

PANCREATITIS AGUDA SEVERA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTES SECUNDARIA A COLELITIASIS EN PACIENTE PEDIÁTRICO

ACUTE SEVERE PANCREATITIS COMPLICATED WITH PSEUDOCYSTS SECONDARY TO CHOLELITHIASIS IN A PEDIATRIC PATIENT

Karen N. Cueva¹
Mary C. Zavaleta²
Walter G. Estela²
Roberto Espinoza³

Recibido: 11 de noviembre del 2018
Aceptado: 1 de diciembre del 2018

RESUMEN

Objetivo: comunicar un caso, las opciones diagnósticas y qué tratamiento realizar ante el crecimiento de incidencia de esta patología en la población pediátrica.

Caso clínico: Paciente mujer de 11 años de edad, se reveló en TAC un pseudoquiste en páncreas de 171 x 101, se realizó un drenaje laparoscópico y colecistectomía laparoscópica.

Conclusiones: El drenaje endoscópico del pseudoquiste pancreático es una opción efectiva, relativamente segura y con pocas complicaciones.

Palabras clave: Colelitiasis, pancreatitis aguda, pseudoquiste

1 Departamento de pediatría, hospital Víctor Lazarte Echegaray, La Libertad, Perú.
2 Escuela de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
3 Docente de pregrado de la escuela de Medicina Humana.

SUMMARY

Objective: to report a case, the diagnostic options and what treatment to perform in the face of the growing incidence of this pathology in the pediatric population.

Clinical case: 11-year-old female patient revealed a pancreatic pseudocyst of 171 x 101 on CAT, laparoscopic drainage and laparoscopic cholecystectomy.

Conclusions: Endoscopic pancreatic pseudocyst drainage is an effective option, relatively safe and with few complications.

Keywords: Cholelithiasis, acute pancreatitis, pseudocyst

INTRODUCCIÓN:

La pancreatitis aguda ha sido estudiada desde la época de Galeno; y Giovanni Battista Morgagni, en 1761, describió, por primera vez, el pseudoquiste pancreático. ⁽¹⁾

La pancreatitis aguda es la inflamación del páncreas que puede afectar de manera local o sistémica y con el tiempo provocar que el órgano falle. Se caracteriza por dolor abdominal brusco, elevación de las enzimas pancreáticas definiéndose como valores de amilasa y / o lipasa séricos ≥ 3 veces su valor normal y hallazgos de imágenes consistente con pancreatitis aguda. ⁽²⁾

Según la clasificación de Atlanta está dividida en pancreatitis intersticial edematosa y pancreatitis necrotizante; la clasificación de PETROV (International multidisciplinary classification of acute pancreatitis severity 2013), la divide en pancreatitis aguda leve, moderada y severa. ⁽³⁾

Una de sus mayores complicaciones, es el pseudoquiste pancreáticos, que ocurre en el 10% en la población pediátrica; es una colección de líquido rico en amilasa, localizado cerca o dentro del páncreas que se encuentra rodeado de una pared no epitelizada, y produce una reacción inflamatoria cuando hay extravasación del líquido que produce un tejido fibroso adyacente. Además se clasifica según su origen: intergastrocólico, intergastrohepático, subcólica; y, según D' Egidio y Schein, se le clasificó en tipo I, II y III. ⁽⁴⁾

El incremento de pancreatitis aguda en las dos últimas décadas en la población pediátrica ha sido de 12.3 por cada 100,000 niño y las causas son diversas, pero tiene como predominio en factores biliares/obstructivos, medicamentos y enfermedades multisistémicas. ⁽⁵⁾

En un 50% de los pseudoquistes tiene resolución esponánea en las 6 primeras semanas, pero al pasar este periodo de tiempo es evaluado de acuerdo al tamaño del quiste y la clínica que presente para realizar correcto tratamiento como drenajes percutáneos, terapia endoscópica e intervención quirúrgica. ⁽⁵⁾

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 11 años de edad, quien hace un mes y medio presentó, de manera súbita, dolor abdominal en mesogastrio acudiendo a consulta médica en compañía de un familiar. Luego, el dolor se intensificó y tornó "en cinturón". 5 d.a.i., se agregaron vómitos de contenido bilioso en 4 oportunidades, por lo que ha llegado a Policlínico, solicitándole ecografía abdominal, tomografía helicoidal multicorte (THEM) y exámenes de laboratorio (amilasa: 1557 U/L, lipasa: 1641 U/L)

La ecografía reveló vesícula de paredes engrosadas de 5 mm e imágenes cálcicas de 15x11 mm; páncreas no visible por interposición gaseoso-intestinal; y la THEM, 2 pseudoquistes en páncreas y líquido en cavidad abdominal; diagnosticándole pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático (Fig.1). Fue hospitalizada, derivada al gastroenterólogo y luego a cirugía, operada por colecistectomía laparoscópica presentando evolución favorable y saliendo de alta.

