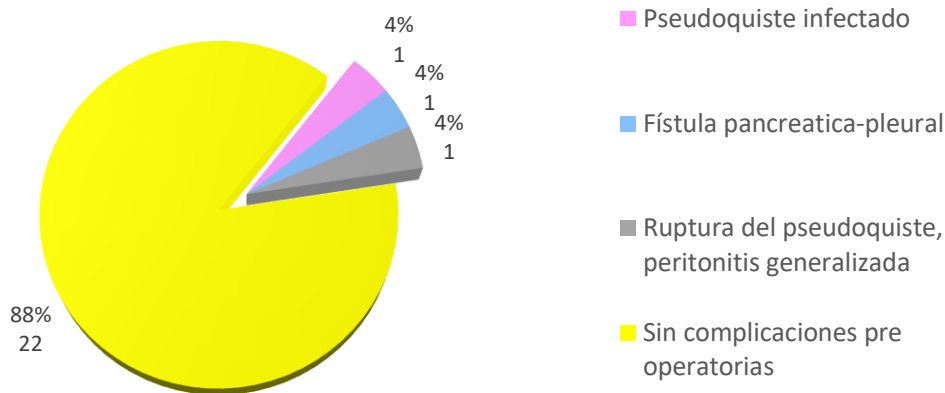
**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°9:

**COMPLICACIONES PRE OPERATORIAS EN LOS PACIENTES CON PSEUDOQUISTE
PANCREATICO**

COMPLICACIONES PRE POSTOPERATORIAS	N°	%
Pseudoquiste infectado	1	4
Fístula pancreatica-pleural	1	4
Ruptura del pseudoquiste Peritonitis generalizada	1	4
Sin complicaciones pre operatorias	22	88
TOTAL	25	100

COMPLICACIONES PRE OPERATORIAS



En la tabla N°9 y en la gráfica muestra que en los pacientes con pseudoquiste pancreático, el 88% no presentaron complicaciones pre operatorias y el 12% presentaron complicaciones preoperatorias muy poco frecuentes entre ellas el pseudoquiste infectado, la fistula pancreática-pleural y la ruptura del pseudoquiste con peritonitis generalizada.

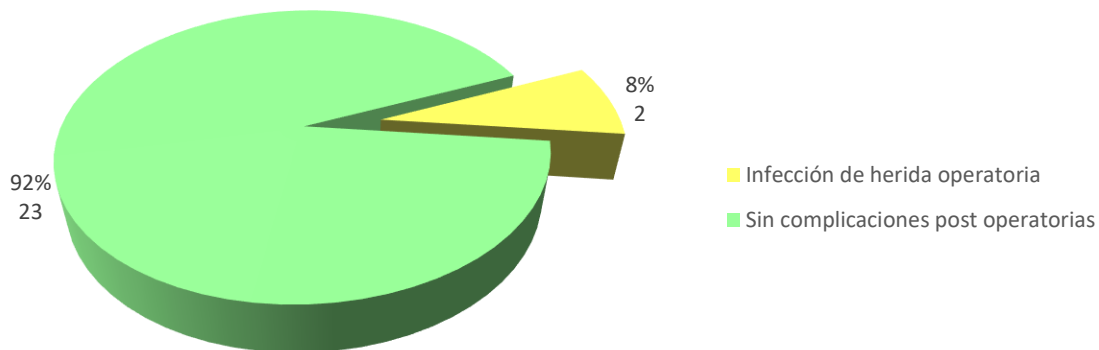
**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL 2015**

TABLA N°10:

**COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN LOS PACIENTES CON PSEUDOQUISTE
PANCREATICO**

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS	N°	%
Infección de herida operatoria	2	8
Sin complicaciones post operatorias	23	92
TOTAL	25	100

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS



En la tabla N°10 y en la gráfica muestra que en los pacientes con pseudoquiste pancreático, el 92% no presentaron complicaciones post operatorias y el 8% presentaron como única complicación post operatoria la infección de herida operatoria.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

Y

COMENTARIO



DISCUSIÓN Y COMENTARIO

El pseudoquiste pancreático es una complicación de la pancreatitis aguda biliar y del trauma pancreático.

En el presente estudio la colelitiasis ha sido el factor más frecuente de pancreatitis aguda biliar, que posteriormente han desarrollado un pseudoquiste pancreático, llegando a presentarse en 21 casos de un total de 25 casos de pseudoquiste pancreático entre el 2003 al 2015.

Como sabemos esta es una patología poco frecuente; encontrándose en nuestro estudio una incidencia de pseudoquiste pancreático de 1.6% en relación a la pancreatitis aguda, la cual es inferior a la incidencia encontrada por la Dra. Castillo la cual encontró que esta cifra podía llegar hasta 3%.

En nuestro estudio el grupo etario más afectado es tuvo comprendido entre los 50 a 59 años de edad con 7 casos que representa el 28% de los casos estudiados, el cual guarda relación con los grupos etarios afectados en los estudios realizados por el Dr. Godoy con 12 casos, y la Dra. Delgado con 7 casos; por el contrario en el estudio realizado por la Dra. Castillo el grupo etario más afectado estuvo comprendido entre los 35 y 44 años de edad con 5 casos.

En este estudio las edades comprendidas fueron entre los 18 a 58 años, mientras que en el estudio del Dr. Godoy las edades comprendían entre 16 a 82 años, en el estudio realizado por la Dra. Castillo las edades comprendían entre 28 a 54 años.

Así mismo en nuestro estudio se observó cómo promedio de edad 38 años, menor al que se observó en el estudio realizado por el Dr. Godoy en donde el promedio de edad encontrada fue de 51 años y en el estudio por la Dra. Delgado el promedio de edad fue de 42 años.

En nuestro estudio se observa que la presentación de pseudoquiste pancreático es más frecuente en personas de sexo femenino en un 60% de los casos; por el contrario en los estudios realizados por el Dr. Godoy y la Dra. Castillo esta patología fue más frecuente en varones, pero en cuanto a la proporción encontrada en nuestro medio fue de 3:2 mayor comparado con los estudios realizados como en el estudio realizado en el 2004 por el Dr. Godoy el cual encontró una proporción 1:2, y siendo nuestra proporción menor comparado a

los estudios realizados en el 2015 por la Dra. Castillo la cual encontró una proporción de 3:4 y en el estudio realizado en el 2006 por la Dra. Delgado la cual encontró una proporción de 4:5.

Se pudo observar además que de los pacientes diagnosticados con pseudoquiste pancreático el 84% presentaron factores de riesgo de pancreatitis aguda biliar, seguido de trauma pancreático en un 16%; el cual guarda relación con los estudios realizados por los doctores Godoy y Castillo, y no así con el estudio realizado por la Dra. Delgado en donde se presentó el 44% con antecedente de alcoholismo seguido de un 22% por pancreatitis de origen biliar.

Según la literatura el síntoma más frecuente es el dolor abdominal epigástrico y que suele agravarse con la ingesta alimenticia por lo que se asocian a anorexia y pérdida de peso.

Los pacientes intervenidos en nuestro estudio presentaron un cuadro sintomático siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal el cual se observó en 100% de los casos, las náuseas y vómitos en el 64%, la masa palpable en el 44%, la hiporexia en el 28%, la ictericia y fiebre en el 8% y disminución de peso en el 4%, dicha sintomatología coincide con la literatura.

