

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD "GENERAL CALIXTO GARCÍA IÑIGUEZ"
HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL CALIXTO GARCIA IÑIGUEZ

TÍTULO:
*COMPORTAMIENTO DEL PSEUDOQUISTE
PANCREÁTICO EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO
"GENERAL CALIXTO GARCÍA IÑIGUEZ"
ENERO 2005- ABRIL 2008*

Autor: Dr. Martín Jon Iglesias.

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Residente 4to año en Cirugía General

Tutor: Dr. Jorge Eduardo Frías Espinosa

Especialista de I Grado en Cirugía General

Profesor Instructor

TRABAJO DE TERMINACIÓN DE RESIDENCIA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA DE I GRADO EN CIRUGÍA GENERAL

Ciudad de la Habana.

2008

"El mejor médico será siempre aquél más consciente de las limitaciones de su arte o sus medios y por ende, más capaz de amoldar los recursos disponibles a las circunstancias existentes".

JOWETT

DEDICATORIA

A mis padres por su enseñanza.

A mi esposa.

A todos aquellos que hicieron mi sueño realidad.

AGRADECIMIENTOS

En el transcurso de estos 4 años hubo muchas personas sin las cuales no hubiera sido posible culminar este gran sueño de mi vida, el llegar un día a ser Cirujano General, mis compañeros de grupo básico, residentes antiguos y actuales, especialistas y profesores que cada día dieron un poquito de si para contribuir en mi formación como especialista y como médico.

Debo agradecer a mi tutor, profesor y amigo Dr. Jorge Frías Espinosa quien incansablemente durante cada día sirvió de ejemplo y guía.

Al Profesor Dr. Abigail Cruz Gómez quien guió mis pasos desde el primer día como alumno ayudante y luego como residente.

Al Dr. Raúl Rodríguez, Dra. Liliana Meléndez, Dra. Mayté Otero, Dr. Cristóbal Díaz, Dra. Isabel Rojas, al Dr. Rolando Garrido y a todo el servicio de Cirugía General de nuestro hospital quiénes de un manera u otra contribuyeron para llegar al fin de este anhelado sueño.

A todos los mencionados y los que omití sin intención alguna, **GRACIAS** por darme su apoyo en todo momento y permitirme ser parte de ese gran colectivo que es el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "General Calixto García".

RESUMEN

Con el objetivo de caracterizar el comportamiento del pseudoquiste pancreático en el Hospital Universitario General Calixto García, se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en el que fueron analizados los expedientes de todos los pacientes con esta entidad atendidos entre el 1ro de Enero de 2004 y el 30 de Abril del 2008. Se revisaron datos clínicos, de laboratorio e imagenológicos (radiográficos ultrasonográficos y endoscópicos), así como tratamiento y evolución. Se encontraron 24 casos, 18 hombres (75%) y 6 mujeres (25%). El cuadro clínico se caracterizó por dolor (79.1 %), presencia de masa tumoral en abdomen (66.6%) e ictericia (8.3%). Los estudios de laboratorio demostraron amilasa y fosfatasa alcalina elevada. Los estudios imagenológicos incluyeron ultrasonido abdominal, tomografía axial, serie esofagogastroduodenal, CPRE y panendoscopia. El tratamiento fue quirúrgico en la totalidad de los pacientes, 19 por cirugía convencional y el resto por vía endoscópica. Los procedimientos de tratamiento más utilizados fueron: 13 cistoyeyunoanastomosis en "Y" de Roux, 3 pancreatectomía distales y por vía endoscópica la colocación de drenaje con endoprótesis transpapilar. Hubo 1 fallecido por dehiscencia de sutura y peritonitis secundaria.

Palabras clave: Pseudoquiste del páncreas, cistoyeyunoanastomosis, cistogastroanastomosis.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.	7
OBJETIVOS.	18
MATERIAL Y MÉTODO.	19
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	24
CONCLUSIONES.	35
RECOMENDACIONES.	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	37
ANEXOS.	43

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste del páncreas es una colección de jugo pancreático rico en enzimas, ocasionado por la ruptura de los conductos pancreáticos como resultado de la inflamación del órgano. Las colecciones que se forman cercanas al episodio agudo de pancreatitis generalmente se resuelven espontáneamente. Un porcentaje de estas (10 a 15%) pueden persistir por más de tres semanas, desarrollar una cápsula o pared y formar un pseudoquiste del páncreas. ^(1,2,3)

Los pseudoquistes pancreáticos también se desarrollan generalmente después de una exacerbación de pancreatitis crónica y/o como consecuencia de un trauma sobre el órgano.

En 1761 Morgagni realiza la primera descripción de un pseudoquiste pancreático, desde entonces diversos han sido los métodos empleados para el tratamiento de esta entidad, que anteriormente se creía de escasa ocurrencia, pero que con el advenimiento de los estudios imagenológicos avanzados como la ultrasonografía y la tomografía, se ha logrado demostrar que su frecuencia es mucho mayor, llegando a estar presente en cerca del 10% de los casos de pancreatitis, siendo los estos las lesiones quísticas de mayor ocurrencia en el páncreas. ^(2,4,5,6,7,8)

Los pseudoquistes del páncreas son una complicación asociada a la pancreatitis que se presenta con una frecuencia del 1% al 15% de los casos. ^(2,9,10)

Se describen varios mecanismos de producción de los mismos:

1. Aumento de la presión por obstrucción ductal por cálculos, moco o fibrosis, con perforación secundaria y extravasación del contenido dentro o cerca del páncreas.
2. Secundario a inflamación activa o necrosis grasa.

El factor etiológico relacionado que con mayor frecuencia se reporta es la ingesta de alcohol, lo que se registra en 59% a 78% de los casos ⁽³⁾, el antecedente de traumatismo se reporta en la literatura en 11% de los casos, la litiasis biliar de 3,5 a 15%. ⁽⁵⁾

La presencia del pseudoquiste pancreático puede tener complicaciones como son: infección, obstrucción intestinal y de la vía biliar, sangrado y ruptura, entre otros. De ahí la importancia de un tratamiento adecuado y específico para cada paciente.

D'Egidio y Schein ⁽⁴⁾ proponen una clasificación basada en anomalías del conducto pancreático:

Tipo I ó pseudoquiste del páncreas secundario a un cuadro agudo postnecrótico. Están asociados a anatomía normal del conducto y raramente existe comunicación del pseudoquiste con el conducto pancreático.

Tipo II ó pseudoquiste del páncreas posterior a un cuadro postnecrótico de una pancreatitis aguda o crónica. El conducto pancreático está alterado pero no estenosado y a menudo existe comunicación del pseudoquiste con el conducto.

Tipo III definido como pseudoquiste del páncreas retenido. Ocurre asociado a pancreatitis crónica y está cursa con estenosis del conducto y comunicación de éste con el pseudoquiste.

Características	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Sinónimo:	Post agudo	Post agudo sobre crónico	Retención
Pancreatitis aguda previa:	Sí	Sí	No
Morfología del conducto pancreático	Normal	Anormal	Estenosis
Comunicación pseudoquiste/ conducto pancreático	Raro	Frecuente	Siempre
Pancreatitis crónica	No	Sí	Sí

Los pseudoquistes del páncreas pueden ser únicos o múltiples. La mayoría (90%) son únicos, la pared o cápsula está compuesta por tejido de granulación y fibroso sin epitelio. En él se distinguen cuatro zonas. La zona interna o zona 1 es delgada y contiene pigmentos de hemosiderina y tejido conectivo. La zona 2 presenta tejido capilar fibroso. La zona 3 está compuesta de tejido conectivo hialino. La zona externa ó 4ta presenta un rico estroma capilar fibroso. ^(3,9)

Se localizan principalmente en el retroperitoneo. El sitio más frecuente se encuentra en el cuerpo del páncreas (70 a 80%) ^(1, 9, 11, 12, 18, 26), aunque pueden encontrarse en cualquier sitio, desde el mediastino hasta la pelvis, incluso se han reportado en el cuello. ^(2,4)

Clasificación:

Según Walter Hess ^(7, 17, 19, 27)

- I. Intrapancreáticos.
- II. Extrapancreáticos.

Localizaciones de los extrapancreáticos:

1. Espacios vecinos.
2. Grandes distancias: Mediastino, pelvis, cuello, escroto.

Topografía de los pseudoquistes extrapancreáticos:

1. Forma Intergastrocólica.
2. Forma Interhepatogástrica.
3. Forma Submesocólica.
4. Forma Interhepatoduodenal.
5. Forma Intergastroduodenal.
6. Forma Interpancreatolienal.
7. Forma Retrogástrica.
8. Forma Retroperitoneal de la cola.