Paciente continúa con dolor abdominal en cinturón por lo que ingresa al HVLE. Se le solicitó TAC (Fig. 2) la cual reveló pseudoquiste en páncreas de 171 x 101. Fue hospitalizada y derivada al cirujano quien, por laparoscópica, aperturó la pared anterior del estómago con incisión de 3 cm, llegando a la pared posterior, aperturándola e incidiendo en cara anterior del pseudoquiste, realizando cistogastroanastomosis y drenando su contenido hacia la cavidad gástrica, finalizando con el cierre de la pared anterior del estómago. (Fig. 3 y 4)

Luego, permaneció internada para ver su evolución que, al ser favorable, fue dada de alta al décimo día.

DISCUSIÓN:

La pancreatitis aguda (PA) en niños ha ganado más atención en las últimas décadas, ya que se documentó un aumento en la incidencia. ^(5, 6)

El INSPPIRE (Grupo de estudio internacional de pancreatitis pediátrica) con la finalidad de estandarizar definiciones, desarrollar algoritmos de diagnóstico, investigar fisiopatológica para así tener una mejor comprensión de la enfermedad y brindar tratamientos efectivos, definió pancreatitis aguda pediátrica empleando los criterios mencionados en la introducción. ⁽⁷⁻⁹⁾

Según los conocimientos actuales la pancreatitis aguda, pancreatitis recurrente, y pancreatitis crónica se ven como una continuación del proceso de la enfermedad. En estos últimos años, se ha observado que la etiología de la pancreatitis pediátrica es variada asociado con mayor frecuencia a traumatismo y enfermedad sistémica, otras causas son las farmacológicas, cálculos biliares, mutaciones genéticas, anomalías anatómicas, trastornos metabólicos e idiopática. ⁽¹¹⁻¹²⁾

En niños, el diagnóstico de pancreatitis aguda o crónica puede ser retrasado Por lo infrecuente aparición de pancreatitis en la infancia. ⁽¹²⁾

Las complicaciones de la pancreatitis aguda se han dividido en locales o sistémicas según la revisión de la clasificación de Atlanta publicada en 2013 ⁽¹³⁾. La fase temprana de la complicación local mediante TC abdominal con contraste o IRM con contraste se clasifica en colección de líquido peripancreático agudo (APFC) y colección necrótica aguda (ANC). Una cápsula radiológicamente identificable formada 4 o 6 semanas después del inicio de los

síntomas es la característica histórica de la complicación local de fase tardía (14). La Pancreatitis crónica progresa en la mitad de los pacientes con colección de líquido peripancreático agudo bien circunscrito, redondeado, con atenuación homogénea con pared de realce definida (15).

Solo hay observaciones esporádicas de pancreatitis aguda complicada por pseudoquiste en niños con anomalías pancreáticas ya que es particularmente rara, el pseudoquiste pancreático es una afección benigna caracterizada por una colección de jugo intra o extra pancreático que carece de un revestimiento epitelial⁽¹⁶⁾. Su tratamiento no está estandarizado. Se han descrito tres enfoques diferentes para tratar un pseudoquiste pancreático: drenaje percutáneo, endoscópico o quirúrgico.⁽¹⁷⁾