Es necesario mencionar que los exámenes laboratoriales al igual que lo que ocurre con el cuadro de pancreatitis aguda sirven poco para el diagnóstico, siendo su utilidad mayor como parámetro de seguimiento y de pronóstico de enfermedad. En nuestro estudio la hiperamilasemia y fosfatasa alcalina elevada fueron hallazgos laboratoriales más frecuentemente encontrados con un 48%, seguido de hiperglicemia en un 44% y leucocitosis en un 28%.

La ecografía abdominal constato la presencia de colección líquida en proyección pancreática con paredes bien definidas, aumento de la ecogenicidad pancreática. Las tomografías reportaron la presencia de imagen compleja de aspecto quístico en proyección pancreática, especificando ubicación y estado del conducto pancreático principal confirmándose la superioridad de estos medios en el diagnóstico positivo de la entidad en cuestión.

Actualmente, los estudios con mayor certeza diagnóstica son la ecografía y tomografía abdominal, con una certeza de 90 y 98%, respectivamente. Si bien este último es el Gold

estándar para diagnosticar y hacer seguimiento de un pseudoquiste pancreático, en nuestro medio por las limitaciones económicas este estudio no está al alcance de todos los pacientes, es por eso que algunos pacientes solo contaban con ecografía abdominal ya que tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 85% es un método barato y accesible que lo convierte en un excelente elemento diagnóstico.

El tratamiento que se brindó a los pacientes con el diagnóstico de pseudoquiste pancreático fue en su mayoría laparotomía exploratoria junto con derivación cistoyeyunal en “Y” de Roux que fue en un 40%, seguido de la realización de laparotomía exploratoria junto con drenaje externo que fue del 16% y laparatomia exploratoria junto con derivación cistogastrica que fue del 8%.

Los procedimientos quirúrgicos más utilizados son la cistogastroanastomosis, cistoduodenoanastomosis, cistoyeyunoanastomosis, procedimientos resectivos e incluso el drenaje externo, ya sea mediante cirugía abierta o con cirugía de mínima invasión. (17,20,27)

En nuestro estudio se puede apreciar que el 88% no presentaron complicaciones preoperatorias, mientras que se evidencio un 12% de complicaciones preoperatorias de las cuales se encontró 1 caso de pseudoquiste infectado, 1 caso de fistula pancreática-pleural y 1 caso de ruptura del pseudoquiste junto con la presencia de una peritonitis generalizada; siendo estas complicaciones poco frecuentes. Además se encontró como única complicación post operatoria la infección de herida operatoria con un 8%.

CAPÍTULO IV



CONCLUSIONES

1. La incidencia de pseudoquistes pancreáticos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el periodo de 2003 a 2015, en relación a pancreatitis aguda es de 1.6%.
2. El pseudoquiste pancreático como se puede apreciar es una patología poco frecuente en 13 años se encontró 25 casos, así mismo en nuestro estudio se observó que esta patología afecta mayormente a personas de sexo femenino, con 15 casos que representa el 60%, y por tanto una proporción de 3:2 con relación al sexo masculino. Así mismo se observó que esta patología es más frecuente en personas que cursan entre los 50 a 59 años con un 28% (7 casos), las edades extremas observadas fueron 18 y 58 años, su promedio de edad fue 38 años con una desviación estándar de 13.7
3. La mayor parte de los pacientes con pseudoquiste pancreático (84%) presentaron como factor de riesgo pancreatitis aguda biliar. Con respecto al cuadro clínico en el 100% de los casos se encontró dolor abdominal, seguido del 64% con náuseas y vómitos y el 44% presencia de masa palpable.
4. Los exámenes laboratoriales evidenciaron niveles altos de amilasa y fosfatasa alcalina en un 48% de los casos, seguido de altos niveles de glicemia y leucocitosis.
5. Los exámenes auxiliares de imagenología como la tomografía abdominal fue el estudio de imagen más empleado en un 40% de los cuales 10 casos se pudo encontrar hallazgos compatibles con pseudoquiste pancreático, se empleó la ecografía abdominal los cuales en el 20% se encontraron hallazgos compatibles con pseudoquiste pancreático.
6. La intervención quirúrgica más empleada fue laparotomía exploratoria junto con la derivación cistoyeyunal en "Y" de Roux en 40% de los casos.

7. Las complicaciones preoperatorias se presentaron en el 12% de los casos de los cuales se encontró pseudoquiste infectado, fistula pancreática-pleural y ruptura del pseudoquiste acompañado de peritonitis generalizada, siendo estos muy poco frecuentes; además como única complicación postoperatoria se halló infección de herida operatoria en 8% de los casos.

8. No hubo mortalidad en los pacientes con pseudoquiste pancreático, ya que los pacientes en su mayoría fueron dados de alta en buenas condiciones.



RECOMENDACIONES

1. Mayor interés y esmero por el personal de salud en el momento de la elaboración de la historia clínica así como de los informes operatorios y dar la importancia que se merece ya que se constituye un documento legal y una fuente de información para la realización de trabajos de investigación.
2. Implementar guías médicas y protocolos de manejo de los pacientes con la sospecha de pseudoquiste pancreático, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, en el servicio de cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
3. El diagnóstico de pseudoquiste pancreático debe tenerse presente en personas con cuadro de pancreatitis aguda, con antecedente de traumatismo abdominal y de litiasis biliar, sobretodo en personas de sexo femenino y en personas mayores de 50 años.
4. Debe realizarse estudios ecográficos y si amerita estudios tomográficos a todo paciente que ingrese con un cuadro de pancreatitis aguda cualquiera que sea su etiología, en especial a aquellos que tengan relación a colelitiasis. Debe ponerse mayor esmero en la lectura de los estudios ecográficos y tomográficos buscando los signos que orientan a la patología, en este caso el pseudoquiste pancreático, si no se piensa en esta entidad se hará un diagnóstico errado.
5. Difundir el diagnóstico del pseudoquiste pancreático y de su tratamiento quirúrgico de manera temprana, lo cual llevara a la disminución de las complicaciones del pseudoquiste.
6. Ante el advenimiento mejores procedimientos promover el empleo de procedimientos mínimamente invasivos (cirugía laparoscópica y procedimientos endoscópicos) para el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de pseudoquiste pancreático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrén- Sandberg A, Der venis C. Pancreatic pseudocysts in the 21st Century. Part I: classification, pathophysiology, anatomic considerations and treatment. JOP. J Pancreas (Online) 2004; 5: 8-24
2. Bradley EL, Clements JL. Transmesenteric rupture of pancreatic pseudocysts. Am J Surg 42: 827, 1976
3. Braunwdd, Fauci, Kasper. "Principios de medicina interna de Harrison". 14va edicion. McGraw Hill Interamericana
4. Calcaño V, De la Cruz, Aguiló A, Lau Cheng A, Cepeda J. "Estudio comparativo de los protocolos sobre el manejo quirurgico del pseudoquiste pancreatico en los pacientes ingresados en el Hospital Salvador B. Gautier en Santo Domingo en el periodo enero 1998-marzo 2003". Revista Ciencia y Sociedad. 2003; 28(3):391-407
5. Castillo Zussy J. Incidencia de pseudoquiste pancreático Y Sus Complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil PERIODO 2011-2014. Ecuador 2015. Ver más en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10750#sthash.2AyjhOiw.dpuf>.
6. Correa G, Garza G, Yáñez A. Cistogastroanastomosis por laparoscopia: manejo del pseudoquiste pancreático. Revista Scielo. [online]. 2012 Dic; 34(4): 280-285. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000400011&lng=es.
7. Cruz MA, Manjarrez J, González M et al. Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático. Revista de Especialidades Medico-quirurgicas. 2011; 16(4):256-259. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq114l.pdf>
8. Delgado B, Romero J, Carrillo C, Gómez N. Pseudoquiste pancreático: Análisis De Una serie. VITAE. Octubre - Diciembre de 2006; (N ° 29). Disponible en: <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=14&n=300>.
9. D'Egidio A, Nusca T. Percutaneous drainage of immature pancreatic pseudocysts: A preliminary study of 4 cases. S Afr J Surg 27: 26, 1989
10. Ferreina P, Oría A. Cirugía de Michans. 5ta edicion. Buenos Aires. Editorial el Ateneo. 2001; 2vol:670
11. Frey, C. F.: Pancreatic pseudocyst-operative strategy. Ann. Surg., 188:652, 1978