En el diagnóstico de esta entidad se describen como manifestaciones clínicas:

- Pacientes en la cuarta o quinta década de vida con antecedentes etiológicos.
- Pacientes con pancreatitis aguda que no resuelve luego de 5 a 7 días de tratamiento ó que luego de mejoría, recae.
- Sensación de cuerpo extraño y pesadez en la mitad superior del abdomen.
- Si antecedentes de pancreatitis crónica, dolor abdominal o síntomas por compresión de víscera.
- Náuseas, vómitos y pérdida de peso por obstrucción duodenal.
- Íctero, si compresión del colédoco.
- Masa en abdomen superior, lisa y dura, muchas veces insensible.
- Más raramente ascitis y derrame pleural.

En diversos estudios se han reportado como síntomas principales dolor en el 90% de los casos, náuseas y vómitos en 50%, pérdida de peso en 40%, masa tumoral abdominal en 60% y fiebre e ictericia en algunos. ^(1,3,5)

En los pacientes cuyos síntomas no se resuelven en las primeras dos semanas después del cuadro de pancreatitis aguda, o en aquéllos con pancreatitis crónica con dolor persistente, náusea y vómito, se debe sospechar la formación de un pseudoquiste del páncreas. ^(5,20,22)

Los estudios de laboratorio han reportado hiperamilasemia en 50% de los casos se registra elevación de los valores de lipasa e hiperglicemia.

Actualmente, los estudios con mayor certeza diagnóstica son el ultrasonido (USG) y la tomografía axial computarizada, con una certeza de 90 y 98%, respectivamente. ^(1,2,23)

Al igual que la tomografía, la resonancia magnética nuclear también es de gran utilidad. ^(21,24,29,30,31)

La serie esofagogastroduodenal (SEGD) puede mostrar desplazamiento del estómago, apertura duodenal o estómago de retención por compresión extrínseca, de acuerdo con la localización del pseudoquiste.

Con el ultrasonido endoscópico se puede localizar con mayor precisión la lesión, y también es de utilidad para tomar biopsia por aspiración. ⁽²⁵⁾

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) puede mostrar obstrucción, compresión o comunicación del pseudoquiste del páncreas al conducto principal.

Las complicaciones por la presencia del pseudoquiste del páncreas reportadas han sido infección, obstrucción, sangrado o ruptura. En el estudio de Bradley, ⁽¹⁾ 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. ^(1, 32, 34)

La obstrucción del duodeno y del colédoco se presenta en el 10% de los casos. Se puede encontrar sangrado de mucosa gástrica por la presencia de una fístula. La erosión arterial directa ocasiona una mortalidad de 40-80%. ^(1, 35, 40) El pseudoquiste del páncreas que forma una fístula gástrica o intestinal, espontáneamente se descomprime y resuelve la patología.

Otra de las complicaciones reportadas con alto porcentaje de mortalidad es la ruptura del pseudoquiste del páncreas hacia la cavidad pleural o abdominal. ^(1, 49)

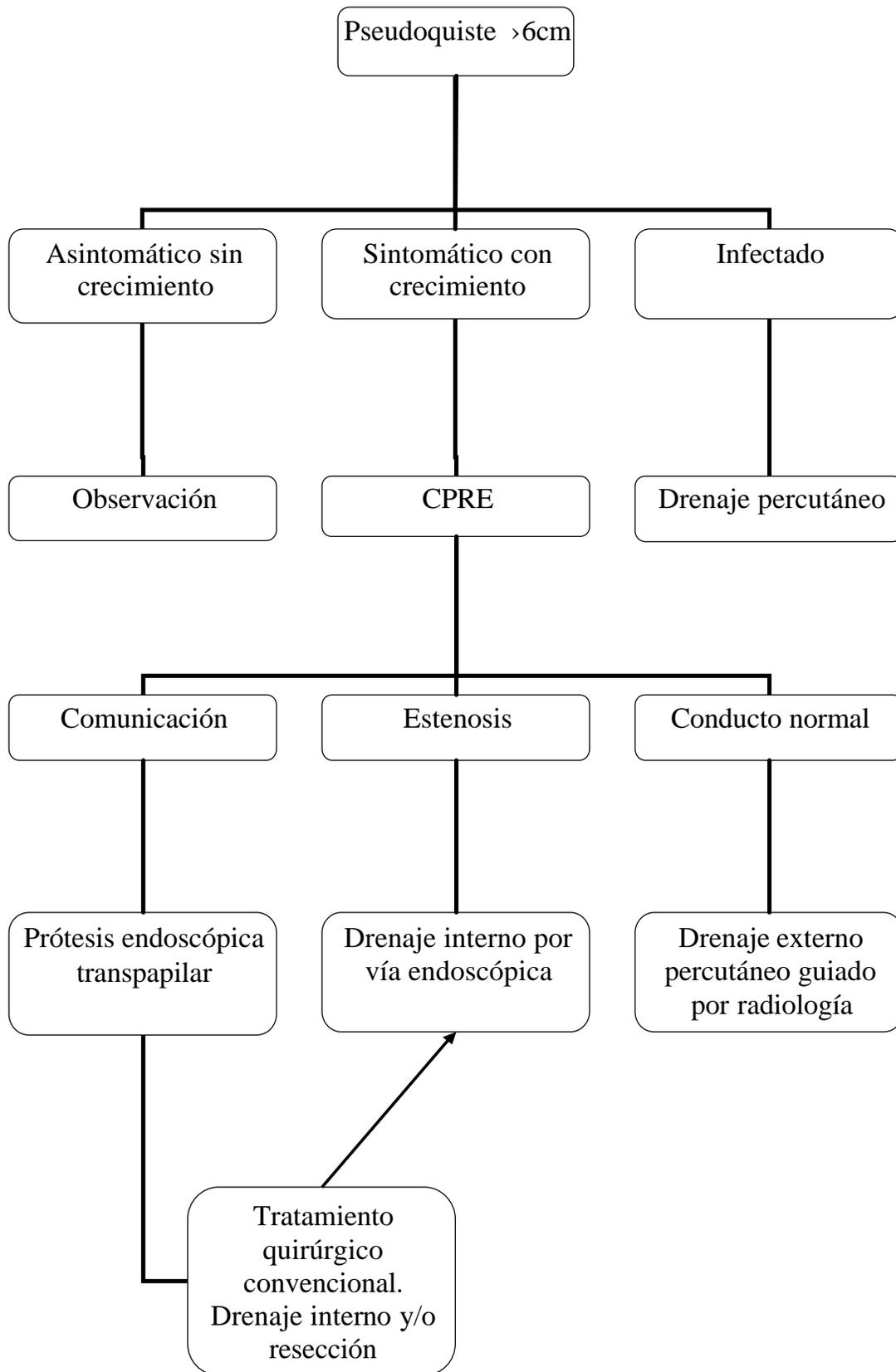
La formación de pseudoaneurismas con hemorragia masiva ocurre entre el 5 y 10% de los pacientes.

La erosión de un vaso pancreático o peripancreático puede producir la ruptura libre o la formación de un pseudoaneurisma. ^(3, 32, 41)

En la actualidad, se reconocen como modalidades de tratamiento el drenaje externo y el interno.

El tipo de tratamiento dependerá de la localización del pseudoquiste del páncreas, así como del tamaño, el número, la madurez de su pared (> 5 mm) o las complicaciones, lo mismo que de las condiciones generales del paciente.

Algoritmo propuesto para investigación y tratamiento del pseudoquiste de páncreas.
(10,47)



El drenaje externo se puede realizar guiado con estudios de ultrasonografía y tomografía. La morbilidad es variable (33-80%), así como su recurrencia (30-80%), por lo que no es recomendable. ^(2, 37) Este drenaje también se puede realizar del pseudoquiste del páncreas hacia el estómago, auxiliado con estudio endoscópico, colocando una prótesis con doble cola de cochino. ^(20, 33, 36)

El drenaje interno presenta dos modalidades, el tratamiento convencional y el endoscópico.

Una de las opciones en el drenaje la representa el que se realiza en forma endoscópica, comunicando el pseudoquiste del páncreas con el estómago a través de una gastrotomía de 1 a 2 cm. ^(16, 38, 46)

Se plantean criterios para la realización de este.

- Pared "Madura", no mayor de 10 mm. (6 - 8 semanas).
- Diámetro mayor de 5 cm y se acompañe de síntomas y/o complicaciones.
- Comprensión evidente de estómago o duodeno y/o comunicación con el CPP.
- Punción y aspiración previa que no evidencie hemorragia activa.