Los pseudoquistes pancreáticos sintomáticos se han manejado clásicamente con drenaje quirúrgico percutáneo y, más recientemente, endoscópico. Si bien el papel de este último está bien definido en la población adulta, su utilidad en los niños debe ser aclarada.⁽¹⁸⁾ La presencia de síntomas clínicamente significativos justifica el drenaje de estas colecciones de líquidos⁽⁶⁾. El drenaje guiado por ultrasonido endoscópico es una modalidad de primera línea mínimamente invasiva para el drenaje de la recolección de líquido pancreático (PFC), lo que resulta en una estadía hospitalaria más corta y menos morbilidad en comparación con la cistogastrostomía quirúrgica.⁽¹⁶⁾ El manejo endoscópico de la colección de líquido pancreático es seguro y efectivo en adultos. El uso del procedimiento guiado por ultrasonido endoscópico (USE) ha mejorado la eficacia y la seguridad del drenaje de las colecciones de líquido pancreático, que aún no se han estudiado bien en poblaciones pediátricas, salvo un volumen escaso de series de casos pequeños.⁽¹⁹⁾ Los excelentes resultados del drenaje guiado por EUS en pacientes adultos también deben verificarse en niños y adolescentes.⁽²⁰⁾

Esta experiencia indicaría que el drenaje endoscópico del pseudoquiste pancreático es una opción efectiva y relativamente segura para manejar este problema en niños.^(18, 21)

Este enfoque proporciona tasas de éxito similares con complicaciones bajas y mejor calidad de vida en comparación con la cirugía.⁽²²⁾

Incluso en la era no invasiva, el abordaje quirúrgico para el tratamiento de grandes pseudoquistes complicados en niños aún representa un abordaje seguro y factible en emergencias como abdomen agudo, sangrado o sepsis; los estudios indican resultados excelentes a largo plazo.^(17, 21)

El tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos persistentes en los niños depende de la etiología, donde los pseudoquistes de etiologías no traumáticas son más propensos a requerir intervenciones quirúrgicas, mientras que los pseudoquistes de etiología traumática son más susceptibles de tratamiento conservador. Para los niños con síntomas persistentes o complicaciones, la terapia quirúrgica es segura y efectiva.⁽²¹⁾

El seguimiento postoperatorio es importante en los pacientes con la alimentación enteral baja en lípidos que se reanudarán gradualmente en los próximos 10 días y evaluación del secado del drenaje.⁽¹⁸⁾

En el presente reporte de caso la paciente tuvo una resolución completa del pseudoquiste, clínica y radiológicamente después de períodos de seguimiento de 3 meses postdrenaje laparoscópico posterior.

El diagnóstico se realiza bajo un conjunto de características clínicas, biológicas y radiológicas siendo la decisión del tratamiento terapéutica dependiente del tamaño del pseudoquiste. El tratamiento endoscópico parece más interesante con buenos resultados.⁽¹⁶⁾

CONCLUSIONES:

No existe un tratamiento específico para esta patología, la terapia de soporte que incluye fluidos endovenosos, la supresión del agente agresor de ser posible, soporte nutricional y analgesia. El objetivo de primera mano ante un paciente pediátrico es calmar su molestia y proceder a evitar la complicación frecuente de esta patología.

El drenaje endoscópico del pseudoquiste pancreático es una forma de tratamiento relativamente segura. Debemos decir que la pancreatitis aguda de presentación cada vez mayor en la población pediátrica, debe tener un continuo seguimiento pre y postoperatorio para su adecuado tratamiento y resolución.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Acute pancreatitis. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 18 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25616312>
2. Kasper DL. Harrison principios de medicina interna. Aravaca, Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España; 2015.
3. New Management Guidelines for Both Children and Adults With Acute Pancreatitis - Gastroenterology [Internet]. [citado 15 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)34528-1/abstract](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)34528-1/abstract)
4. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis - Gastroenterology [Internet]. [citado 15 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)30076-3/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)30076-3/fulltext)
5. Morinville V, Barmada MM, Lowe M. Increasing Incidence of Acute Pancreatitis at an American Pediatric Tertiary Care Center: Is Greater Awareness Among Physicians Responsible? *Pancreas*. 1 de enero de 2010;39(1):5-8.
6. Poddar U, Yachha S, Borkar V, Srivastava A, Kumar S. A Report of 320 Cases of Childhood Pancreatitis: Increasing Incidence, Etiologic Categorization, Dynamics, Severity Assessment, and Outcome. *Pancreas*. 1 de enero de 2017;46(1):110-5.
7. Morinville V, Husain S, Bai H, Barth B, Alhosh R, Durie P, et al. Definitions of Pediatric Pancreatitis and Survey of Present Clinical Practices. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 1 de septiembre de 2012;55(3):261-5.
8. Majbar AA, Cusick E, Johnson P, Lynn RM, Hunt LP, Shield JPH. Incidence and Clinical Associations of Childhood Acute Pancreatitis. *Pediatrics*. 1 de septiembre de 2016;138(3):e20161198.
9. Werlin S, Kugathasan S, Frautschy B. Pancreatitis in Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 1 de noviembre de 2003;37(5):591-5.
10. Rygiel AM, Beer S, Simon P, Wertheim-Tysarowska K, Oracz G, Kucharzik T, et al. Gene conversion between cationic trypsinogen (PRSS1) and the pseudogene trypsinogen 6 (PRSS3P2) in patients with chronic pancreatitis. *Hum Mutat*. marzo de 2015;36(3):350-6.
11. Wejnarska K, Kolodziejczyk E, Wertheim-Tysarowska K, Dadalski M, Sobczynska-Tomaszewska A, Kierkus J, et al. The Etiology and Clinical Course of Chronic Pancreatitis in Children With Early Onset of the Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;63(6):665-70.
12. Oracz G, Wejnarska K, Kolodziejczyk E, Kierkus J. Pediatric Acute and Chronic Pancreatitis: Increase in Incidence or Increasing Awareness? *Pancreas* [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 26 de junio de 2019];46(6). Disponible en: insights.ovid.com
13. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus | *Gut* [Internet]. Disponible en: <https://gut.bmj.com/content/62/1/102>