12. Gabrielli M, Paz C, Troncoso P et al. Manejo endoscópico del pseudoquiste pancreático. Cuad. Cir(Valdivia). Rev. electr. UACH[online]. 2007; 21(1): 38-42. Disponible en: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642007000100006&script=sci_arttext
13. Godoy Daniel A. Tratamiento percutáneo del pseudoquiste pancreático Post pancreatitis aguda grave. Perú 2004:53. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1960/1/Godoy_md.pdf
14. Gramática L, Montenegro BR, Badra MR. Seudoquiste de páncreas. Cirugía digestiva 2009;IV-478:1-7.
15. Greenstein, A., DeMaio, E. F., and Nabseth, D. C.: Acute hemorrhage associated with pancreatic pseudocysts. Surgery, 69:58, 1971
16. Howard JM, Jordan G. Surgical diseases of the pancreas. J.B. Lippincott Co, Philadelphia, 1960
17. Jon M. "Comportamiento del Pseudoquistepancreático en el Hospital Universitario General Calixto Garcia Iñiguez" Enero 2005-Abril 2008. Cuba 2008
18. Klingensmith Mary E. et al. Manual Washington de Cirugia. 6° edicion. USA. 2013: 340-341
19. Lerch MM, Stier A, Wahnschaffe U, Mayerle J. Pancreatic Pseudocysts, Observation, Endoscopic Drainage, or Resection? Dtsch Arztebl Int 2009; 106(38): 614–21.
20. Lyerly. "Tratado de patologia quirurgica de Sabbiston" 18va edicion. Editorial Elsevier. España 2009
21. Madden J. Atlas de Tecnicas en Cirugia. 2da edicion. 1975: 544
22. Mc Connell DB, et al. Pancreatic pseudocysts. Am J Surg 143: 599, 1982
23. Morgagni JB. De sedibus et causis morborum per anatomen indigatis.Paris 1821; 4: 86-123.
24. Parrilla P, Landa J. Manual de la Asociacion Española de Cirujanos. 2da edicion. Madrid. Editorial Medica Panamericana, 2010; 2vol: 762-764
25. Patiño J. Breve reseña histórica. En: Reyes y col., editores. Pancreatitis aguda y crónica. San José: LIL, 1992;3-5.

26. Pereda J, Gonzalez J. Pseudoquiste pancreático gigante. Rev. argent. radiol. [online]. 2011, 75(3):197-202. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185299922011000300006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1852-9992.
27. Pilchik W. "XXIV Congreso Argentino y Latinoamericano de Médicos Residentes de Cirugía General Relato Oficial: Estado Actual del Tratamiento de los Quistes y Pseudoquistes de Pancreas" Rev Argent Resid Cir. 2011; 16(1):6-20
28. Prochazka R, G Vidales, Villa-Gómez G, Illescas A, Pereira N. Neumoperitoneo Una tensión de Como Complicacion de Drenaje Transgástrico de Pseudoquiste pancreático Guiado por Ultrasonografía Endoscópica. Reporte de Caso Clínico y Revisión de la Literatura. Rev. Gastroenterol. Perú 2012; 32 (1)
29. Romero R. Tratado de Cirugía. octava ed. México. 2008; 2vol: 1431-1436
30. Rosemberg S, et al. Acute pancreatic pseudocysts: Incidence and implications. Ann Surg 184: 734, 1976
31. Sabiston D. Tratado de Patología Quirúrgica. 13va edicion. 1988: 1204-1207
32. Sabiston D. Tratado de Patología Quirúrgica. 16va edicion. 2003: 1295
33. Vosoghi M, Sial S, Garrett B, et al. EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage: review and experience at Harbor-UCLA Medical Center. Med Gen Med 2002; 4(3): 2.
34. Zinner M, Ashley S. "Maingot Operaciones Abdominales" 11ra edicion. Mc Graw Hill. Mexico 2012
35. Zuidema G, Yeo CJ. Shackelford. Cirugía del aparato digestivo. Volumen 3. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y
QUIRÚRGICAS DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA
DEL 2003 AL 2015**

**PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR:
MILUSKA LEONOR TICONA YERBA**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO - CIRUJANO**

AREQUIPA – PERÚ

2017

I. PREÁMBULO

El pseudoquiste pancreático se presenta como complicación en 6 a 18.5% de los episodios de pancreatitis aguda (33,28,19). Alrededor del 85% de los casos se resuelven espontáneamente. Sin embargo, los sintomáticos necesitan ser drenados (33,28). Su evolución puede ser hacia la resolución espontánea o la aparición de complicaciones locales, por lo que ameritaría tratamiento quirúrgico, el cual todavía es fuente de controversias (1). Esta patología es poco frecuente en nuestro medio.

Morgagni (1761) descubrió durante una autopsia el primer pseudoquiste de páncreas (7,25). Además realizó, en 1796, la primera descripción de un pseudoquiste de páncreas; (23,6) éste se define como una colección que contiene un líquido rico en amilasa, desarrollado a partir del páncreas, sin pared propia, estando constituida por los órganos vecinos de la transcavidad de los epiplones o bolsa omental menor. Bozeman en 1882 describió la primera operación de drenaje de un pseudoquiste (25,19,7).

Representa aproximadamente 75% de las lesiones quísticas del páncreas (35,14,7).

Se ha establecido que la mayor parte de los pseudoquistes es consecuencia de procesos de pancreatitis aguda complicada y que el siguiente factor importante en frecuencia son los traumatismos. Esta aseveración se ha formulado en razón de las estadísticas publicadas por Sankaran (30,29) y otros autores.

