

Pseudoquiste pancreático en niños. Rol del drenaje percutáneo.

Dres. H.A. Questa, G.R. Elmo, L. Korman, J. Lipsich

Servicios de Cirugía General e Imágenes, Hospital de Pediatría J.P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El pseudoquiste de páncreas (PQP) es una enfermedad infrecuente en pediatría. Revisamos los resultados de la terapéutica mínimamente invasiva mediante la colocación de un drenaje al exterior. Se analizaron las historias clínicas de 16 pacientes ingresados a nuestro hospital con diagnóstico de PQP entre enero de 1989 y enero de 1999. El rango de edades fue entre 2 y 13 años (media 6.9). Catorce eran varones y dos mujeres. La etiología fue: traumatismo abdominal en 11, secuela de pancreatitis aguda en 3 e idiopática en 2. Tres pacientes fueron operados antes de instituir como terapéutica el drenaje al exterior. En 5 se realizó drenaje percutáneo guiado con ultrasonografía, en uno punción evacuadora y en los 7 restantes la conducta fue expectante debido a una evolución con tendencia a la desaparición del PQP. En 4 niños que recibieron tratamiento percutáneo se registró la curación del PQP, el otro debió ser drenado por segunda vez, por la remoción accidental precoz del catéter. Si bien tanto nuestra serie como las consultadas muestran entre un 50 a 75% de casos con resolución espontánea, el drenaje percutáneo es una buena alternativa en aquellos pacientes con PQP que no resuelven espontáneamente.

Palabras clave: Pseudoquiste de páncreas - Drenaje percutáneo.

Summary

Pancreatic pseudocyst (PP) is rare in the pediatric patient. We review our results after using a minimally invasive technique of placing an external drainage in sixteen children with PP managed between January 1989 and January 1999. Range of ages was between two and 13 years (median 6.9). Fourteen males and two females. Etiology was abdominal trauma in 11, acute pancreatitis in three and idiopathic in two. Three patients had surgery before performing the minimally invasive external drainage. In five we performed ultrasound guided percutaneous drainage, a direct puncture in one and in the other seven management was conservative since there was a tendency for spontaneous resolution of the cyst. Four children were cured after percutaneous drainage, and a fifth child needed a second drain due to accidental dislodgement of the catheter. Though most series demonstrate a 50 to 75% rate of spontaneous resolution as in our experience, percutaneous drainage continues to be an excellent alternative for those patients that do not resolve spontaneously.

Index words: Pancreatic pseudocyst - Percutaneous drainage.

Resumo

O pseudocisto de pâncreas (PCP) é uma afecção infrequente em pediatría. Revisamos os resultados de terapêutica mínimamente invasiva mediante a colocação de uma drenagem exterior. Foram analisadas as histórias clínicas de 16 pacientes internados no nosso hospital com diagnóstico de PCP entre janeiro de 1989 e janeiro de 1999. A faixa de idade variou de 2 a 13 anos (média 6,9). Catorze eram homens e duas mulheres. A etiologia foi: traumatismo abdominal em 11, sequelas de pancreatite aguda em 3 e idiopática em 2. Três pacientes foram operados antes de se instituir como terapêutica a drenagem exterior. Em 5 realizou-se se drenagem percutânea guiada com ultra-

sonografía, em um punção avaliadora e nos 7 restantes a conduta foi expectante devido a uma evolução com tendência ao desaparecimento do PCP. Em 4 crianças que receberam tratamento percutâneo registrou-se cura do PCP; outro precisou ser drenado pela segunda vez face a saída acidental precoce do catéter. Embora nossa série, como as consultadas, mostrem que 50 a 75% dos casos tiveram resolução espontânea, a drenagem percutânea é uma boa alternativa naqueles pacientes com PCP que não resolvem espontaneamente.

Palavras Chaves: Pseudocisto de pâncreas - Drenagem percutânea.

Introducción

El pseudoquiste de páncreas (PQP) es una enfermedad infrecuente en pediatría. Hasta hace algunos años el PQP sintomático era tratado quirúrgicamente, sin embargo en los últimos años han aparecido muchas publicaciones sobre el tratamiento percutáneo como alternativa terapéutica^{1, 2, 3, 4, 5, 6}.

Presentamos nuestra experiencia inicial con tratamiento percutáneo exclusivo y el criterio para su indicación.

Material y método

Revisamos la serie de 16 pacientes consecutivos con diagnóstico de PQP ingresados al nuestro hospital entre Enero de 1989 y Enero de 1999. Se investigaron edad, sexo, antecedentes, etiología, tiempo de aparición del PQP, manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio y estudios por imágenes (Fig. 1 y 2)

La conducta seguida fue la siguiente:

- Control clínico en internación, valoración del dolor, vómitos y seguimiento ecográfico.