Modalidades de tratamiento del pseudoquiste de páncreas

- Drenaje transpapilar: (Comunicación con el conducto pancreático principal)
 - Esfinterotomía
 - Prótesis del conducto pancreático
- Drenaje transmural: (Comprensión evidente + Pared < 10mm.)
 - Cistoenterostomía
 - Cistogastrostomía
 - Cistoduodenostomía
 - Prótesis cistoentérica
 - Drenaje nasoquístico
 - Tipo Pigg Tail
 - Tipo Amsterdam
- Drenaje accesorio de la vía biliar principal

- Esfinterotomía de la vía biliar principal.
- Endoprótesis de la vía biliar principal.

En su estudio, Beckingham y colaboradores ^(13, 32, 42, 43) realizaron drenajes endoscópicos y consiguieron un 71% de éxito. Las fallas se asociaron al grosor de la pared (> 1 cm), a la localización del pseudoquiste en la cola del páncreas y a pseudoquistes asociados a pancreatitis necrotizante.

Actualmente, el drenaje endoscópico con el uso de ecoendoscopio se realiza con gran éxito. Vilmann y asociados ^(34, 44) han registrado este procedimiento colocando prótesis con doble cola de cochino 8.5Fr.

La ventaja de este método es que la endoprótesis puede ser insertada en el pseudoquiste del páncreas sin retirar el endoscopio, catéteres o guías.

Procedimiento similar ha sido utilizado por Seifert y su grupo ^(35, 51), en esta ocasión con drenaje gástrico y duodenal por la localización del pseudoquiste pancreático, con tamaño medio de 50 mm (rango: 25-90), sin que se registraran complicaciones.

Las endoprótesis son removidas después de un periodo promedio de dos semanas (rango: 2-12). Snady y colaboradores ⁽³⁹⁾ han utilizado una técnica similar con ayuda del ecoendoscopio para el drenaje del pseudoquiste y han logrado un éxito del 89%.

El drenaje transpapilar endoscópico tiene éxito cuando hay comunicación del pseudoquiste del páncreas con el conducto pancreático ^(3, 14, 40) Mulligan y asociados reportaron ⁽⁴¹⁾ un manejo conservador en pacientes pediátricos; como primera instancia, usaron Octreotide para la resolución o disminución del tamaño de los pseudoquistes y posteriormente utilizar un procedimiento de drenaje.

En promedio, el tratamiento quirúrgico presenta morbilidad de 7% y mortalidad de 0-2% ^(15, 43). Esta cifra no concuerda con lo notificado por Herrera y colaboradores ⁽⁴⁴⁾ en su serie de 87 pacientes tratados quirúrgicamente ya que registraron una mortalidad operatoria del 7% en aquellos casos de pseudoquistes del páncreas asociado a pancreatitis aguda.

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 ^(27, 28)

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 estomago 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.
 - I. En los pseudoquistes no adheridos a la pared posterior del estomago en cualquier localización pancreática.

Los procedimientos de resección se realizan en el 11% de los, la pancreatoduodenectomía y la pancreatectomía distal también pueden ser realizadas. ⁽²⁾

El drenaje externo quirúrgico es una intervención útil y potencialmente vital. Los decesos que ocurren luego de este procedimiento son resultado de la pancreatitis subyacente en curso y sus complicaciones.

La mayoría son operados de urgencia. Un 12 a 20% desarrollan fístula pancreática. El 70 a 80% de estas fístulas cierran sin cirugía. ^(1, 6)

El drenaje externo es de elección para los pseudoquistes infectados, los asociados a hemorragia o rotura libre que requieren laparotomía de urgencia o aquéllos con una pared blanda. ^(1, 45)

La localización del pseudoquiste del páncreas en el transoperatorio puede indicar el tipo de derivación.

Los pseudoquistes adheridos al estómago se drenan con una cistogastroanastomosis. En los pseudoquistes gigantes del páncreas se recomienda la derivación al yeyuno con anastomosis en "Y" de Roux. En casos de localización en la cabeza del páncreas, se prefiere la cistoduodenoanastomosis. ⁽¹⁾

Cooperman ^(9, 13, 47, 48, 52) define los criterios para una intervención quirúrgica en los siguientes puntos: drenaje externo cuando la pared del pseudoquiste del páncreas es delgada o existe infección. ⁽⁴⁹⁾ Excisión del pseudoquiste con pancreatectomía distal e incluso con esplenectomía con lesiones en la porción distal de la glándula. Drenaje interno o externo cuando exista un pseudoquiste complicado con coexistencia de necrosis en un cuadro agudo de pancreatitis; cuando, asociada al pseudoquiste, existe estenosis del conducto pancreático y dilatación del mismo; cuando la diferencia entre pseudoquiste y quiste maligno no sea clara; cuando hay coexistencia de obstrucción del conducto biliar o complicaciones del pseudoquiste como obstrucción gástrica y duodenal.

Chowbey y asociados ⁽⁵¹⁾ han reportado la terapéutica con acceso mínimo mediante la realización de cistogastrostomía laparoscópica en cinco pacientes entre los que no hubo morbilidad ni mortalidad ^(16, 50, 53, 54) concluyen que es una buena alternativa de tratamiento, como lo pueden ser los procedimientos quirúrgicos convencionales y el endoscópico.

En un estudio retrospectivo efectuado en Hamburgo, Alemania, se compararon los procedimientos quirúrgicos frente a los endoscópicos ⁽²⁶⁾ y se encontró una tasa de éxito similar del 50% al 52% después de un periodo de seguimiento de 33 meses. Pitchumoni y asociados ⁽³⁾ registraron tasas idénticas de resolución de 72%, con morbilidad del 15% y mortalidad del 1% en 71 casos con drenaje endoscópico y 73 con drenaje quirúrgico.

La presencia del Instituto de Gastroenterología, al cual nuestro servicio de Cirugía General le ofrece asistencia médica, ha permitido tener una cierta casuística y ha contribuido a alcanzar alguna experiencia sobre el abordaje de esta patología, darla a conocer y servir de guía para su manejo y adecuado tratamiento es el propósito de este estudio y constituyendo nuestra motivación a realizar el mismo.

OBJETIVOS

General:

- Caracterizar el Comportamiento del pseudoquiste pancreático en el Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez” del 1ro de enero del 2005 al 30 de abril del 2008.

Específicos:

- Identificar las características socio demográficas de la población afecta.
- Determinar la etiología de esta entidad en la población a estudiar.
- Caracterizar la sintomatología de aparición, así como los medios diagnósticos utilizados.
- Describir las variantes de tratamiento aplicado.
- Identificar las complicaciones que aparecen, así como la mortalidad de los pacientes objetos de este estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva, en el Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez” durante el período de enero de 2005 a abril del 2008 con el objetivo de caracterizar los factores que influyeron en el diagnóstico y tratamiento así como su evolución clínica.

El universo estuvo conformado por el total de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de pancreatitis aguda y pancreatitis crónica al servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez”, en el período de tiempo antes señalado. La muestra quedo constituida por todos aquellos pacientes que en su evolución desarrollaron un pseudoquiste de páncreas, se consideraron criterios de inclusión: la confirmación diagnóstica de este, clínica ó imagenológica independientemente de su etiología y/o gravedad que quedaron hospitalizados en el centro y que recibieron tratamiento quirúrgico en el mismo.

Métodos teóricos

Dentro de ellos se utilizó la revisión, el análisis y síntesis documental de:

- 1 Normas del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez para el diagnóstico y tratamiento del paciente con pseudoquiste pancreático. La Habana.
- 2 Expedientes Clínicos archivados en el Departamento de Registro médicos del Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez”. (Fuente primaria de información).

También se realizó un amplio estudio documental y bibliográfico en el que se consultó literatura especializada en Cirugía General, Laparoscópica y Endoscópica, esto permitió profundizar en los antecedentes, mecanismos de producción, causas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones del pseudoquiste pancreático así como una contrastación de los criterios de los diferentes autores y sus resultados en

investigaciones realizadas con anterioridad relacionadas con este tema, así como otras fuentes de interés para el autor.

Métodos Empíricos:

1. Se confeccionó una planilla de vaciamiento para la recolección de los datos.

(Anexo # 1).

2. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes internados durante el período del 1ro de enero del 2005 al 30 de abril del 2008 en el Servicio de Cirugía General con diagnóstico de pseudoquistes del páncreas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Para darle respuesta a los objetivos previstos se utilizaron las siguientes variables:

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
<i>Edad</i>	Cuantitativa discreta	< 20 21-30 31-40 41-50 51-60 > 60 años	Último año cumplido.	Número/ Por ciento
<i>Sexo</i>	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino.	Sexo biológico de pertenencia.	Número/ Por ciento
<i>Ocupación</i>	Cualitativa nominal politómica	Estudiante. Trabajador Ama de casa. Jubilado Desempleado	Según actividad a la que se dedica el paciente.	Número/ Por ciento
<i>Antecedentes Patológicos Personales</i>	Cualitativa nominal politómica	Pancreatitis aguda Pancreatitis crónica Alcoholismo Trauma abdominal Litiasis biliar Tumor de páncreas Ampuloma	Según historia clínica y relacionados con la etiología descrita en la literatura.	Número/ Por ciento

<i>Hallazgos endoscópicos positivos.</i>	Cualitativa nominal politómica	Panendoscopia CPRE	Abombamiento del pseudoquiste en la pared gastroduodenal. Estómago de retención. Alteraciones del conducto pancreático Comunicación con el conducto pancreático o no.	Número/ Por ciento
<i>Tratamiento realizado</i>	Cualitativa nominal politómica	Endoscópico Videolaparoscópico Cirugía convencional	Drenaje transpapilar. Drenaje transmural. Drenaje accesorio de la vía biliar principal. Cisto –gastrostomía. Cisto – duodenostomía. Cisto –yeyunostomía. Pancreatectomía distal. Otro Cisto –gastrostomía. Cisto – duodenostomía. Cisto –yeyunostomía. Pancreatectomía distal. Otro.	Número/ Por ciento
<i>Complicaciones generales y post operatorias</i>	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Presencia o no de complicaciones. Según historia clínica del paciente.	Número/ Por ciento

<i>Mortalidad</i>	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Fallecido después de su llegada al hospital relacionada su causa primaria de muerte con la enfermedad en estudio	Número/ Por ciento
<i>Causas de mortalidad</i>	Cualitativa nominal politómica	Peritonitis secundaria Shock séptico Dehiscencia de sutura Hemorragia	Según historia clínica del paciente.	Número/ Por ciento

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

Las técnicas y procedimientos que se utilizaron para la obtención de información incluyeron: creación de una base de datos en Access con los resultados obtenidos de las planillas de vaciamiento y revisión de bibliografía sobre el tema.

El procesamiento de la información se basó en un análisis de frecuencias simples con porcentajes, para ello se utilizó una calculadora de mesa, los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Para la confección del informe final, se utilizó una computadora Pentium IV, Sistema operativo Windows XP Profesional y los programas Excel 2007 y Word 2007.

ASPECTOS ÉTICOS:

Cualquier tipo de investigación que se realice debe considerar los aspectos éticos y jurídicos, así como sopesar cuidadosamente el posible perjuicio que puede acarrear, en contraste, con el bien final que puede resultar de la misma.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA # 1. GRUPO DE EDADES.

Grupo de edades	Masculino	Femenino	Total
< 20 años	0	0	0
21- 30	2	0	2
31-40	5	2	7
41-50	7	3	10
51-60	3	1	4
> 60 años	1	0	1
Total	18	6	24

Fuente. Historias clínicas.

Durante el período analizado, fueron internados 24 pacientes con diagnóstico de pseudoquistes del páncreas, oscilando las edades entre 21 y más de 60 años (Tabla # 1, gráfico # 1).

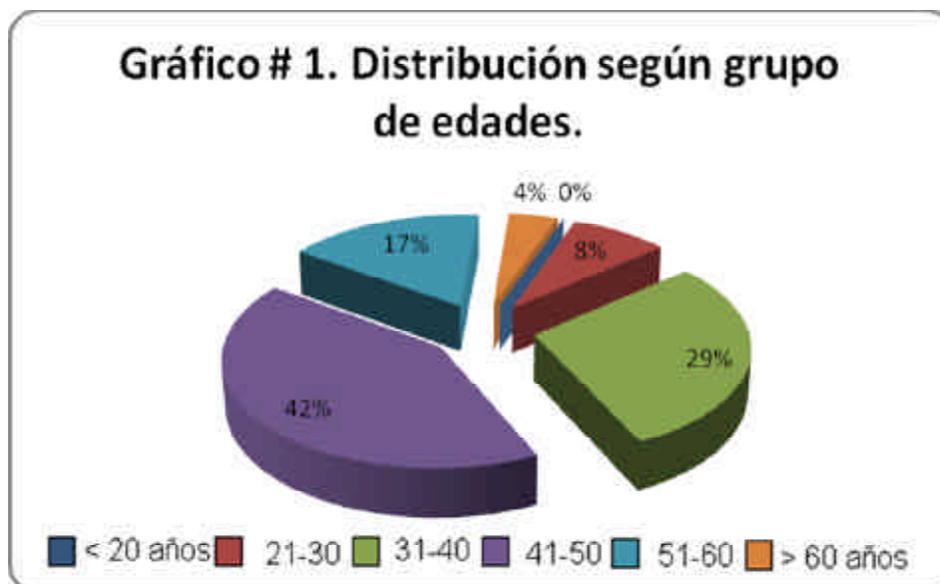
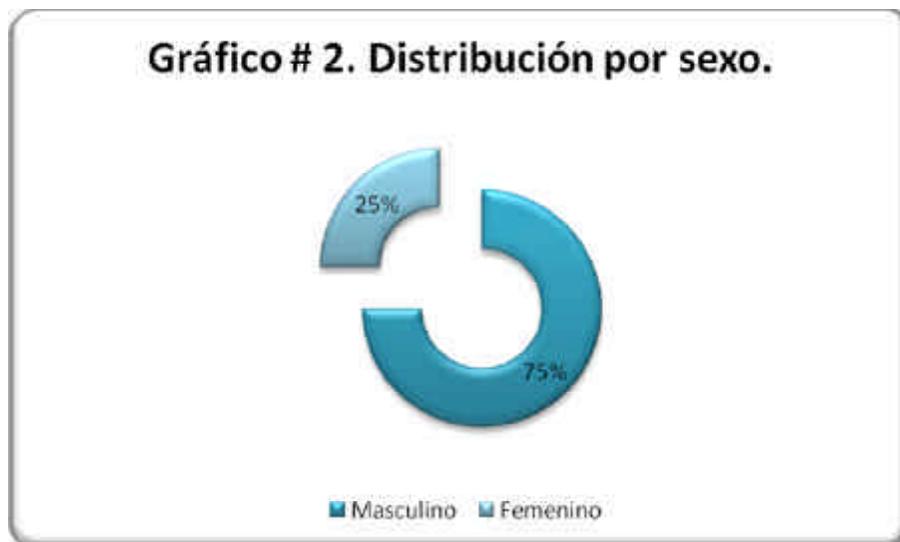


TABLA # 2. DISTRIBUCIÓN POR SEXO.

Sexo	Número	%
Masculino	18	75
Femenino	6	25
Total	24	100

Fuente. Historias clínicas.

De los 24 casos reportados corresponden al sexo masculino 18 pacientes y 6 al sexo femenino, no se reporta en la literatura revisada la mayor incidencia de un sexo sobre otro. (Tabla # 2, gráfico # 2).



En cuanto a la ocupación se recoge un 75 por ciento de trabajadores, no se reporta asociación entre la ocupación del paciente y la aparición de dicha patología. (Tabla # 3, gráfico # 3).

TABLA # 3. DISTRIBUCION SEGÚN OCUPACIÓN.

Ocupación	Número	%
Estudiante	1	4.1
Trabajador	18	75
Ama de casa	2	8.3
Jubilado	2	8.3
Desempleado	1	4.1
Total	24	100

Fuente. Historias clínicas.

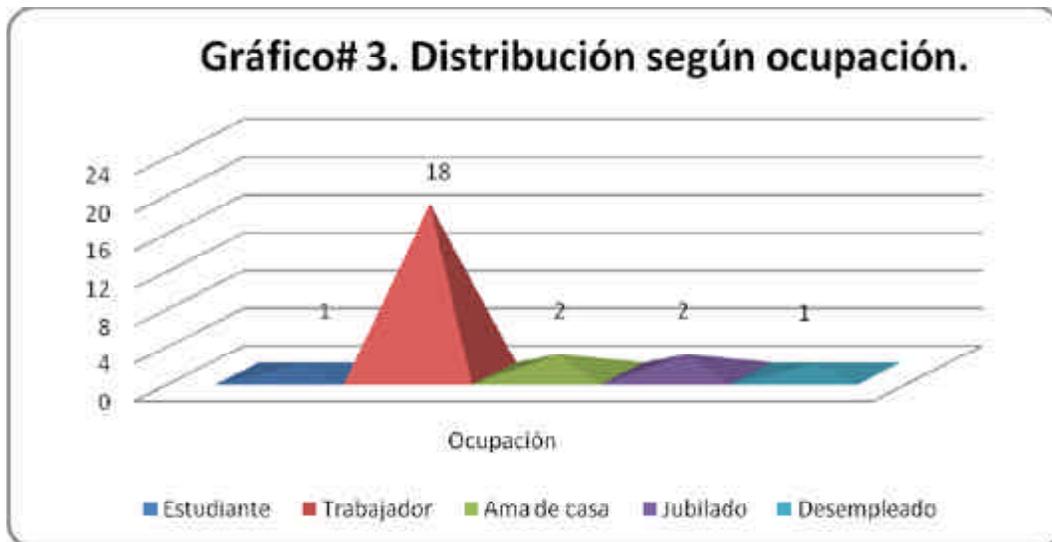


TABLA # 4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

Antecedentes Patológicos Personales	Número	%
<i>Pancreatitis aguda</i>	5	20.8
<i>Pancreatitis crónica</i>	4	16.6
<i>Alcoholismo</i>	11	45.8
<i>Trauma abdominal</i>	2	8.3
<i>Litiasis biliar</i>	2	8.3
<i>Tumor de páncreas</i>	0	0
<i>Ampuloma</i>	0	0
Total	24	100

Fuente. Historias clínicas.