Los pseudoquistes son más comunes en los hombres que en las mujeres, pero esta frecuencia, que llega casi al doble, se explica por la mayor predominancia de alcoholismo en el sexo masculino. En los países latinoamericanos donde existe mucha enfermedad biliar litiásica, la incidencia de pseudoquiste después de cuadros de pancreatitis aguda complicada puede llegar al 20%. (29)

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la Incidencia y las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del Pseudoquiste Pancreático en el Servicio de Cirugía en el HRHD del 2003 al 2015?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Cirugía
- Línea: Pseudoquiste Pancreático

b) Análisis de Variables:

Características epidemiológicas personales

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Según historia clínica	Tiempo en años	Cuantitativo continuo
Género	Según características sexuales secundarias	Masculino/ Femenino	Cualitativo dicotómicas
Factores de riesgo	Según historia clínica	Pancreatitis aguda biliar Pancreatitis crónica Alcoholismo Traumatismo pancreático	Cuantitativo continuo

Características clínico -quirúrgicas

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Diagnóstico de pseudoquiste pancreático	Clínico (Síntomas y signos) Imagológico	Asintomático/Sintomático Si/no	Cualitativo
Tratamiento	Según el tipo de tratamiento	Tratamiento médico/quirúrgico	Cualitativo
Complicaciones Pre y post operatorias de pseudoquiste pancreático	Según historia clínica	Favorable/desfavorable	Cualitativo

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la incidencia del Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 - 2015?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas referidas a edad, género y factores de riesgo de las personas diagnosticadas con Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 - 2015?
3. ¿Cuál es el cuadro clínico y qué exámenes auxiliares se emplearon en los pacientes con el diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 - 2015?
4. ¿Cuál fue el tratamiento empleado en los pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 - 2015?
5. ¿Qué complicaciones pre y postoperatorias presentaron los pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 -2015?

d) Tipo de investigación: observacional, retrospectivo y documental

1.3. Justificación del problema:

La investigación sobre el estudio de pseudoquiste pancreático en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa entre el 2003 – 2015 es relevante, debido a la poca frecuencia y a los pocos trabajos de investigación efectuados en nuestro medio, es factible realizarlo porque se cuenta con ayuda de personal capacitado y asesores.

Es de interés social ya que del resultado de este trabajo de investigación, se podrá determinar la evolución y tratamiento médico o quirúrgico apropiado, para poder establecer un protocolo actualizado y a su vez poner el alcance esta tesis a los estudiantes de medicina, internos de medicina, residentes de cirugía y asistentes de la especialidad.

El presente estudio trata de averiguar la incidencia, frecuencia, y manejo del pseudoquiste pancreático. Este estudio ayudara en el diagnóstico y tratamiento apropiado de esta patología poco frecuente.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 GLOSARIO DE TÉRMINO

- Pseudoquiste pancreático: se denomina así a las colecciones del líquido, secundarias a un proceso inflamatorio pancreático que escapan de los conductillos del parénquima glandular localizados generalmente en el área retroperitoneal y que son rodeados por una membrana fibrosa. (23,6)
- Necrosis: significa muerte de tejido en el cuerpo y sucede por un suministro insuficiente de sangre al tejido, ya sea por lesión, irradiación o sustancias químicas. La necrosis es irreversible. (23,6)
- Colección líquida aguda: Ocurre tempranamente en el curso de una pancreatitis aguda y está localizada dentro o cerca del páncreas, y siempre hay un falta de tejido de granulación o fibroso. (23,6)

2.2 ASPECTOS HISTORICOS DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO

Morgagni en 1761 descubrió durante una autopsia el primer pseudoquiste de páncreas (25,7). Además realizó, en 1796, la primera descripción de un pseudoquiste de páncreas; (23,6) éste se define como una colección que contiene un líquido rico en amilasa, desarrollado a partir del páncreas, sin pared propia, estando constituida por los órganos vecinos de la transcavidad de los epiplones o bolsa omental menor.

Bozeman en 1882 describió la primera operación de drenaje de un pseudoquiste. (28,25,19,7).

El primero en emplear la cistogastrostomía fue Jedlicka, en 1923. En 1924, Jurasz efectuó la cistogastrostomía y, en el mismo año, Kerschner drenó un quiste de la cabeza del páncreas por la vía transduodenal (21).

Hahn, en 1926, fue el primero en emplear el yeyuno para drenar los pseudoquistes. Chesterman, de Inglaterra, informó haberlo usado en 1943, y creyó equivocadamente que esta era la primera vez que se efectuaba pancreatocistoyeyunostomía. En la actualidad, el método más empleado consiste en usar el yeyuno, sobre todo con anastomosis en “Y” de Roux (21).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

En la Argentina, su causa más frecuente es la pancreatitis aguda biliar. Alrededor del 5% de los ataques de pancreatitis aguda biliar originan un pseudoquiste, y esta cifra puede elevarse al 20% cuando solo se consideran los ataques graves. En cambio, los pseudoquistes crónicos son casi exclusivamente secundarios a una pancreatitis crónica alcohólica. Más del 80% de todos los quistes pancreáticos son pseudoquistes agudos o crónicos. (10)

Howard y Jordan (29,16) encontraron solo 151 casos de pseudoquistes en un promedio de 2 000,000 de admisiones hospitalarias; otros autores encuentran que el rango de frecuencia no sobrepasa a 3 por cada 100,000 admisiones en un hospital general. (30,29,2)

Cuando se analiza esta frecuencia en una población de pacientes con enfermedades pancreáticas, la incidencia se incrementó; así, Mc Conell (29,22) y colaboradores encontraron que podía haber pseudoquistes hasta en el 2% de una enfermedad pancreática, mientras que D´Egidio (29,9), encontró que esta cifra podía llegar al 3%.

Los pseudoquistes son más comunes en los hombres que en las mujeres, pero esta frecuencia, que llega casi al doble, se explica por la mayor predominancia de alcoholismo en el sexo masculino. En los países latinoamericanos donde existe mucha enfermedad biliar litiásica, la incidencia de pseudoquiste después de cuadros de pancreatitis aguda complicada puede llegar al 20%. (29)

2.4 ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA

Ocurre por escape de jugo pancreático desde el área inflamada o lesionada de la glándula pancreática, y su colección en el área peripancreática. La disrupción del conducto pancreático será secundaria a la necrosis que ocurre en la glándula. El sitio más común de este acumulo será en el espacio de la transcavidad de los epiplones. La respuesta inflamatoria evocada induce a la formación de los distintos componentes de la pared del quiste, entre ellos tejido de granulación y vasos sanguíneos, con la organización de tejido conectivo y fibrosis. La cavidad quística contiene líquido enzimático y tejido necrótico. El segundo mecanismo propuesto ocurre en la pancreatitis crónica, por obstrucción del conducto con dilatación sacular del mismo ya sea por litiasis, cicatrices fibrosas, espesamiento de proteínas, ocasionando perforación del conducto y escape del jugo pancreático. (3,7,34,35)

2.5 CORRELACIONES CLINICAS PATOLOGICAS

Un cuadro clínico típico de los enfermos con pseudoquiste del páncreas incluye dolor abdominal, con sensación de saciedad temprana, náuseas y vómitos consecutivos a la obstrucción gastroduodenal originada por el efecto de masa del pseudoquiste. Son menos frecuentes el prurito y la ictericia consecutivos a la obstrucción del colédoco, sangrado de varices esofágicas por la obstrucción de la vena esplénica o porta, signos de septicemia por infección de pseudoquiste y presencia de hemorragia intra-abdominal consecutivo al sangrado de un pseudoaneurisma de los vasos de vísceras adyacentes. (32)

Los pseudoquistes pancreáticos se clasifican según D'Egidio y Schein (1991) en 3 tipos en base a la enfermedad subyacente, la anatomía ductal y la presencia de comunicación entre ducto y pseudoquiste pancreático (24):

- a. Tipo I o pseudoquiste agudo postnecrótico: se desarrolla tras un episodio de pancreatitis aguda, con anatomía ductal normal y sin comunicación ducto-pseudoquiste.
- b. Tipo II o pseudoquiste postnecrótico: se desarrolla tras una pancreatitis aguda, aislada o en el contexto de una pancreatitis crónica, evidenciándose anomalías ductales pero no estenosis, con comunicación ducto-pseudoquiste.
- c. Tipo III o pseudoquiste de retención: típico de la pancreatitis crónica, asociado a estenosis ductales y comunicaciones ducto-pseudoquiste.

