

# PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO CON EXTENSIÓN MEDIASTÍNICA. MANEJO CONSERVADOR MEDIANTE DRENAJE ENDOSCÓPICO TRANSPAPILAR.

PANCREATIC PSEUDOCYST WITH MEDIASTINAL EXTENSION. CONSERVATIVE MANAGEMENT THROUGH ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY DRAINAGE.

J.A. Carnerero-Rodríguez, A. Viejo-Almanzor, J. Leal-Téllez, M.J. Soria-de la Cruz

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

## Resumen

Presentamos un caso de pseudoquiste pancreático extendido a mediastino y discutimos la forma de presentación clínica, imágenes obtenidas por Tomografía Computarizada, tratamiento endoscópico aplicado y evolución.

**Palabras clave:** pseudoquiste mediastínico, endoprótesis transpapilar, pancreatitis por alcohol.

## Abstract

We present a case of pancreatic pseudocyst extended to mediastinum and discuss the clinical presentation, images obtained by computed tomography, endoscopic treatment and clinical course.

**Keywords:** mediastinal pseudocyst, transpapillary endoprosthesis, alcoholic pancreatitis.

## Caso clínico

La extensión de pseudoquistes pancreáticos hacia mediastino es una entidad rara con gran importancia clínica, ya que puede derivar en graves complicaciones como digestión inflamatoria de la pared aórtica y esofágica, malnutrición y sepsis<sup>1,3</sup>.

Mujer de 46 años con consumo importante de alcohol y tabaco, antecedentes de esplenectomía y dos episodios de pancreatitis aguda alcohólica. En el primero de ellos presentaba una colección aguda en cuerpo pancreático, con crecimiento y extensión durante el seguimiento a mediastino, siendo remitida a nuestro Servicio para evaluación de tratamiento. Asintomática, con exploración física sin anomalías ni alteraciones analíticas; se objetivó en la Tomografía Computarizada colección peripancreática extendida hacia mediastino posteroinferior, donde alcanzaba su mayor diámetro, de 15x5 cm (**Figuras 1 y 2**). Además existía la presencia de derrame pleural derecho ocupando un tercio del hemitórax. Mediante Colangiopancreatografía Retrógrada

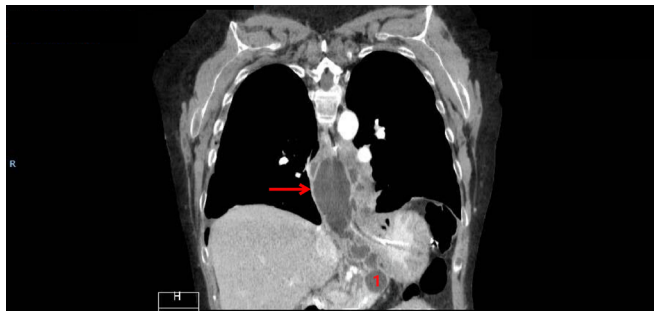
### CORRESPONDENCIA

José Antonio Carnerero Rodríguez  
Hospital Universitario Puerta del Mar  
Avda. Ana de Viya, 21. 11009 Cádiz.  
[carnererojosea38m@gmail.com](mailto:carnererojosea38m@gmail.com)

Fecha de envío: 05/11/2017  
Fecha de aceptación: 29/11/2017

Endoscópica se confirmó disrupción del conducto pancreático principal, colocándose endoprótesis transpapilar plástica (Figura 3). Tras 48 horas, la paciente presentó disnea progresiva y aumento del derrame pleural, con datos de empiema, amilasa >3.000 U y crecimiento de *Candida albicans*. Se realizó drenaje pleural y tratamiento con carbapenem, fluconazol, octreótido y nutrición enteral por sonda. Se consideró opción quirúrgica que fue desestimada por estabilidad clínica y disminución progresiva del tamaño del pseudoquiste, el cual se resolvió completamente tras diez semanas de portar la endoprótesis.

El pseudoquiste pancreático mediastínico presenta mayor incidencia en pancreatitis crónicas por alcohol<sup>2,4</sup>. Los síntomas son secundarios a la compresión e invasión de estructuras adyacentes y pueden provocar situaciones potencialmente mortales como derrame pleural masivo, taponamiento cardíaco o hemotórax<sup>1</sup>. La Tomografía Computarizada y la Resonancia Magnética Nuclear son las exploraciones que presentan mayor precisión diagnóstica<sup>1,3</sup>. El tratamiento debe ser individualizado dada su baja prevalencia<sup>2,4</sup>.



**Figura 1** TC torácico en plano coronal oblicuo. Destaca la relación de continuidad de una colección de gran tamaño en mediastino (flecha) con otras colecciones más pequeñas localizadas caudalmente. La más inferior<sup>1</sup> está en contacto con páncreas y estómago.



**Figura 2** TC torácico en plano sagital. Se observa el esófago colapsado con imagen lineal hiperdensa en su interior, que se corresponde con sonda nasoyeyunal (flecha). Anterior a esófago y en contacto con el mismo se aprecia el pseudoquiste mediastínico<sup>1</sup>, y posterior a esófago se identifica la aorta torácica<sup>2</sup>. Es interesante señalar las relaciones anatómicas entre estas estructuras pues el pseudoquiste pancreático puede ocasionar complicaciones graves si las lesiona.



**Figura 3** TC toracoabdominal en plano coronal. Se señala con la flecha estructura tubular hiperdensa correspondiente a endoprótesis pancreática.

## Bibliografía

1. Kamble R, Gupta R, Gupta A, et al. Thoracoabdominal pseudocyst of pancreas: An rare location, managed by retrocolic retrogastric Roux-en-Y cystojejunostomy. *World J Gastrointest Surg* 2015; 7: 82-85 DOI: 10.4240/wjgs.v7.i5.82.
2. Wronski M, Slodkowski M, Cebulski W, et al. Optimizing management of pancreaticopleural fistulas. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 4696-4703 DOI: 10.3748/wjg.v17.i42.4696.
3. Sethi S, Kheraj R, Sethi N, et al. An interesting case of a mediastinal pseudocyst. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 1833 DOI: 10.1038/ajg.2013.396.
4. Adam M, Elżbieta B, Katarzyna G-U, et al. Large pancreatic pseudocyst penetrating into posterior mediastinum. *Polish Journal of Surgery* 2017; 89 (4): 41-47 DOI: 10.5604/01.3001.0010.3911.