

PSEUDOQUISTE DE COLA PANCREÁTICA COMPLICADO CON ABSCESIFICACIÓN ESPLÉNICA

A. Troncoso – Ramírez¹, F.J. García- Molina², C. Jurado- Castillo³, J.C. Listán-Álvarez⁴, J. López Cepero-Andrada⁵, F. Mateo-Vallejo⁶

Unidad De Gestión Clínica Enfermedades Digestivas. Hospital Jerez De La Frontera. España.^{1,3,4,5}
Servicio De Cirugía General Y Del Aparato Digestivo. Hospital Jerez De La Frontera. España.^{2,6}

Introducción

A pesar de la íntima relación anatómica del páncreas con el bazo, éste raramente se ve afectado en el contexto de las complicaciones de la pancreatitis crónica. La lesión esplénica secundaria a una pancreatitis crónica es infrecuente. La prevalencia, el curso, tratamiento, evaluación y factores de riesgo de las complicaciones esplénicas en el contexto de esta entidad están pobremente documentados en la literatura y su pronóstico puede ser fatal si no se instauran las medidas diagnósticas y terapéuticas de forma precoz.

Caso Clínico

Varón de 46 años que ingresa por dolor intenso en flanco izquierdo y fiebre. Presentaba como antecedentes tabaquismo (20 cigarrillos/día), exbebedor de 80 gr de alcohol diarios y pancreatitis crónica alcohólica. La historia de su pancreatitis se inicia nueve años antes de su ingreso actual, con un primer episodio de pancreatitis grave que precisó hospitalización prolongada. Posteriormente presentó cuatro ingresos más por pancreatitis leve. Desde el primer episodio, se detectó un pequeño pseudoquiste en cola pancreática. Tres meses antes de su ingreso, se realizó TAC de abdomen donde se continuaba visualizando el pseudoquiste de 25 mm en cola pancreática.

Ingresó por dolor intenso en flanco izquierdo de una semana de evolución, acompañado en las últimas 24 horas de fiebre alta y aparición de un exantema generalizado de predominio en tronco (**Figura 1**). A la exploración física el paciente presentaba regular estado general, afectado por el dolor. Temperatura de 38°C. Mantenía tensiones arteriales en torno a 120/80 y 90-100 pulsaciones/min. La auscultación cardiopulmonar era normal. A la palpación abdominal, destacaba dolor en flanco izquierdo, con defensa a este nivel.

En los análisis realizados destacaba una leucocitosis de 15.900 con neutrofilia y una PCR de 15 mg/dl, siendo el resto de la bioquímica completa incluida función renal, iones y amilasa normal. La radiografía de tórax no mostraba alteraciones. Se realizó TAC abdominal de urgencias, donde se objeti-



Figura 1

Exantema cutáneo en tronco.

CORRESPONDENCIA

Alejandra Troncoso Ramírez
C/ San Juan Bautista de la Salle, nº 2, edificio San Marco, puerta 508, CP 11405. Jerez de la Frontera, Cádiz, España.