2.6 ETIOLOGIA DEL PSEUDOQUISTE PANCREATICO

El Pseudoquiste pancreatico es una complicación de la pancreatitis aguda de cualquier etiología. (10)

Se ha establecido que la mayor parte de los pseudoquistes es consecuencia de procesos de pancreatitis aguda complicada y que el siguiente factor importante en frecuencia son los traumatismos. Esta aseveración se ha formulado en razón de las estadísticas publicadas por Sankaran (30) y otros autores.

Cuando se efectúa un análisis de estas casuísticas, se ve que los factores etiológicos más importantes que desencadenan una pancreatitis son los problemas relacionados con la litiasis y el alcoholismo, aunque existen otras causas, más raras, como la hiperlipidemia congénita, reacciones a fármacos e hipertiroidismo. (29)

En la casuística de Sankaran (30,29), el alcoholismo estuvo asociado con el pseudoquiste del páncreas en el 72% de los casos, mientras que los problemas del conducto biliar representaron solo el 17% y los traumatismos el 10%. En la serie de Bradley (2) la asociación con alcoholismo llega al 83% y en la experiencia del autor, el alcoholismo agudo asociado a enfermedad biliar fueron dos veces más frecuentes que los problemas litíasicos biliares.

2.7 CARACTERISTICAS CLINICAS

Si bien en muchos casos el Pseudoquiste es totalmente asintomático, el síntoma más frecuente es el dolor o “molestia” abdominal epigástrica más frecuentemente irradiada hacia hipocondrio izquierdo. Suele agravarse con la ingesta alimenticia por lo que se asocian a anorexia y pérdida de peso. (24)

La exploración física de estos enfermos suele ser normal salvo que el pseudoquiste sea gigante, en cuyo caso podrá palparse una masa blanda, regular y bien delimitada que se desplaza con la respiración. (24)

Debe sospecharse la presencia de un pseudoquiste si un episodio de pancreatitis aguda no termina de resolverse con amilasemias persistentemente elevadas, o si el paciente refiere dolor o se palpa una masa epigástrica tras la resolución de una pancreatitis aguda. (24)

Cuando el paciente está recuperándose de una crisis de pancreatitis aguda y refiere aumento del dolor abdominal o presenta náuseas y vómitos debe pensarse que está desarrollándose un pseudoquiste. A su vez puede presentar ictericia, fiebre y cierta alteración del estado general. (29)

2.8 DIAGNOSTICO DE PSEUDOQUISTE PANCRATICO

Se debe sospechar de Pseudoquiste cuando:

1. Falla en la resolución de la pancreatitis a pesar del tratamiento
2. Persistencia de altos niveles de amilasa sérica a pesar del tratamiento
3. Persiste el dolor abdominal luego de la resolución de la pancreatitis aguda.
4. Masa epigástrica se palpe luego de un episodio de pancreatitis aguda o trauma.

No hay disponible ningún resultado de laboratorio definitivo para establecer un diagnóstico de pseudoquiste pancreático. En un 50% pueden estar elevadas la amilasa y lipasa séricas. Unos pocos pacientes con pseudoquiste tienen leucocitosis leve, otros tienen pruebas de función hepáticas elevadas, que en ocasiones indican compresión del árbol biliar. (7,34,35)

- **La ecografía**, debido a su disponibilidad e inocuidad, es la primera técnica que se suele emplear aunque solo permite explorar el 80% de la glándula y posee importantes limitaciones en pseudoquistes pequeños <2cm. (24)
- **La tomografía**, es la mejor técnica en la evaluación de los pseudoquistes debido a su alta sensibilidad (82%-100%) y especificidad (98%). Además, permite conocer las relaciones anatómicas del Pseudoquiste, en especial la relación del pseudoquiste con los vasos digestivos, así como la presencia de restos necróticos intra-pseudoquiste, lo que es una ayuda inestimable a la hora de planear el tratamiento. (24).

Los hallazgos del examen con tomografía que determina el pronóstico incluye lo siguiente: a) los pseudoquistes menores de 4cm por lo regular se resuelve de manera espontánea, b) los pseudoquistes con calcificaciones en la pared por lo general no se resuelven y c) los pseudoquistes con paredes gruesas son resistentes a la resolución espontánea. (18)

- **La CPRE** posee un valor tanto diagnóstico como terapéutico. Si bien no proporciona mucha información respecto al Pseudoquiste en sí, nos ayuda a delinear la anatomía ductal y biliar, así como la presencia de comunicaciones ducto-pseudoquiste, ambos datos claves a la hora de elegir la terapia más adecuada. De hecho, algunos autores comunican que los datos proporcionados por la CPRE obligan a cambiar el tratamiento en hasta un 32% de los casos. Todo esto hace que muchos autores consideren a la CPRE como indispensable en la evaluación preoperatoria de estos enfermos. A pesar de ello hemos de tener en cuenta que no es una técnica inocua pues se asocia a importantes complicaciones (pancreatitis, infección del Pseudoquiste, etc). (24)
- **La resonancia magnética** cada vez es más usada debido a su escasa invasividad en comparación con la CPRE. Sin embargo, no posee la capacidad terapéutica de esta última y tiene una escasa capacidad de identificar una comunicación ducto-pseudoquiste salvo que esta sea muy grande. (24)

2.9 COMPLICACIONES

En el estudio de Bradley, las complicaciones se registraron en el 21% de los pacientes con seis semanas de evolución después de haber realizado el diagnóstico de Pseudoquiste del páncreas; pero la cifra aumenta al 57% después de seis semanas de evolución. (5)

Las principales complicaciones de los pseudoquistes son la infección, la hemorragia, la rotura, la ascitis pancreática y la obstrucción. (29)

Aproximadamente un 10% de los pseudoquistes se infectan, estableciéndose el diagnóstico por la combinación de un estado séptico del paciente y la presencia de un nivel hidroaéreo o burbujas intra-pseudoquiste en la tomografía computarizada. El tratamiento de elección es el drenaje percutáneo, con tasas de éxito del 85%. (29)

La hemorragia es una complicación temible y ocurre en un 5-10% de los casos. Se debe a la erosión de vasos en la pared del pseudoquiste, más frecuentemente la arteria esplénica, que se debilitan dando lugar a pseudoaneurismas que acaban por romperse, lo que da lugar a hemorragias digestivas, las más frecuentes; intraquísticas; e incluso pancreáticas (“*hemosuccus pancreaticus*”). El diagnóstico se hace mediante tomografía computarizada con contraste intravenoso que permite identificar tanto el pseudoaneurisma como el punto de sangrado, aunque es la angiografía la que identifica con precisión el vaso sangrante permitiendo la embolización del mismo. La cirugía debe indicarse en caso de fracaso de esta técnica, mediante la ligadura distal y proximal del vaso sangrante más drenaje del pseudoquiste o incluso mediante la pancreatomectomía corporocaudal en caso de sangrado en esta localización. (29) La causa mayor de mortalidad es la hemorragia, por lo común debido a rotura de un pseudoaneurisma. (31,15) Frey y colaboradores señalaron una incidencia de 10% de pseudoaneurismas asociados con pseudoquistes, y recomendaron el empleo sistemático de angiografía preoperatoria. (31,11)