La decisión quirúrgica se basó en: la persistencia del dolor abdominal con vómitos y/o agrandamiento del pseudoquiste.

- El procedimiento quirúrgico fue quistogastrostomía en todos los operados.

El tratamiento percutáneo se efectuó con la siguiente técnica: bajo anestesia general y en quirófano, el primer gesto fue la punción y evacuación, ob-

El pseudoquiste de páncreas (PQP) es una enfermedad infrecuente en pediatría. Hasta hace algunos años el PQP sintomático era tratado quirúrgicamente, sin embargo en los últimos años han aparecido muchas publicaciones sobre el tratamiento percutáneo como alternativa terapéutica^{1, 2, 3, 4, 5, 6}.

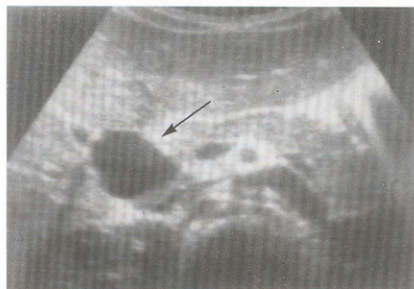


Fig. 1: ultrasonografía que muestra un pseudoquiste ubicado en la cabeza del páncreas (flecha).

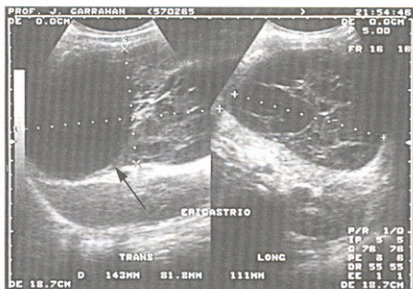


Fig. 2: US a nivel del epigastrio. Gran pseudoquiste pancreático con tabiques (flecha).

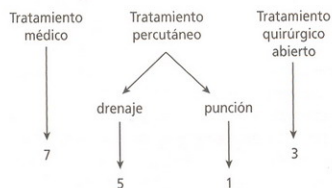


Tabla 1: tratamiento y solución de los pseudoquistes de páncreas.

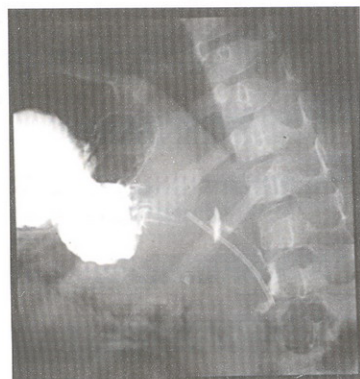


Fig. 5: Rx muestra stent ubicado en el conducto de Wirsung.

cación endoscópica de un stent en el conducto de Wirsung, siendo su evolución favorable, con remisión completa de la lesión a los 15 días del procedimiento (Fig. 5).

Los valores de amilasa dentro del quiste fueron elevados en todos los casos.

El tiempo medio de permanencia de los catéteres fue de 28 días; fueron removidos al comprobar con US la desaparición de la cavidad y cese del débito. Una vez que presentaron valores normales de amilasa en sangre, los niños fueron realimentados sin inconvenientes.

Frecuentemente se vieron en la US pequeñas imágenes quísticas residuales luego de la extracción del catéter: ellas fueron monitoreadas con ecografía y todas se resolvieron espontáneamente en algunos meses.

Discusión

65% de los casos^{8, 14}.

El manejo inicial del PQP debe ser conservador ya que entre el 40 al 70% de los casos resuelven espontáneamente⁹. En nuestra serie la cifra fue del 44%.

La bibliografía sugiere la necesidad de tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos de laceración y/o ruptura del conducto pancreático principal^{9, 10, 11}. Sin embargo en nuestra serie se presentó un caso de ruptura del conducto pancreático y fue tratado exitosamente con drenaje percutáneo y stent en el conducto de Wirsung.

Creemos que debe reservarse la cirugía para aquellos casos en que fracasa el drenaje percutáneo^{1, 9}. Algunos autores proponen el drenaje endoscópico a través de la luz gástrica ó duodenal con porcentajes de éxito cercanos al 70%^{12, 13}; otros realizan drenaje percutáneo transgástrico con colocación de stent^{14, 15}. Hay quienes realizan colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con la colocación de una prótesis en el conducto de Wirsung, cuando ha fallado el drenaje percutáneo^{13, 16}.