troncoso232005@yahoo.es

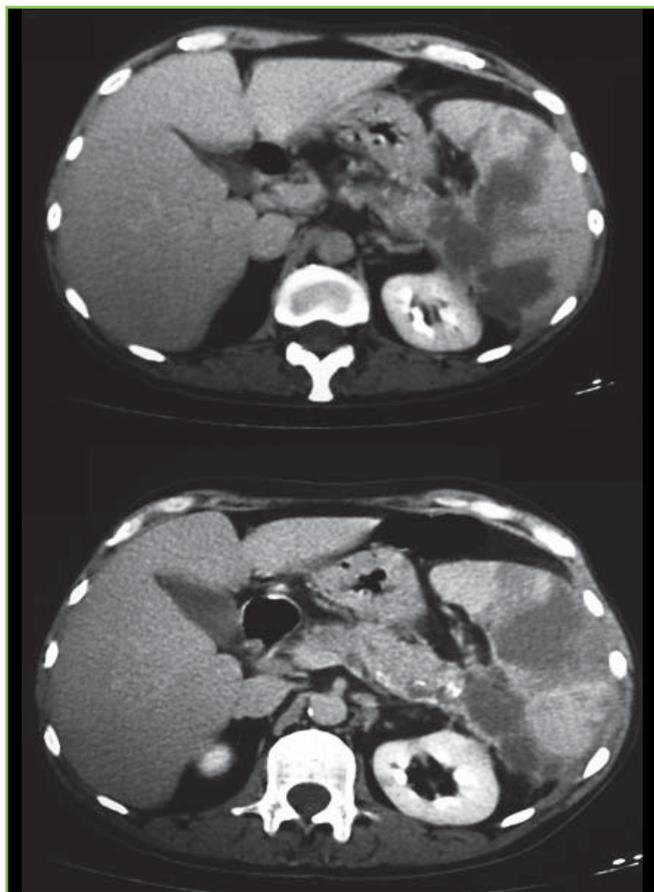


Figura 2

Lesión hipodensa de bordes mal delimitados en tercio inferior de bazo, muy sugestivo de infarto y un pequeño pseudoquiste a nivel de cola pancreática.

vó una amplia lesión hipodensa de bordes mal delimitados en tercio inferior de bazo, muy sugestiva de infarto y un pequeño pseudoquiste a nivel de cola pancreática (**Figura 2**). Ante la posibilidad de pseudoquiste complicado e infectado se instauró tratamiento antibiótico con Imipenen 1gr iv/8 horas, a

pesar de lo cual el paciente persistía con intenso dolor y picos febriles. A los 5 días se realizó angio-RNM de abdomen, en la que se apreciaba una esplenomegalia con numerosas colecciones anfractuadas de señal líquida y sin captación de contraste, así como un afilamiento de la vena esplénica, vasos colaterales en hileo esplénico y perigástricas, y un derrame pleural izquierdo. Ante la ausencia de mejoría clínica y empeoramiento radiológico, con colecciones complejas del bazo, se decidió intervenir al paciente de urgencias. El abordaje se realizó con una incisión subcostal bilateral. Se seccionaron y ligaron los vasos cortos y se despegó el ángulo esplénico del colon del polo inferior del bazo al que se encontraba íntimamente adherido, dando la impresión de una fistulización inminente. Durante estas maniobras se drenó una colección periesplénica y otra esplénica con abundante material purulento que se cultivó. A continuación se movilizó el bazo lateralmente, no sin dificultad por la importante adhesión inflamatoria de este órgano a la parrilla costal y a la fascia de Gerota, y se disecó, ligó y seccionó el hilio esplénico que se encontraba muy engrosado por el proceso flogístico (**Figuras 3 y 4**). Cualquier otra actuación sobre el páncreas se consideró técnicamente inviable. Se lavó y colocó un doble drenaje. El postoperatorio cursó sin incidentes y el paciente fue dado de alta al 7º día. El estudio anatomopatológico del bazo mostró una pieza de 580 gr de 14x6, 5x5 cm con áreas de necrosis y una cavidad de superficie deslustrada y contenido necrótico (absceso esplénico) (**Figura 5**). En el cultivo de la colección y en los hemocultivos extraídos previamente se aisló *Morganella Morgagnii*. A los cuatro días de su alta reingresó por dolor abdominal intenso en hipocondrio izquierdo, sin fiebre pero con leucocitosis importante (20.600 leucocitos). Realizada una TAC se apreció una colección abscesificada en la celda esplénica y otra entre el lóbulo hepático izquierdo y la cara anterior del estómago. Se reintervino de urgencia a las 24 horas drenándose dichas colecciones que estaban formadas por un líquido ocre, pero transparente, cuyo análisis mostró un contenido muy elevado en amilasa. También se tomaron muestras para cultivo bacteriano que resultó negativo. Se lavó abundantemente y se drenó. Durante el postoperatorio inmediato se constató la presencia de