14. The Revised Atlanta Classification of Acute Pancreatitis: Its Importance for the Radiologist and Its Effect on Treatment | Radiology [Internet]. Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.11110947>
15. Zaheer A, Singh VK, Qureshi RO, Fishman EK. The revised Atlanta classification for acute pancreatitis: updates in imaging terminology and guidelines. *Abdom Imaging*. 1 de febrero de 2013;38(1):125-36.
16. Cherrabi H, Aboueljaoud H, Harouna AD, El Madi A, Khattala K, Bouabdallah Y. [Pancreatic pseudocyst in children: about 7 cases]. *Pan Afr Med J*. 2019;32:77.
17. Meniconi RL, Caronna R, Schiratti M, Casciani E, Russillo G, Chirletti P. Acute pancreatitis complicated by infected pseudocyst in a child with pancreas divisum. *Ann Ital Chir*. agosto de 2013;84(4):459-62.
18. New Management Guidelines for Both Children and Adults With Acute Pancreatitis - Gastroenterology [Internet]. [citado 15 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)34528-1/abstract](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)34528-1/abstract)
19. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis - Gastroenterology [Internet]. [citado 15 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)30076-3/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)30076-3/fulltext)
20. Nabi Z, Talukdar R, Reddy DN. Endoscopic Management of Pancreatic Fluid Collections in Children. *Gut Liver*. 15 de julio de 2017;11(4):474-80.
21. Teh SH, Pham TH, Lee A, Stavlo PL, Hanna AM, Moir C. Pancreatic pseudocyst in children: the impact of management strategies on outcome. *Journal of Pediatric Surgery*. 1 de noviembre de 2006;41(11):1889-93.
22. Giovannini M. Endoscopic Ultrasound-Guided Drainage of Pancreatic Fluid Collections. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. abril de 2018;28(2):157-69.

ANEXO:

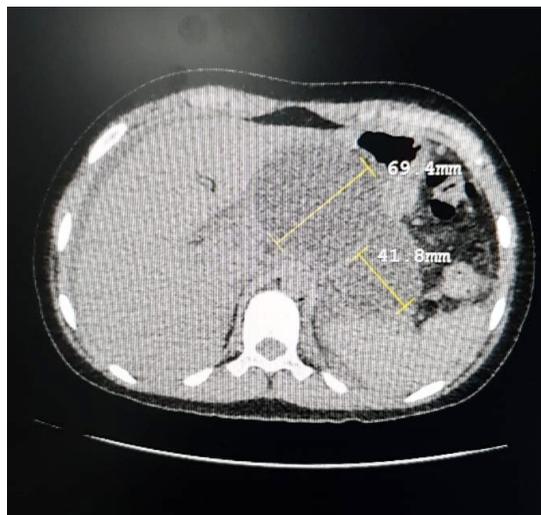


Fig. 1: THEM con 2 pseudoquistes pancreáticos en cabeza y cola, de 69.4 mm y 41.8 mm de diámetro, respectivamente.