De los 24 casos reportados 11 tenían antecedente de alcoholismo, 10 hombres y 1 mujer, 5 presentaban antecedentes de pancreatitis aguda y 4 de pancreatitis crónica con episodios recurrentes de agudización. Esto está en relación con la alta incidencia de asociación de alcoholismo con pancreatitis aguda y por consiguiente la aparición del pseudoquiste en la evolución clínica de la entidad. En esta serie, al igual que en otras publicaciones, ^(1, 2, 9) el factor etiológico enunciado con mayor frecuencia fue la ingesta de alcohol, lo que se registra en más de un 40% de los casos ^(3, 12) y que entre nuestros pacientes involucró al 45.8%. El antecedente de traumatismo también se reporta en la literatura en 11% de los casos, la litiasis biliar en 3.5 a 15%. ^(5, 15) cifras similares a las encontradas en nuestra serie. (Tabla # 4, gráfico # 4).

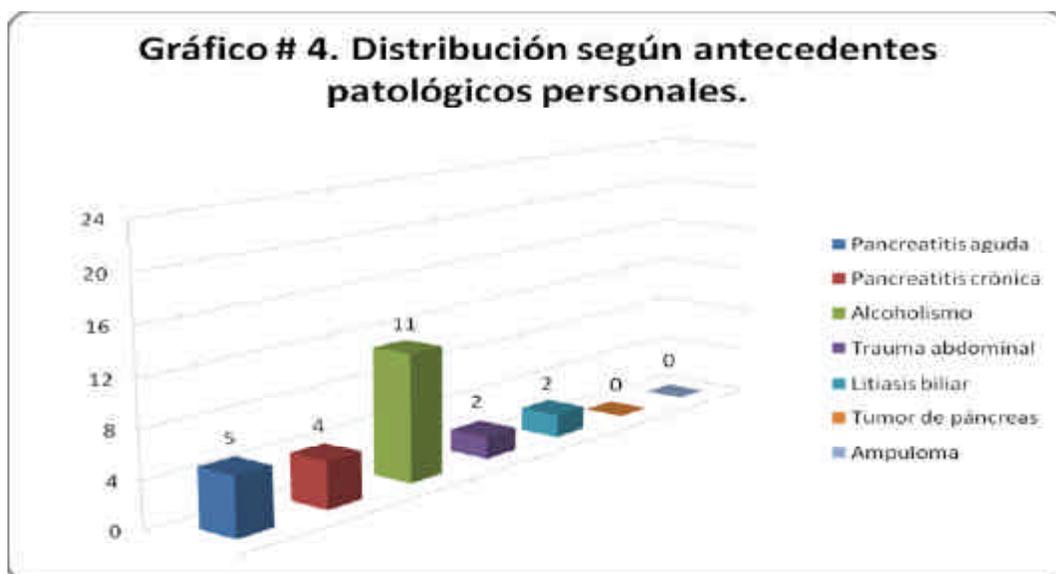


Tabla # 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA FORMA DE PRESENTACION.

Forma de presentación	Número	%
<i>Dolor abdominal</i>	19	79.1
<i>Tumor abdominal</i>	16	66.6
<i>Ictericia</i>	2	8.3
<i>Obstrucción intestinal</i>	1	4.1

Fuente. Historias clínicas.

El cuadro clínico se caracterizó principalmente por dolor abdominal presente en 19 (79.1%) de los casos y tumor abdominal detectado en 16 (66.6%), es importante señalar la asociación de dos ó más síntomas en varios pacientes de la serie. En diversos estudios se han reportado como síntomas principales dolor en el 90% de los casos, náusea y vómito en 50%, pérdida de peso en 40%, masa tumoral abdominal en 60% y fiebre e ictericia en algunos; ^(1, 3, 5) coincidiendo con lo encontrado en nuestro estudio. (Tabla # 5, gráfico # 5).

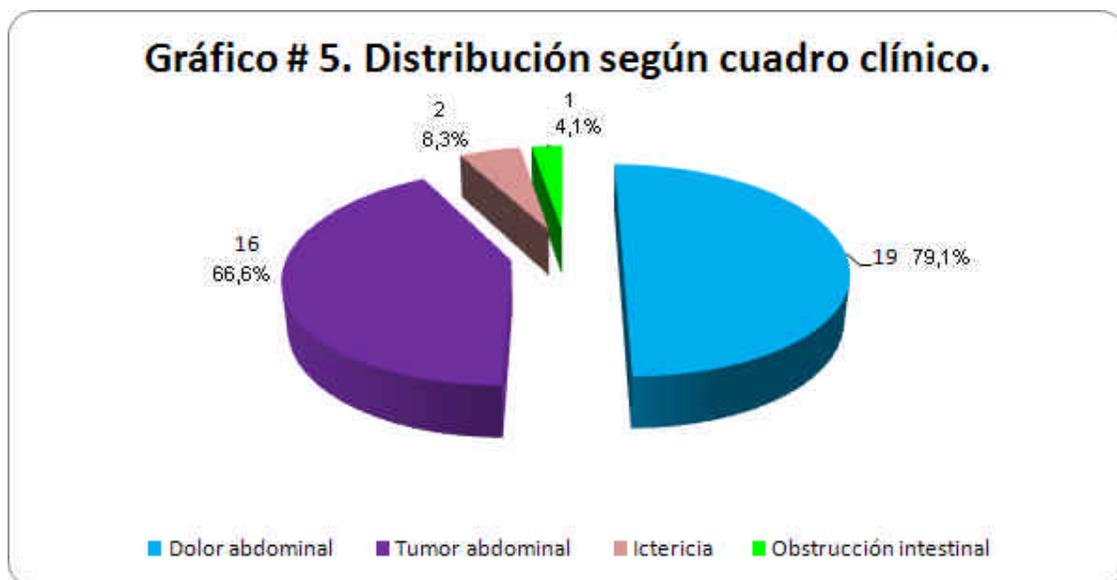


TABLA # 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN HALLAZGOS DE LABORATORIO.

Hallazgos de laboratorio	Número	%
<i>Leucocitosis</i>	14	58.3
<i>Hiperamilasemia</i>	16	66.6
<i>Hiperglicemia</i>	5	20.8
<i>Fosfatasa alcalina elevada</i>	18	75

Fuente. Historias clínicas.

Los estudios de laboratorio demostraron elevación de la fosfatasa alcalina en 18 pacientes, hiperamilasemia en 16 casos y leucocitosis en 14 de ellos, al igual que en la tabla anterior se encuentran pacientes con dos o más estudios de laboratorio clínico positivos lo cual incrementa el número de casos con alteraciones humorales. Los estudios de laboratorio han reportado hiperamilasemia en 50% de los casos en toda la literatura revisada; en algunas series se registra elevación de los valores de lipasa en varios pacientes estudio el cual no tenemos disponible en nuestro centro y que pudiera implementarse como medio diagnóstico de utilidad en esta y otras entidades relacionadas. También se reporta hiperglicemia en la literatura en el 21% de los casos,² lo cual es similar a lo encontrado en nuestra serie. (Tabla # 6, gráfico # 6).