El drenaje al exterior del PQP es un método seguro y efectivo utilizado en adultos desde hace varios años¹. Las publicaciones en niños son más recientes y pese a que la conducta inicial es expectante, esperando la desaparición del quiste, los resultados con este tipo de drenaje son muy alentadores^{1, 2, 3, 4, 5, 6}. Además como la mayoría de los pseudoquistes en niños son de origen traumático y asientan sobre un páncreas previamente sano, explicaría una menor tasa de complicaciones y recurrencia que los pacientes adultos¹.

El monitoreo del drenaje se realiza con la tríada de: clínica, amilasas y US evaluando la reducción de la cavidad hasta que éste desaparezca¹.

Algunos autores recomiendan la utilización de Somatostatina ó análogos, en un intento de acelerar la desaparición del pseudoquiste⁷. Los 2 últimos pacientes de nuestra serie fueron tratados con Octeotride, un análogo de Somatostatina, sin que podamos opinar sobre sus eventuales beneficios.

Si bien ha sido reportado que el drenaje percutáneo no disminuye los días de hospitalización ni los de alimentación parenteral, con este se aliviaron los síntomas y se evitó la cirugía abierta^{1, 17}.

Bibliografía

- Hendrickson M, Matlak ME, et al: Treatment of traumatic pancreatic pseudocyst in children: the role of percutaneous catheter drainage. *Pediatric Surgery Intern.* (1990) 5: 347-349.
- Bass J., DiLorenzo M., et al: Blunt pancreatic injuries in children: The role of percutaneous external drainage in the treatment of pancreatic pseudocyst. *J Pediatr Surg* 23(8): 721-724, 1988.
- Elewaut AE., Afschrift M., Elewaut A.: Treatment of pancreatic pseudocysts by percutaneous drainage. Review and personal experience. *Acta Gastroenterol. Bel.* 61 (2): 164-168, 1998.
- Shilyansky J., Sena LM., et al.: Nonoperative management of pancreatic injuries in children. *J Pediatr Surg.* 33 (2):343-349, 1998.
- Prokopenko IuD., Kovalchuk ES.: Successful treatment of pancreatic pseudocyst in a child with transcatheter drainage under ultrasound control. *Vestn Khir Im I I Grek (Russia)* 157(1): 82, 1998.
- Sinibaldi G., Ferrari G., Manzini L., Pattacini P.: Invasive, non-surgical treatment of post-traumatic pancreatic pseudocyst. Report of a clinical case. *Minerva Chir* 51(9):737-738, 1996.
- Bosman-Vermeeren JM., Veerman -Wauters G., et al.: Somatostatin in the treatment of a pancreatic pseudocyst in a child. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 23(4):422-425, 1996.
- Yeung CY., Lee HC., et al.: Pancreatitis in children- experience with 43 cases. *Eur J Pediatr* 155(6):458-463, 1996.
- Lucaya J., Vazquez E., et al.: Non-operative management of traumatic pancreatic pseudocysts associated with pancreatic duct laceration in children. *Pediatr Radiol* 28(1):5-8, 1998.
- Yang Y., Huang Y., Xia J.: Diagnosis and surgical management of pancreatic pseudocyst. *Chung Hua Wai KO Tsa Chic* 34(6):355-358, 1996.
- Wasadikar PP., Dawle AV., Kulkarni A.: Pseudocysts of pancreas in children. *Indian J Med Sci* 50(6):190-191, 1996.
- Beckingham JJ., Krige JE., Borman PC., Terblanche J.: Long term outcome of endoscopic drainage of pancreatic pseudocyst. *Am J Gastroenterol* 94(1): 71-74, 1999.
- Guelrud M.: Endoscopic therapy of pancreatic disease in children. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 8(1):195-219, 1998
- Sacks D., Robinson ML.: Transgastric percutaneous drainage of pancreatic pseudocyst. *AJR* 151:303-306, 1988.
- Davies RP., Cox MR., et al.: Percutaneous cystogastrostomy with a new catheter for drainage of pancreatic pseudocysts and fluid collections. *Cardiovasc Intervent Radiol* 19(2):128-131, 1996.
- Ng B., Murray B., Hingstong G., Windsor JA.: An audit of pancreatic pseudocyst management and the role of endoscopic pancreatography. *Aust N Z J Surg* 68(12): 847-851, 1998.
- Shahrudin MD., Noori SM.: Pancreatic pseudocyst: the controversial value of total parenteral nutrition. *Hepatogastroenterology* 44(14):559-563, 1997.

Trabajo presentado en el 33º Congreso Argentino de Cirugía Pediátrica, Buenos Aires, Argentina, Noviembre de 1999.

Dr. H.A. Questa
Sierra Grande 2680
(1417) Capital Federal
Argentina