Otra de las complicaciones reportadas con alto porcentaje de mortalidad es la ruptura del Pseudoquiste del páncreas hacia la cavidad pleural o abdominal. (5) La rotura del pseudoquiste es muy infrecuente (3% de los casos), siendo sus manifestaciones clínicas muy variables en función de hacia donde se establezca la rotura. Una rotura

intraabdominal provoca un dolor abdominal súbito con una intensa peritonitis que precisa de cirugía. Si por el contrario se rompe a tubo digestivo, drenara espontáneamente resolviéndose. (29)

La ascitis pancreática se caracteriza por la presencia de jugo pancreático intraabdominal secundario a la rotura espontáneamente del pseudoquiste (70%) o del ducto (10-20%). Por el contrario, la fistula pancreática con origen en un pseudoquiste suele ser secundaria a drenajes externos percutáneos. Ambos cuadros se tratan medicamente con dieta absoluta más octeotrido. Solo si tras 2-3 semanas de tratamiento el cuadro persiste, sería preciso el tratamiento quirúrgico. (29)

Se han comunicado también casos de obstrucciones extradiigestivas: uréter; cava inferior, con edema de miembros inferiores; vena porta, dando lugar a hipertensión portal y varices; o vena esplénica, generando una hipertensión portal *sinistra*. Una complicación que se ve con cierta frecuencia (10%) es la compresión de la vía biliar, que se manifiesta como ictericia.

Complicaciones de pseudoquistes no tratados:

- A. Infección
 - 1. Infección secundaria que origina absceso
- B. Obstrucción
 - 1. Tubo digestivo
 - a. Estomago
 - b. Duodeno
 - c. Yeyuno
 - d. Colon
 - 2. Colédoco
- C. Rotura
 - 1. Cavidad peritoneal libre
 - a. Aguda: peritonitis
 - b. Crónica: ascitis pancreática
 - 2. Transentérica
 - 3. Intrapleural

4. Órganos vecinos (hígado, bazo)

D. Hemorragia

1. Varices esofagogástricas secundarias a obstrucción en las venas porta o esplénica
2. Hemorragia de la mucosa contigua del tubo digestivo
3. Intraquística (pseudoaneurisma)
 - a. Rotura hacia el conducto de Wirsung con hemorragia gastrointestinal masiva por la ampolla de Vater
 - b. Erosión hacia un conducto hepático con la consiguiente hemobilia
 - c. Rotura hacia la cavidad peritoneal libre (hemoperitoneo)

2.10 TRATAMIENTO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Hoy en día se tiende a una vigilancia estrecha y a indicar el tratamiento cuando el pseudoquiste perpetúa los síntomas, crece o se complica. El drenaje de los pseudoquistes puede ser quirúrgico, percutáneo o endoscópico. Antiguamente el tratamiento quirúrgico abierto era considerado el “gold standard”, aunque no estaba exento de una importante morbimortalidad. (12)

En la actualidad se tiende a realizar tratamientos mínimamente invasivos, surgiendo así la necesidad de incorporar las técnicas laparoscópicas y endoscópicas en el tratamiento. (12)

El objetivo del tratamiento apunta a tres aspectos fundamentales: remoción completa de la necrosis asociada, prevención de hemorragia y de fistulas pancreáticas y evitar las recurrencias. Para ello existen las siguientes posibilidades. (35,7)

PROCEDIMIENTOS RADIOQUIRÚRGICOS

Existen dos posibilidades: aspiración simple bajo control radioscópico, ecográfico o tomográfico, y el drenaje percutáneo.

La aspiración simple intenta evacuar el pseudoquiste y colapsar las paredes. Entre el 40 al 60% de los pseudoquistes que tienen comunicación ductal, lo que provoca el

relleno en cortos plazos. La recurrencia es de un 80-90% y en más de la mitad de los casos no se consigue evacuarlos totalmente. (7,17,27,35)

El drenaje percutáneo tiene mejores resultados con tasas de resolución de 70%, una recurrencia del 7% y una tasa de complicaciones menor al 15%. La complicación más frecuente es la infección secundaria a la introducción del catéter (10%). Otras complicaciones son: desplazamiento y obstrucción del catéter, celulitis en el sitio de punción, perforación de órganos vecinos, y sangrado (7,27,35)

Según Balthazar el drenaje percutáneo tiene sus principales indicaciones en los quistes inmaduros que aumentan rápidamente de tamaño o en los infectados, en pacientes pediátricos, en aquellos que rechazan la cirugía o en aquellos con alto riesgo quirúrgico. (27)

Está contraindicado en las obstrucciones confirmadas del Wirsung cuya consecuencia sería una fistula pancreática externa. (34)

PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Se describen los drenajes transpapilares y transentéricos. Para los primeros es necesaria la comunicación del pseudoquiste con el conducto pancreático principal. Algunas series refieren un éxito del 84% con un índice de recurrencia menor al 10% y tasa de complicaciones de hasta un 12%. (4,27)

Las complicaciones más frecuentes son la reagudización de la pancreatitis y la infección del pseudoquiste. En más de la mitad de los casos tratados por este método se presentaron estenosis del conducto pancreático similares a la provocada por la pancreatitis crónica. (27)

La quistogastrostomía o la quistoduodenostomía son técnicas muy útiles que requieren de endoscopistas de gran experiencia. Este abordaje se ha desarrollado en forma paralela al laparoscópico. La anastomosis resultante será de entre 1 y 1,5 cm y se acompañan de un alto porcentaje de éxitos que varían del 65 al 100% de los casos. No obstante el procedimiento no está exento de riesgos y complicaciones entre las cuales la hemorragia y la perforación son las más frecuentes entre el 4-8%, y la

recurrencia en hasta un 20% de los casos. La utilización de stents tampoco está libre de problemas y la evacuación inadecuada de necrosis es causa de infección. (17,27)

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Estos procedimientos son considerados el Gold Standard para el tratamiento de los pseudoquistes de páncreas. Son tres los principios básicos que acompañan al tratamiento quirúrgico: tratar la alteración del ducto pancreático, biopsiar la pared del pseudoquiste y extraer detritus y restos necróticos de su interior. (27)

Drenaje externo: está indicado en los pseudoquistes infectados y en los que requieren intervención y sus paredes no están maduras. Los índices informados de recurrencia rondan el 20% al igual que el índice de fistulas pancreáticas. (7,17,27,35)

Drenaje interno: es el tratamiento de elección en pseudoquistes no complicados, con pared madura que se desarrollan en un plazo de 6 semanas desde el momento del diagnóstico. Se establece como parámetro ideal del tratamiento a los quistes de más de 6 cm de diámetro, con paredes de 6 mm de espesor con 6 semanas de evolución.