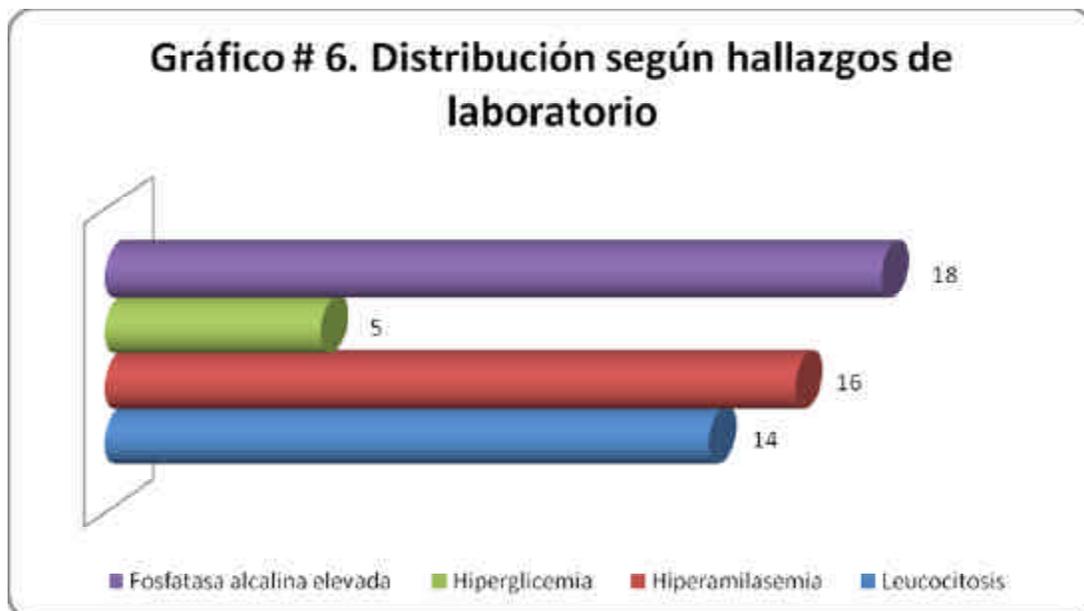


TABLA # 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS.

Hallazgos imagenológicos positivos	Número	%
<i>Radiográficos</i>	8	33.3
<i>Ultrasonográficos</i>	24	100
<i>Tomográficos</i>	21	87.5

Fuente. Historias clínicas.

En cuanto a los hallazgos imagenológicos reportados se recoge que en los 24 pacientes se constató por ultrasonografía la presencia de colección líquida en proyección pancreática con paredes bien definidas, aumento de la ecogenicidad pancreática. A 21 pacientes se les realizó tomografía axial computarizada se reportándose la presencia de imagen compleja de aspecto quístico en proyección pancreática, 18 de localización en cabeza y cuerpo y 3 en cola del páncreas demostrándose en 9 de ellos dilatación del conducto pancreático principal confirmándose la superioridad de estos medios en el diagnóstico positivo de la entidad en cuestión. (El resto de los mismos no se le realizó tomografía por dificultades con el equipo al momento del diagnóstico). (Tabla # 7, gráfico # 7).

Actualmente, los estudios con mayor certeza diagnóstica son el ultrasonido (USG) y la tomografía axial computarizada (TAC), con una certeza de 90 y 98%, respectivamente;^{1,2}

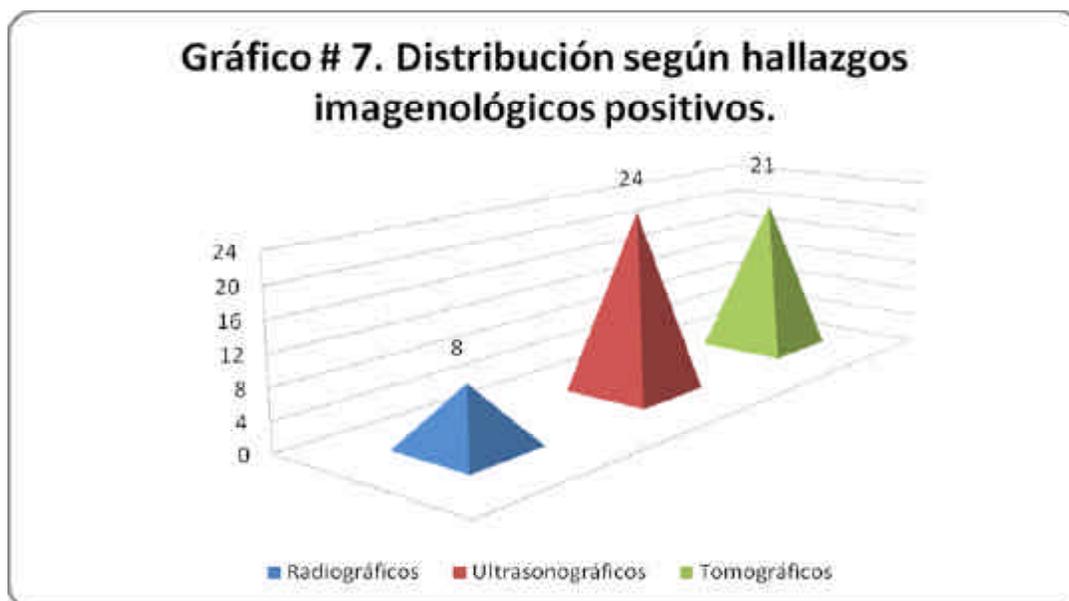


TABLA # 8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS.

Hallazgos endoscópicos positivos	Número	%
<i>Panendoscopia</i>	20	83.3
<i>CPRE</i>	18	75

Fuente. Historias clínicas.

En cuanto a los estudios endoscópicos, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica puede mostrar obstrucción, compresión o comunicación del pseudoquiste del páncreas al conducto principal, en nuestro caso se demostró en 5 casos. Es importante señalar que a pesar de que la CPRE es un proceder de carácter invasivo consideramos la realización de esta es de gran ayuda a la hora de decidir la variante de tratamiento a aplicar así como la vía de abordaje quirúrgico. La panendoscopia demostró compresión extrínseca del estomago en 20 casos de nuestra serie. Con el uso del ultrasonido endoscópico se pudiera haber localizado con mayor precisión la lesión y también se pudo haber utilizado para tomar biopsia por aspiración, pero no existe en nuestro medio la posibilidad de utilización de este útil medio diagnóstico. (Tabla # 8, gráfico # 8).

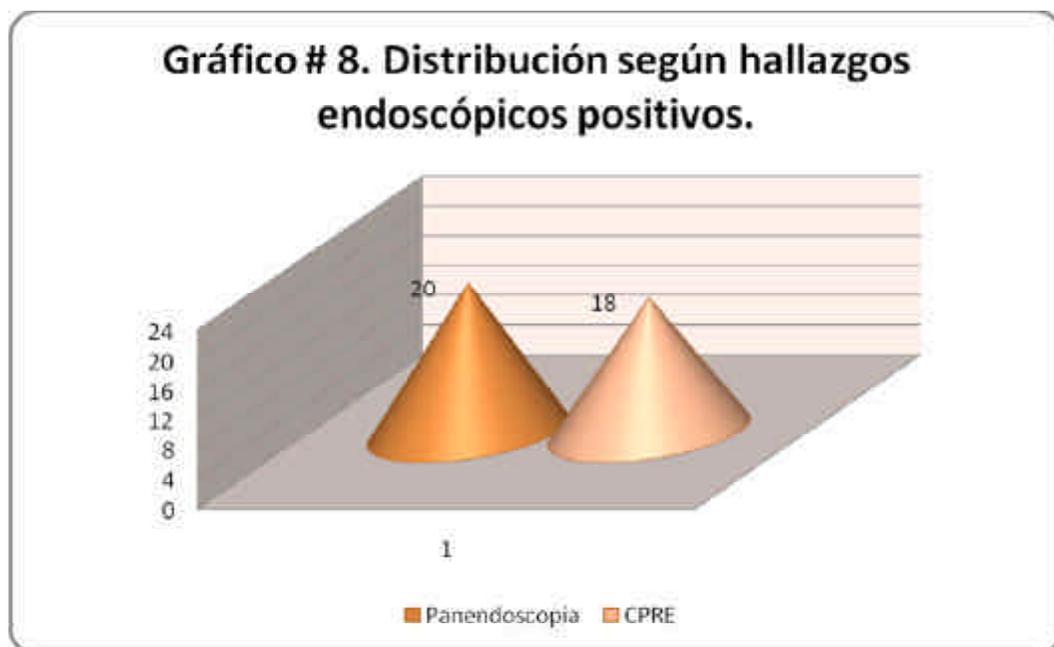


TABLA # 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO APLICADO.

Tratamiento realizado	Número	%
<i>Endoscópico</i>	5	20.8
<i>Videolaparoscópico</i>	0	0
<i>Cirugía convencional</i>	19	79.1
<i>Total</i>	24	100

Fuente. Historias clínicas

El tratamiento fue quirúrgico en los 24 pacientes, solo 5 recibieron tratamiento endoscópico se les realizó cistogastrostomía. (Tabla # 9, gráfico # 9).