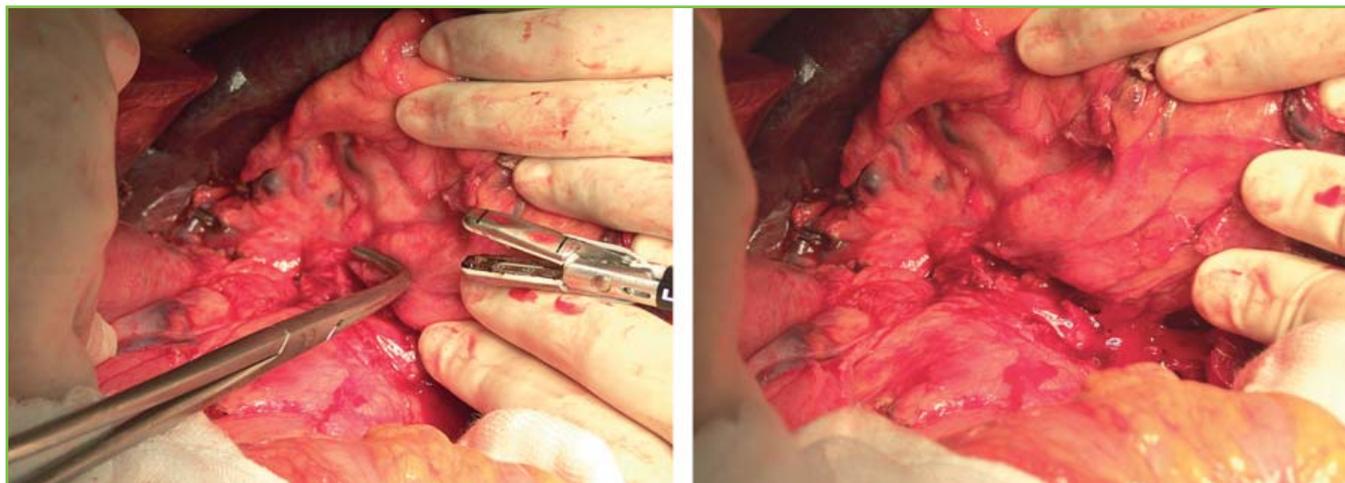


Figura 3

Se han seccionado los vasos cortos y se expone la cara visceral del bazo. Izquierda: las pinzas señalan el hilio esplénico. Derecha: intento de disección del pedículo vascular esplénico dificultado por el proceso inflamatorio.

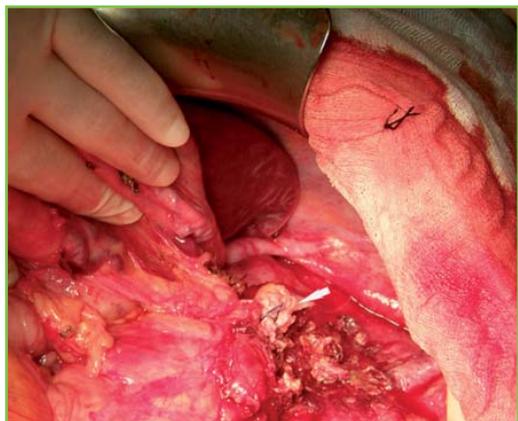


Figura 4

Celda esplénica tras la esplenectomía. La flecha señala la ligadura de los vasos esplénicos.

una fístula pancreática (contenido elevado en amilasa por el líquido drenado) que con tratamiento conservador se consiguió reducir hasta un débito de 30-50 ml/24 h. Tras comprobarse en una TAC de control la ausencia de colecciones abdominales se le dio de alta al paciente el día 22 portando el drenaje para control ambulatorio. A los 42 días de su alta el drenaje cesó y se le retiró el drenaje sin incidentes.

Discusión

El término de pseudoquiste pancreático (PS) engloba aquellas colecciones de líquido pancreático rico en amilasa, encapsuladas por un tejido fibroso, originadas por la licuefacción de la necrosis del tejido visceral que se produce tras un brote de pancreatitis aguda (pseudoquiste postnecrótico)¹. En el contexto de pancreatitis crónica se producen también fugas de líquido pancreático por ruptura de ramas secundarias del

conducto de Wirsung, que originan la formación de pseudoquistes pancreáticos por retención².

Un 90% de los pseudoquistes son únicos, aunque si nos referimos a pancreatitis de origen enólico, como es el caso que nos ocupa, son más frecuentes los pseudoquistes múltiples. Se localizan habitualmente en las zonas adyacentes al páncreas pero también se han reportado localizaciones inusuales en cuello, mediastino, pelvis y escroto³. Ante toda sospecha clínica (palpación de masa epigástrica, evolución tórpida de pancreatitis) o analítica (persistencia de elevación de amilasas en sangre y/o orina), se debe corroborar el diagnóstico mediante una prueba de imagen: tomografía axial computarizada, ultrasonografía endoscópica o colangiopancreático resonancia magnética⁴.

Es importante diferenciar entre las formas agudas de pseudoquiste (de menos de seis semanas desde su aparición), que suelen resolverse espontáneamente en más del 40% de casos, de los pseudoquistes crónicos (de más de seis semanas desde su diagnóstico, que habitualmente no desaparecen de forma espontánea y presentan un riesgo superior de complicación) que aparecen generalmente en el contexto de pancreatitis crónica⁵. Clásicamente se recomendaba el drenaje en aquellos pseudoquistes de más de 6 cm y con persistencia más allá de 6 semanas. Sin embargo, las indicaciones actuales de drenaje son la presencia de síntomas, complicaciones (infección, hemorragia, rotura y obstrucción) y sospecha de malignidad⁶.