La técnica consiste en establecer una fistula entre el quiste y el tubo digestivo siendo los sitios más utilizados, el estómago y el yeyuno. (7,27,34,35)

Los procedimientos quirúrgicos más utilizadas son la cistogastroanastomosis, cistoduodenoanastomosis, cistoyeyunoanastomosis, procedimientos resectivos e incluso el drenaje externo, ya sea mediante cirugía abierta o con cirugía de mínima invasión. (17,20,27)

1. **Cistogastrostomía (Jedlicka o Jurasz):** anastomosis a la pared posterior del estómago.
 - I. En los pseudoquistes muy grandes o adheridos a la pared posterior del estomago
 - II. Cuando la pared posterior del estómago forma la pared anterior del pseudoquiste.
2. **Cistoduodenostomía (Kerschner):** en los grandes quistes entre hígado y cabeza de páncreas.

3. **Cistoyeyunostomía (Henle-Ducombe):** anastomosis del quiste a extremo de asa yeyunal en “Y” de Roux. En los pseudoquistes no adheridos a la pared posterior del estómago en cualquier localización pancreática.

Los procedimientos de resección se realizan en el 11% de los pseudoquistes, la pancreatoduodenectomía y la pancreatectomía distal también pueden ser realizadas. La cirugía laparoscópica se ha posicionado como una alternativa importante para este tratamiento, por la posibilidad de realizar las derivaciones internas por esta vía. (27)

La técnica más difundida de derivación cistogástrica es el abordaje anterior que consiste en realizar una gastrostomía en la pared anterior e incidir la pared posterior con electrobisturí en la zona de protrusión del pseudoquiste. El cierre de la pared anterior se puede realizar con sutura mecánica o con sutura manual intracorpórea.

Una modificación es la propuesta por Park y Morino quienes proponen la cistogastrostomía posterior. Exponen el quiste en la retrocavidad de los epiplones y realizan la apertura de la pared del quiste y la pared posterior del estómago y realizan la anastomosis latero-lateral con sutura mecánica. (17,27,34)

La anastomosis cistoyeyunal es de elección en los quistes gigantes (más de 10-15 cm) ya que la anastomosis debe ser realizada en el sitio más declive y que asegure el mejor drenaje. En general y en comparación con las cistogastroanastomosis los informes de derivaciones cistoyeyunales son pocos. (7,34,35)

El éxito del abordaje laparoscópico se debe, fundamentalmente a las posibilidades que otorga de efectuar una boca anastomótica satisfactoria (entre 4 a 5 cm) y a la factibilidad técnica de efectuar un debridamiento de la necrosis pancreática y peripancreática. Por estas razones y porque reproduce fielmente lo realizado por la cirugía convencional es considerado como el mejor tratamiento. (27)

La cistoyeyunostomía realizada con la ayuda de la ecografía translaparoscópica ofrece mayores garantías ya que no solo permite identificar el sitio más declive sino que permite evaluar el monto de necrosis. (7,27,35)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel nacional

3.1. **Autor:** Ricardo Prochazka Zárata; Gustavo Vidales Mostajo; Guido Villa-Gómez Roig; Alejandro Illescas Castellanos; Nelson Pereira Robles.

Título: “Neumoperitoneo a tensión como complicación de Drenaje transgástrico de pseudoquiste pancreático guiado por Ultrasonografía endoscópica. Reporte de caso clínico y Revisión de la Literatura”

Resumen: El pseudoquiste pancreático (PQP) está presente como complicación en algunos casos de pancreatitis. Siendo el drenaje endoscópico una de las alternativas de tratamiento, con limitaciones cuando no existe compresión claramente identificable sobre el estómago o duodeno, o cuando hay hipertensión portal. La ultrasonografía endoscópica (USE) permite el abordaje guiado en casos en que la compresión extrínseca es menos evidente o inexistente sobre estos órganos, y contribuye además a evitar la lesión de vasos durante la punción. Las complicaciones más frecuentes relacionadas con la cistogastrotomía (CGE) o cistoduodenostomía endoscópica (CDE), son sangrado, neumoperitoneo, migración u obstrucción de prótesis, e infección.

Cita Vancouver: Prochazka R, G Vidales, Villa-Gómez G, et al. Neumoperitoneo a tensión como complicación de Drenaje transgástrico de pseudoquiste pancreático guiado por Ultrasonografía endoscópica. Reporte de caso clínico y Revisión de la Literatura. *Rev. Gastroenterol. Perú.* 2012; 32(1):88-93. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292012000100013&script=sci_arttext

3.2. **Autor:** Daniel Alberto Godoy Martínez

Título: “Tratamiento percutáneo del pseudoquiste pancreático Post pancreatitis aguda grave”

Resumen: Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones originadas por la licuefacción de la necrosis después de una pancreatitis aguda grave. Actualmente la Radiología Intervencionista cuenta con tratamientos percutáneos para el pseudoquiste pancreático. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste pancreático post pancreatitis aguda grave durante el periodo del junio 2000 –diciembre 2003, en el

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud. Unidad de Radiología Vascular e Intervencionista. Fueron 24 pacientes con antecedente de litiasis vesicular (75%), Baltazar D (54.2%), necrosis pancreática mayor del 50% (75%), pseudoquistes pancreáticos gigantes (10 cm.) (62.5 %) y localizados preferentemente en cuerpo y cola (41.6%). Todos los drenajes percutáneos fueron con guía ecográfica, por vía transparietal (77.7%) y transgástrica (22.3%). La mayor complicación fue dolor leve (37.5%), con resolución completa en 66.6% y recidiva en 25%. Mejor resolución en pseudoquistes mayores de 10 cm. El drenaje percutáneo se realiza en pseudoquiste pancreático sintomático, mayor de 10 cm, antecedente de cirugía peripancreática, alto riesgo quirúrgico o aquellos que rechazan la cirugía. Es un procedimiento terapéutico del pseudoquiste pancreático. Éxito en 66.6%. La ecografía es una guía segura y confiable para el drenaje percutáneo de pseudoquiste pancreático post pancreatitis aguda grave siendo un procedimiento mínimamente invasivo, seguro, sin complicaciones y con posibilidad de reintervención. Es un método terapéutico de primera opción en pseudoquistes pancreáticos post pancreatitis aguda grave, no infectados y mayores de 10cm.

Cita Vancouver: Godoy Daniel A. Tratamiento percutáneo del pseudoquiste pancreático Post pancreatitis aguda grave. Perú 2004:53. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1960/1/Godoy_md.pdf

A nivel internacional

3.3. **Autor:** Zussy Julieta Castillo Gutierrez

Título: “Incidencia de pseudoquiste pancreático y sus complicaciones en Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2011-2014”

Resumen: La Pancreatitis Aguda es una de las enfermedades más frecuentes que llega a la Emergencia del Hospital Universitario de Guayaquil (HUG-MSP) y una de sus complicaciones es el Pseudoquiste Pancreático, el cual bajo un buen diagnóstico mediante Imágenes y una actuación temprana tiene una resolución médica, sin embargo bajo un diagnóstico tardío va a ser necesaria intervención quirúrgica. Este proyecto realiza un estudio retrospectivo en el HUG-MSP basado en el análisis de casos presentados de Pseudoquiste Pancreático su incidencia y sus complicaciones en los casos

que se presentaron, incluyen un análisis de la mortalidad que se dio, mediante la revisión de las historias clínicas facilitadas para la investigación, el cual dio como resultados datos muy parecidos a la Estadística internacional así como datos sugestivos de alguna falla en la cascada diagnóstica por datos observados de mortalidad más elevada de lo esperado.