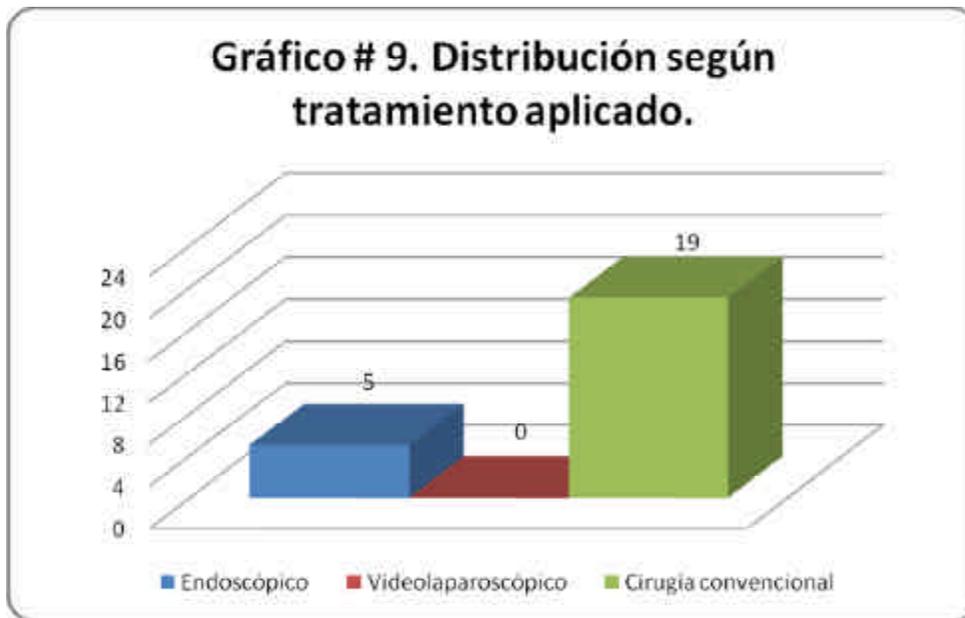


TABLA # 10. DISTRIBUCION SEGÚN TECNICA QUIRURGICA LAPAROTÓMICA REALIZADA.

Operación	Número	%
<i>Cistoduodenostomía</i>	2	10.5
<i>Cistoyeyunostomía</i>	13	68.4
<i>Cistogastrostomía</i>	1	5.3
<i>Pancreatectomía Distal</i>	3	15.8
<i>Total</i>	19	100

Fuente. Historias clínicas

En los casos tratados con cirugía convencional los procedimientos realizados fueron: cistoyeyunostomía en “Y” de Roux en 13 pacientes, a 2 se les realizó cistoduodenostomía, 1 caso se le practicó una cistogastrostomía y 3 pancreatectomías distales. (Tabla # 10).

TABLA # 11. COMPLICACIONES.

Complicaciones	Número	%
<i>Si</i>	2	8.3
<i>No</i>	22	91.6
<i>Total</i>	24	100

Fuente. Historias clínicas.

Un paciente presentó disminución paulatina de hemoglobina y hematocrito en el posoperatorio; se le realizó panendoscopía y se encontró sangrado en capa de la cistogastroanastomosis, por lo que recibió tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones con resultado adecuado. El sangrado de mucosa gástrica y la erosión arterial directa ocasiona una morbimortalidad de 40-80% ⁽¹⁾ según se refiere en la bibliografía consultada. Las complicaciones por la presencia del pseudoquiste del páncreas reportadas en los otros textos han sido infección, obstrucción, sangrado o ruptura todas estas se reportan en el 21% de los pacientes con hasta 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. ^(34,40,50) (Tabla # 11)

Otra de las complicaciones reportadas con alto porcentaje de mortalidad es la ruptura del pseudoquiste del páncreas hacia la cavidad pleural o abdominal, ⁽¹⁾ lo que no sucedió en nuestros casos.

TABLA # 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN PORCIENTO DE MORTALIDAD.

Mortalidad	Número	%
<i>Vivos</i>	23	95.8
<i>Fallecidos</i>	1	4.3
<i>Total</i>	24	100

Fuente. Historias clínicas

Se registró un fallecimiento por una peritonitis secundaria a una dehiscencia de sutura de la cistoyeyunoanastomosis, paciente alcohólico, diabético con marcada toma del estado general y desnutrición importante. (Tabla # 12).

CONCLUSIONES

- El sexo masculino es el que predomina así como los trabajadores.
- El antecedente de alcoholismo es el más importante encontrado.
- El dolor abdominal así como el tumor abdominal predominan en nuestra serie.
- El ultrasonido y la tomografía axial computarizada son los estudios imagenológicos que confirman el diagnóstico.
- El tratamiento quirúrgico convencional, cistoyeyunostomía en Y de Roux es el que se realiza con mayor frecuencia con buenos resultados.
- Las complicaciones y la mortalidad solo se reporta en un pequeño porcentaje de nuestra serie.

RECOMENDACIONES

- Diversificar en nuestro medio la realización de estudios complementarios como la lipasa sérica y el uso del ecoendoscopio en el diagnóstico de las enfermedades del tracto digestivo, así como la incorporación del tratamiento endoscópico en nuestro centro implicaría un salto cualitativo en la atención médica de nuestros pacientes, contribuyendo a una mayor calidad de vida y ofertando un servicio de excelencia a nuestra comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Warshaww AL, Fernández CC, Rattner DW. Pancreatic cysts, pseudocyst and fistulas. In: Maingot. Abdominal operations. USA: Simon and Schuster, 1997; 1917-1940.
2. Terán PMA, Aiello CV, Oñate LO, Beltrán OA. Experiencia con 14 casos de pseudoquiste pancreático. Rev Gastroenterol Mex 1999; (4): 171-177.
3. Pitchumoni CS, Agarwal N. Pancreatic pseudocysts. When and how should drainage be performed? Gastroenterology Clinics 1999; 28 (3): 615-636.
4. D'Egidio A, Schein M. Pancreatic pseudocyst: A proposed classification and its management implications. Br J Surg 1992; 78: 981-984.
5. Sankaran S, Walt AJ. The natural and unnatural history of pancreatic pseudocyst. Br J Surg 1975; 62: 37-44.
6. A. Reyes López, A. J. Hervás Molina y F. Lenzano Grande. Control y tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos. Unidad Clínica de Aparato Digestivo. www.grupoaulamedica.com/aula/diges/n3/control.pdf.
7. Adler J, Barkin JS. Gastroenterology Clinics of North America. En: Disorders of the Pancreas. Philadelphia: W. B. Saunders Company 1990. p. 863-71.
8. Bockus H.L. Gastroenterología: Tumores del páncreas. Tomo3, segunda ed., Barcelona. salvat Editores SA.1968. 1168 - 1235.
9. Boukus H.L. Gastroenterología. Quistes y seudoquistes del pancreas. Tomo 4 Barcelona.Salvat Editores S.A 1968 , 1102-1113
10. Cecil Loeb. Tratado de medicina interna: Cáncer del páncreas. Tomo 2 catorce ed.Madrid Edit Importecnica 1978. 1493-6

11. Centeno BA, Warshaw AL, Mayo-Smith W, Southern JF, Lewandrowski K. Cytologic diagnosis of pancreatic cystic lesions. A prospective study of 28 percutaneous aspirates. *Acta Cytol* 1997;41:972-80.
12. Cohen Scali F, MD, Vilgrain V, MD, Brancatelli G, MD, Hammel P, MD, Vullierme M, MD, Sauvanet A, MD, Menu I, MD. Discrimination of Unilocular Macrocytic Serous Cystadenoma from Pancreatic Pseudocyst and Mucinous Cystadenoma with CT: Initial Observations *Radiology* 2003; 228:727-733.
13. Dinesh Singhal¹, Rahul Kakodkar¹, Randhir Sud², Adarsh Chaudhary¹ Issues in Management of Pancreatic Pseudocysts JOP. *J Pancreas (Online)* 2006; 7(5):502-507.
14. Echenique Elizondo M, Amondaraín Arratíbel J, Lirón de Robles SC. Tumores quísticos de páncreas: análisis de una serie. *Kirurgia [en línea]* 2003 [fecha de acceso 23 de mayo de 2004]; (1). URL Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwsr/kirurgia/Kirurgia2003b/Tumcystpanc.htm>
15. Fernández, Juan Ángel. Tumores quísticos del páncreas: revisión de la literatura. *Cir Esp* 2003; 73(5):297-308
16. J. BOIX VALVERDE Pseudoquiste pancreático. Pancreatic pseudocysts. Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario de Badalona «Germans Trias www.cirugest.com/htm/revisiones/cir19-03/19-03-04.pdf.
17. Polanco CV. Páncreas. Tumores del páncreas. En: Universidad Nacional Mayo de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía. Cirugía General. Lima: UNMSM; 1999.
18. Suzuki Y, Atomi Y, Sugiyama M, Isaji S, Inui K, Kimura W, et al. Cystic neoplasm of the pancreas: a Japanese multiinstitutional study of intraductal papillary mucinous tumor and mucinous cystic tumor. *Pancreas*. 2004 ; 28(3): 241-246.