En la pancreatitis crónica, si el pseudoquiste está situado en cola de páncreas, es mayor de cuatro centímetros y su tamaño no se reduce en seis semanas, la postura expectante debe cambiar y se debe proponer intervención terapéutica, dado la escasa probabilidad en estos casos de resolución espontánea (27%) y el alto riesgo de complicaciones⁷.

El drenaje tiene la ventaja de poder repetirse en varios tratamientos sucesivos debido a su escasa morbilidad. Mediante esta técnica se pueden drenar los pseudoquistes, tanto infectados como no infectados, en un porcentaje del 67 – 91

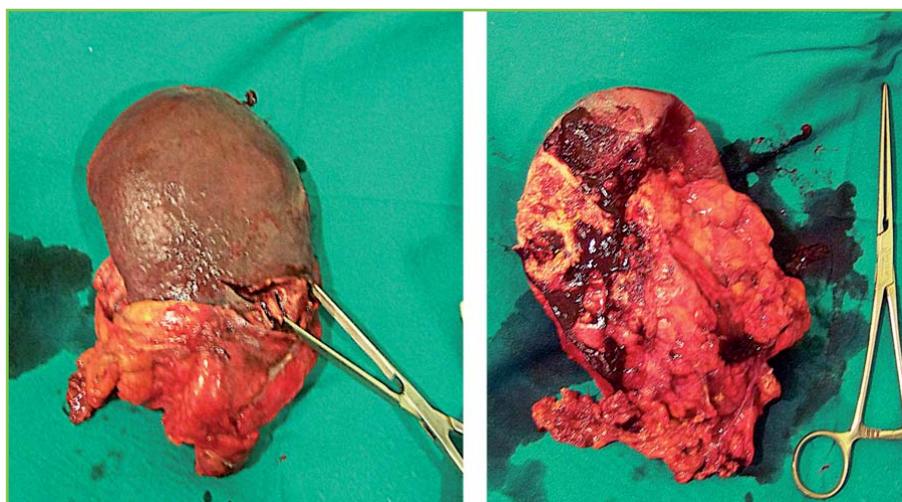


Figura 5

Pieza quirúrgica. Izquierda: cara diafragmática del bazo, mostrándose la cavidad del absceso en su porción más inferior. Derecha: cara visceral, deslustrada con tejido necrótico.

% de los casos⁸. Entre las complicaciones más frecuentes destacan la infección del pseudoquiste en un 10 % de los casos, oclusión o desplazamiento del catéter; celulitis en la zona de punción, punción esplénica o fistulización. Por tanto, este método tiene el inconveniente de alta tasa de infección versus la gran ventaja de que los pseudoquistes sólo recidivan en el 4 % de los casos.

El tratamiento quirúrgico de derivación de los pseudoquistes se reserva exclusivamente cuando fracasa el drenaje o cuando éste no puede realizarse por razones técnicas, ya que se asocia a una elevada mortalidad (cercana al 10%) y alto porcentaje de recurrencias (18%) y complicaciones de hasta un 24 %.

Las complicaciones más frecuentes de los pseudoquistes pancreáticos son la infección, la hemorragia por pseudoaneurisma y la rotura. A pesar de la íntima relación anatómica del páncreas con el bazo, éste raramente se ve afectado en el contexto de la pancreatitis crónica. La lesión esplénica secundaria a una pancreatitis crónica es infrecuente (se han descrito menos de un centenar de casos en la literatura), estimándose aproximadamente en un 1-5% de los casos de pseudoquistes complicados^{9,10}. La prevalencia, el curso, tratamiento, evaluación y factores de riesgo de las complicaciones esplénicas en el contexto de esta entidad están pobremente documentados en la literatura¹¹. Dentro de estas complicaciones cabe destacar los pseudoquistes esplénicos, abscesos, infarto y ruptura esplénica.