Cita Vancouver: Castillo Zussy J. Incidencia de pseudoquistes pancreáticos y sus complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil PERIODO 2011-2014. Ecuador 2015. Ver más en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10750#sthash.2AyjhOiw.dpuf>.

3.4. **Autor:** Beatriz Delgado, Jesús Romero Guarecuco, Carlos Alberto Carrillo, Natascha Gómez Sobi

Título: “Pseudoquiste Pancreático: Análisis de una serie”

Resumen: Los pseudoquistes forman aproximadamente el 75% de todas las estructuras quísticas del páncreas, la causa más frecuente es la pancreatitis aguda, grave o necrosante y los traumatismos pancreáticos, su localización es principalmente corpocaudal en más del 60% de los casos. El presente estudio permitió evaluar la experiencia en el manejo médico – quirúrgico de esta patología. Se revisó una serie de 18 casos de pacientes con Pseudoquiste Pancreático diagnosticados y tratados en el periodo comprendido entre 1973 y 2002 sobre un total de 285 pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda. Se encontró que el 100% de los pacientes presentó dolor abdominal, la localización más frecuente fue en cuerpo de páncreas en 10 pacientes (55,5%), el 50% de los pacientes recibió tratamiento médico y el otro 50% tratamiento quirúrgico. Se concluye que cada vez más se refuerza la teoría conservadora para los Pseudoquistes mayores de 6 cm. asintomático

Cita Vancouver: Delgado B, Romero J, Carrillo C, Gómez N. Pseudoquiste pancreático: Análisis De Una serie. VITAE. Octubre - Diciembre de 2006; (N ° 29). Disponible en: <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=14&n=300>.

3.5. **Autor:** Javier Pereda Rodríguez, Javier González Llorente.

Título: “Pseudoquiste pancreático gigante”

Resumen: Presentamos el caso de un hombre de 54 años de edad que acude a Urgencias con historia previa de dolor abdominal de cuatro semanas de evolución, pérdida de peso de 3 Kg y la presencia de una masa epigástrica palpable. En la radiografía convencional de abdomen se observó la presencia de una masa ocupante de espacio a nivel del epigastrio. El estudio ecográfico mostró una gran masa quística en la región epigástrica, que comprimía el estómago y desplazaba el colon transversal en sentido caudal, sugestiva de pseudoquiste pancreático. Éste fue demostrado en el estudio tomográfico. Se realizó una revisión bibliográfica de los hallazgos de imagen específicos y su diagnóstico diferencial. El conocimiento de esta entidad, así como de sus características ecográficas y topográficas, permite el diagnóstico y tratamiento precoz, evitando procedimientos invasivos.

Cita Vancouver: Pereda J, Gonzalez J. Pseudoquiste pancreático gigante. Rev. Argent. radiol. [online].2011,75(3):197-202. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185299922011000300006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1852-9992.

3.6. **Autor:** Miguel Ángel Cruz Salinas, José A Manjarrez Cuenca, Marco A González Acosta, Hipólito Santiago Cruz, Ignacio Esquivel Ledesma, Yoeli M Escandón Espinoza, Herman Vásquez Guerra, Ileana Mondragón Moreno.

Título: “Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático”

Resumen: El pseudoquiste pancreático suele ser una acumulación de líquido casi siempre estéril, el cual 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. Existen entre las opciones de tratamiento el drenaje percutáneo, drenaje endoscópico, drenaje endoscópico transpapilar y drenaje quirúrgico. Se reportó el caso de un paciente de 59 años de edad, al cual se le realizó una ultrasonografía y una TAC se le detectó en el páncreas una lesión quística de 14.5 x 9 cm. Se realizó una cistogastroanastomosis como tratamiento.

Cita Vancouver: Cruz MA, Manjarrez J, González M, et al. Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011; 16(4):256-259. <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq1141.pdf>.

4. OBJETIVOS:

4.1 General:

¿Cuál es la relación entre Incidencia y características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de Pseudoquiste Pancreático en el Servicio de Cirugía en el HRHD del 2003 – 2015?

4.2 Específicos:

- 1) ¿Cuál es la incidencia del Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 - 2015?
- 2) ¿Cuáles son las características epidemiológicas referidas a edad, género y factores de riesgo de las personas diagnosticadas con Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 - 2015?
- 3) ¿Cuál es el cuadro clínico y qué exámenes auxiliares se emplearon en los pacientes con el diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 - 2015?
- 4) ¿Cuál fue el tratamiento empleado en los pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 - 2015?
- 5) ¿Qué complicaciones pre y postoperatorias presentaron los pacientes con diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático en el HRHD del 2003 -2015?

5. HIPÓTESIS:

Existe una relación entre Incidencia y características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de Pseudoquiste Pancreático en el Servicio de Cirugía en el HRHD del 2003 – 2015

No Existe una relación entre Incidencia y características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de Pseudoquiste Pancreático en el Servicio de Cirugía en el HRHD del 2003 – 2015

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: observación documental

Instrumentos: historia clínica

Materiales: papel, laptop, impresora

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: HRHD

2.2. Ubicación temporal: 2003-2015

2.3. Unidades de estudio: Pseudoquistes pancreático

2.4. Población:

Muestra: total de la población ingresada en el HRHD en el periodo del 2003 - 2015

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización:

Dictamen del comité de ética

Planteamiento del proyecto y permiso del director del HRHD

Recojo de información en la unidad de estadística

3.2. Recursos

a) Humanos: el autor, el asesor

b) Estadístico

c) Financieros: financiado por el autor

3.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento:

Para la recolección de datos se revisara las historias clínicas de los pacientes.

Análisis de frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas y relación de las variables

IV. Cronograma de Trabajo

ACTIVIDADES	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
Identificación del problema																				
Identificación del instrumento																				
Búsqueda bibliográfica																				
Elaboración del proyecto																				
Recolección de datos																				
Presentación de resultados																				

Fecha de inicio: 15 de octubre 2016

Fecha probable de término: 28 de febrero 2016

ANEXOS

ANEXO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y
QUIRÚRGICAS DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DEL 2003 AL
2015**

- N° de historia clínica: _____
- Fecha de ingreso: _____
- Fecha de egreso: _____
- Edad: _____
- Sexo: Femenino () Masculino ()

FACTORES DE RIESGO:

- Pancreatitis aguda biliar ()
- Pancreatitis crónica ()
- Alcoholismo ()
- Traumatismo pancreático ()
- Otros ()

SÍNTOMAS Y SIGNOS:

- Dolor abdominal ()
- Náuseas/Vómitos ()
- Masa palpable ()
- Fiebre ()
- Hiporexia ()
- Ictericia ()
- Disminución de peso ()

HALLAZGOS LABORATORIALES:

- Leucocitosis ()
- Hiperamilasemia ()
- Hiperglicemia ()
- Fosfatasa alcalina elevada ()
- Otros ()

ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS:

- | | | | |
|----------------------------|-----|--------------------|-----|
| - Ecográficos | () | - Endoscopia | () |
| - Tomográficos | () | - CPRE | () |
| - Ecográfico, tomográficos | () | - No se le realizó | () |

TRATAMIENTO REALIZADO:

- Endoscópico _____
- Cirugía convencional _____
- Laparoscópico _____
- No se le realizó _____

COMPLICACIONES PRE O POSTOPERATORIAS: SI NO

Describir en caso positivo _____

RESOLUCIÓN DEL EVENTO (ALTA)

- Alta médica ()
- Fallecido ()