19. Turnage RH, Strodel WE. Neoplasias quísticas del páncreas. En: Shackelford's. Surgery of the alimentary tract. 3ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana SA; 1992.p.128-138.
20. Sever M, Vidmar D, Srlan M, Pleskovic A, Visnar PA. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocyst into the stomach. Surg Endosc 1998; 12: 1249-1253.
21. Bennett GL, Han LE. Pancreatic ultrasonography. Surg Clin North Am 2001; 81 (2): 259-281.
22. Shams J, Stein A, Cooperman AM. Computed Tomography for pancreatic diseases. Surg Clin North Am 2001; 81 (2): 283-306.
23. Krasny R.M. SJ. Lu D. Helicoidal Computed Tomography for abdominal imaging. World. J. Surg, february, 1996, 20(2) 248-252
24. Megibow AJ, Lavelle MT, Rofsky NM. MR Imaging of the pancreas. Surg Clin North Am 2001; 81 (2): 307-320.
25. Brugge WR. Role of Endoscopic ultrasound in the diagnosis of cystic lesions of the pancreas. Pancreatology 2001; 1 (6):637-640.
26. Gabrielli N, Mauricio; Paz M, Carolina Manejo endoscópico del pseudoquiste pancreático; mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0718-286420070001.
27. Howell DA, Elton E, Parsons WG. Gastrointestinal endoscopy. Clinics of North America. Endoscopic therapy of pancreas disease. Philadelphia: W. B.1998;30:108-110.
28. Lo SK, Rowe A. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. Gastroenterologist 1997; 5:10-25.

29. Salvia R, Fernández del Castillo C, Bassi C, Thayer SP, Falconi M, Mantovani W, et al. Main duct intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: clinical predictors of malignancy and long-term survival following resection. *Ann Surg*. 2004; 239(5):678-85
30. Soria MT, Gutiérrez del Olmo A, García Asenjo JA, Mendoza ML, Carrión I, Almansa C, et al. Papel de la USE-PAAF en el diagnóstico de los tumores quísticos primarios de páncreas: presentación de cuatro casos. [en línea] 2003 [fecha de acceso 16 de Mayo de 2004]. URL Disponible en: <http://www.aced.org/comjornadas/texcom0305.htm>.
31. Sperti C, Pasquali C, Gudo P, Polverosi R, Liessi G, Pedrazzoli S. Serum tumor markers and cyst fluid analysis are useful for the diagnosis of pancreatic cystic tumors. *Cancer* 1996; 78:237-43.
32. Beckingham IJ, Krige JE, Bornman PC, Terblanche J. Long term outcome of endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts. *Am J Gastroenterol* 1990; 94: 71-74.
33. Uwe Will, Conrad Wegener, Kai-Ivo Graf, Igor Wanzar, Thomas Manger, Frank Meyer Differential treatment and early outcome in the interventional endoscopic management of pancreatic pseudocysts in 27 patients *World J Gastroenterol* 2006 July 14; 12(26): 4175-4178.
34. Vilmann P, Hancke S, Pless T, Schell JD, Henriksen FW. One step endosonography-guided drainage of a pancreatic pseudocyst: A new technique of stent delivery through the echo endoscope. *Endoscopy* 1998; 30 (8): 730-733.
35. Seifert H, Dietrich C, Schmitt T, Caspary W, Wehrmann T. Endoscopic ultrasound-guided one step transmural drainage of cystic abdominal lesions with a large-channel echo endoscope. *Endoscopy* 2000; 32 (3): 255-259.
36. Shantano Rout, Sakhawat H Rahman, Maria B Sheridan, Pierre J Guillou. Endoscopic ultrasound guided transgastric stenting of traumatic pancreatic Pseudocyst. www.joplink.net/prev/200607/200607_09.pdf

37. Van Sonnenberg E, Wittich GR, Casola G, et al. Percutaneous drainage of infected and non-infected pancreatic pseudocysts: Experience in 101 cases. *Radiology* 1989; 170:757-61.
38. Wiersema MJ. Endosonography-guided cystoduodenostomy with a therapeutic ultrasound endoscope. *Gastrointest Endosc* 1996; 44:614-7.
39. Snady Harry. Endoscopic ultrasonography in benign pancreatic disease. *Surg Clin North Am* 2001; 81 (2): 329-344.
40. Hawes RH. Endoscopic management of pseudocyst. *Rev Gastroenterol Dis* 2003; 3 (3): 135-141.
41. Mulligan C, Howell C, Hatley R, Martindale R, Clark J. Conservative management of pediatric pancreatic pseudocyst using octreotide acetate. *Am Surg* 1995; 61 (3): 206-209.
42. Vitas GJ, Sarr MG. Selected management of pancreatic pseudocysts: Operative *versus* expectant management. *Surgery* 1992; 111:123-30.
43. Spivak H, Galloway JR, Amerson JR, Fink AS, Branum GD. Management of pancreatic pseudocysts. *J Am Coll Surg* 1998; 186 (5): 507-511.
44. Herrera MF, López GC, Herrera E, Granados GJ, Uscanga L, Robles DG, Morán M, Campuzano M. Pseudoquistes del páncreas: Resultados del tratamiento quirúrgico. *Cir Gen* 1995; 17 (4): 238-243.
45. Madden JL. Atlas de Técnicas Quirúrgicas. 2da Edición. México. Nueva Editor. Interamer., SA. 1964, 538-51.
46. Rueda Ana Patricia, Francisco Ayes-Valladares .Pseudoquistey absceso pancreático: Cistogastrostomía como tratamiento de elección, reporte de 8 casos, *Rev Med Post UNAH VoL 4 No. 2 Mayo- Agosto,1999.*

47. Cooperman A. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am* 2001; 81 (2): 411-419.
48. Kiely Jm, Nakeeb A, Komorowski RA, Wilson SD, Pitt HA. Cystic pancreatic neoplasm: enucleate or resect. *J Gastrointest Surg.* 2003; 7(7):890-897.
49. Kimura W, Makuuchi M. Operative indications for cystic lesions of the pancreas with malignant potential our experience. *Hepatogastroenterology.* 1999; 46(25):483-491.
50. Kimura W, Nagai H, Kuroda A, Muto T, Esaki Y. Analysis of small cystic lesions of the pancreas. *Int J Pancreatol* 1995; 18:197-206.
51. Chowbey PK et al. Laparoscopic intragastric stapled cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst. *J Laparoendoscopic Advan Surg Tech* 2001; 11 (4): 201-205.
52. Mendoza A, Juan Carlos Drenaje laparoscópico de pseudoquiste de páncreas Reporte... *Pseudocyst: Two cases reports Enero, Hondur* 2006; 74:35-37.*.
53. Park, A. E., Heniford, B. T. Therapeutic Laparoscopy of the Pancreas. *Ann Surg* 2002; 236(2):149-158.
54. Pitchumoni CS, Agarwal N. *Gastroenterology Clinics of North America.* En: *Pancreas Update.* Philadelphia: W. B. Saunders Company 1999. p. 615-39.

ANEXOS

ANEXO # 1. PLANILLA DE VACIAMIENTO.

EDAD: _____ SEXO: _____ HC: _____

OCUPACIÓN: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

PANCREATITIS AGUDA _____
PANCREATITIS CRÓNICA _____
ALCOHOLISMO _____
TRAUMA ABDOMINAL _____
LITIASIS BILIAR _____
TUMOR DE PÁNCREAS _____
AMPULOMA _____
OTRO _____

FORMA DE PRESENTACIÓN:

DOLOR ABDOMINAL _____
TUMOR ABDOMINAL _____
ICTERICIA _____
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL _____
OTRA _____

HALLAZGOS DE LABORATORIO:

LEUCOCITOSIS _____
HIPERAMILASEMIA _____
HIPERGLICEMIA _____
FOSFATASA ALCALINA ELEVADA _____
OTROS _____

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS POSITIVOS:

RADIOGRÁFICOS _____
ULTRASONOGRÁFICOS _____
TOMOGRÁFICOS _____
OTRO _____

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS POSITIVOS:

PANENDOSCOPIA _____

CPRE _____

TRATAMIENTO REALIZADO:

ENDOLUMINAL _____
VIDEOLAPAROSCÓPICO _____
CIRUGÍA _____
CONVENCIONAL _____

OPERACIÓN REALIZADA:

CISTODUODENOSTOMÍA _____
CISTOYEYUNOSTOMÍA _____
CISTOGASTROSTOMÍA _____
PANCREATECTOMÍA DISTAL _____
OTRA _____

COMPLICACIONES:

SI _____
NO _____
DESCRIBIR EN CASO POSITIVO _____

MORTALIDAD:

SI _____
NO _____
DESCRIBIR EN CASO POSITIVO _____