La compresión del hilio esplénico por un pseudoquiste o una inflamación pancreática puede producir un infarto esplénico que favorece su posterior infección y absceso. La rareza de esta afección y los signos clínicos poco específicos pueden retrasar su diagnóstico y tratamiento evolucionando a sepsis y a fallo multiorgánico. La ecografía y la tomografía axial computerizada permiten un diagnóstico precoz. Estas complicaciones suelen ocurrir en pacientes con pancreatitis crónica en los primeros cinco años de evolución, y en las series consultadas se ha visto mayor relación con pseudoquistes de cola pancreática y coincidiendo con exacerbaciones agudas de la patología de base con oclusión venosa esplénica¹². Es importante sospecharlo ante pacientes con dolor abdominal irradiado a hombro izquierdo o presencia de derrame pleural izquierdo. En estos casos, la tomografía axial computerizada demuestra presencia de burbujas de aire muy sugestivas de absceso esplénico. La esplenectomía con drenaje de la celda esplénica y antibioterapia sistémica es el tratamiento de elección en estos casos¹³. En nuestro caso, se aisló en hemocultivos seriados y en la muestra quirúrgica la bacteria *Morganella morganii*. Este microorganismo Gram negativo que frecuentemente se relaciona con bacteriemias secundarias a infección del tracto urinario o hepatobiliar, pericarditis, peritonitis bacteriana espontánea, se asocia a altas tasas de mortalidad por mostrar alta resistencia a betalactámicos¹⁴. Dentro de las manifestaciones sistémicas, el rash cutáneo está poco documentado y se relaciona con mal pronóstico al ser un factor predictivo de evolución a septicemia¹⁵.

En conclusión, las complicaciones esplénicas en el contexto de pseudoquistes pancreáticos son muy infrecuentes y han sido pobremente descritas por la literatura (frecuencia 1-5%). Debido a que estas complicaciones conllevan un alto índice de morbi-mortalidad es esencial su sospecha y diagnóstico precoz. El tratamiento recomendado es la pancreatometomía distal y esplenectomía, con tasas de complicaciones, aún así, elevadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Cruz L, Saenz A, Astudillo E. laparoscopic pancreatic surgery in patients with chronic pancreatitis. *Surg Endosc* 2002; 16: 996.
2. Boix Valverde J, et al. Pancreatic pseudocysts. *Gastroenterología Integrada* 2000;1(5): 341- 350.
3. Wiersema MJ. Endosonography-guided cystoduodenostomy with a therapeutic ultrasound endoscope. *Gastrointest Endosc* 1996; 44:614-617.
4. Dani R, Valle AMM, Nogueira CED, Reis GMF, Silva LD: magnetic resonance cholangiopancreatography in cystic lesions of the pancreas. *Pancreas* 2000; 20:313-318.
5. Habashi S, Draganov PV. pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol* 2009; 15(1):38-47.
6. Pithchumoni CS, Agarwal N. Pancreatic pseudocysts. When and how should drainage be performed? *Gastroenterol Clin North Am.* 1999; 28(3):615-39
7. Aghdasi A, Mayerle J, Kraft M et al. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis. *Pancreas* 2008; 36(2):105-112
8. Vitas GJ, Sarr MG. Selected management of pancreatic pseudocysts: Operative versus expectant management. *Surgery* 1992; 111: 123-130.
9. Heider R, Behrns K. Pancreatic pseudocysts complicated by splenic parenchymal involvement: results of operative and percutaneous management. *Pancreas* 2001; 23 (1): 20-25
10. Barbu S, Cazacu M. Splenic complications in alcoholic chronic pancreatitis. *Pancreas* 2006; 33 (4): 445.
11. (Malka D, Hammel P, Lévy P, Sauvanet A, et al. Splenic complications in chronic pancreatitis: prevalence and risk factors in a medical-surgical series of 500 patients. *British Journal of Surgery* 1998; 85: 1645-1649.
12. Wang SJ, Chen JJ, et al. Sequential invasions of pancreatic pseudocysts in pancreatic tail, hepatic left lobe, caudate lobe and spleen. *Pancreas* 1993; 8:133-136.
13. Villalba Ferrer A, Marti Cuñat E, Puche Pla J, et al. Absceso esplénico como complicación de pancreatitis. *Cir Esp.* 1999; 66: 466-468.
14. O'Hara CM, Brenner FW, Miller JM. Classification, identification, and clinical significance of *Proteus*, *Providencia* and *Morganella*. *Clin Microbiol Rev* 2000; 13: 534-46.
15. Chang Gung M. clinical characteristics and risk factors mortality in *Morganella morganii* bacteremia. *J. Microbiol Immunol Infect* 2006; 39(4): 328-334.