

Monografía. Rocío Villarruel
Diagnóstico por Imágenes.

Congreso Argentino de Radiología

Pseudoquiste pancreático gigante

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste pancreático es una entidad cuyo diagnóstico estuvo limitado durante décadas a pacientes con alta sospecha clínica y lesiones con dimensiones suficientemente grandes, como para ser palpadas y reconocidas mediante signos radiológicos indirectos secundarios al desplazamiento de órganos y vísceras adyacentes. El vertiginoso desarrollo de las técnicas de imagen avanzadas como son la ultrasonografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la colangiopancreatografía, entre otras, han permitido un aumento en la frecuencia diagnóstica del pseudoquiste pancreático (en ocasiones subclínico), así como un mayor conocimiento de su historia natural y un mejor manejo terapéutico. Por ello, en la actualidad el dominio de los signos radiológicos juega un papel primordial en su diagnóstico y tratamiento. El pseudoquiste pancreático se define como una colección de más de 4 semanas de evolución, limitada por una pared fina de tejido reactivo granulomatoso o conectivo, sin revestimiento epitelial (a diferencia de los quistes verdaderos) y cuyo aspirado demuestra líquido estéril, hipocelular y rico en enzimas pancreáticas, secundario a la extravasación de estas últimas. Se presentan como complicación en el 15% de las pancreatitis agudas, relacionándose también con pancreatitis crónicas e ingesta crónica de alcohol (75 %). Según Greenberger, los pseudoquistes suelen deberse a procesos inflamatorios pancreáticos en el 90% de los casos y a traumas pancreáticos en el 10%. Pueden ser únicos o múltiples y tener un tamaño variable, llegando a presentar grandes dimensiones, independientemente de su tiempo de evolución. Se localizan dentro o fuera del páncreas y su pared puede relacionarse con estructuras adyacentes, como el estómago, el colon transversal o la pared abdominal.

Clinicamente se presentan en pacientes con consumo crónico de alcohol, cuadros previos de pancreatitis, dolor abdominal, pérdida de peso, y al examen físico puede palparse una masa epigástrica.

Se han descrito complicaciones en el 30 a 50% de las pseudoquistes y las más frecuentes son: ictericia, infección secundaria del quiste, fistulización a estructuras adyacentes y hemorragias. El dolor persistente y la elevación de la amilasa sérica sugieren el diagnóstico.

Éste y las pruebas de imagen (US, TC) serán la base del diagnóstico clínico inicial. El juicio clínico se confirmará con el estudio del contenido del pseudoquiste, que demostrará niveles de amilasa elevados, muy sugestivos de comunicación entre la colección y los conductos pancreáticos. No obstante, una cifra elevada de amilasa en el líquido no es suficientemente específica como para establecer el diagnóstico, por lo que nos apoyaremos en el estudio citológico negativo para células malignas, así como también en la negatividad de los marcadores tumorales. Lewandrowski concluyó que la punción de una lesión quística pancreática y el análisis de su contenido pueden proporcionar una orientación etiológica preoperatoria. Mediante el análisis de la viscosidad, determinación de CEA, CA 125 y la citología en el líquido, consiguió distinguir lesiones quísticas malignas y potencialmente malignas de los pseudoquistes y cistoadenomas serosos. En cuanto al diagnóstico diferencial, existen varias a descartar. Las duplicaciones intestinales son anomalías congénitas que, desde el punto de vista radiológico, se presentan como una masa quística tubular o esférica, localizada en el mismo sentido de la luz intestinal normal y con una mucosa ecogénica en su interior, paralela a la pared del quiste. Radiológicamente, los abscesos se presentan como colecciones de tamaño variable, con paredes gruesas, que pueden contener gas y/o ecos internos, habitualmente acompañados de clínica infecciosa. También los quistes hidatídicos se muestran como quistes complejos. Los divertículos gástricos o duodenales aparecen como estructuras quísticas que están en comunicación con la pared gástrica o duodenal que les da origen y que frecuentemente se acompañan de nivel hidroaéreo. Los quistes mesentéricos muestran una imagen quística en el mesenterio u omentum, uni o multilocular con ecos internos y, en ocasiones, con calcificaciones en su pared. Etiológicamente, los más frecuentes son los linfangiomas de paredes finas y adheridos al intestino. El hecho de que el 90% de las lesiones quísticas del páncreas sean atribuidas a pseudoquistes es un punto polémico, aun reconociendo que son los más frecuentes. Desde el punto de vista clínico-radiológico, Howell recomienda la consideración de varios aspectos que nos harían dudar del diagnóstico de pseudoquiste, sin poder descartar etiología maligna de la colección pancreática.

Los más relevantes son:

- a) Ausencia de clínica compatible con pancreatitis, ya sea aguda, crónica o traumatismo pancreático.
- b) Ausencia de cambios inflamatorios en el estudio tomográfico de la región pancreática.
- c) Presencia de tabiques intracavitarios.

Sahani calculó el valor predictivo positivo para benignidad y malignidad en lesiones quísticas pancreáticas sobre la base del tamaño del quiste y la ausencia o presencia de septos. Para ello, determinó retrospectivamente la frecuencia de malignidad en pequeñas lesiones quísticas menores a 3 cm y concluyó que la mayoría de los pequeños quistes eran benignos. El 42% fueron quistes uniloculares y, de estos últimos, todos fueron benignos (excepto uno). En el 20% de los casos, la presencia de septos fue asociada a lesiones *borderline* o malignidad *in situ*. A pesar de que estamos ante una masa con un eje máximo de aproximadamente 16 cm y que en la literatura los pseudoquistes pancreáticos tienen dimensiones máximas medias que rondan los 8-9 cm, éste debe ser siempre un diagnóstico diferencial a considerar, ya que se trata de una masa quística simple. Gouyon *et al* estudiaron retrospectivamente los casos complicados de pancreatitis crónica con pseudoquistes entre enero de 1983 y diciembre 1993, y encontraron que el 90% de los pseudoquistes presentaba un diámetro máximo menor a 8 cm. Cheruvu, por su parte, describió que el tamaño medio de los pseudoquistes en pacientes con pancreatitis aguda era de 9 cm, mientras que en las pancreatitis crónicas era de 7 cm. Sobre este punto, Sandberg y Dervenis hacen referencia a un estudio realizado sobre material recogido desde 1985 hasta 2001 en el Hospital Universitario de Galveston, Texas. Éste demostró que el diámetro medio de pseudoquistes en 103 pacientes con pancreatitis crónica fue de 9 ± 1 cm. No obstante, según la literatura revisada por estos autores, existen reportes de pseudoquistes que han alcanzado excepcionalmente los 35 cm. Respecto al algoritmo diagnóstico del pseudoquiste pancreático, muchos autores recomiendan una exploración ecográfica inicial que se completaría con el estudio tomográfico y la CPRE. La resonancia magnética y la arteriografía pueden también estar indicadas (hasta el 10% de las pancreatitis desarrollan un pseudoaneurisma, siendo la arteria esplénica la más frecuentemente afectada). En un estudio retrospectivo, que incluyó 58 pacientes con masas quísticas pancreáticas histológicamente demostradas, Visser y sus coautores determinaron la exactitud de la TC y RM en la caracterización de dichas masas. A su vez, concluyeron que ambas técnicas son, de manera similar, razonablemente precisas en la caracterización de las masas quísticas del páncreas, principalmente al clasificarlas como benignas o malignas.

El hallazgo radiológico más característico del pseudoquiste pancreático es la presencia de una masa quística redondeada u ovoidea de tamaño variable (frecuentemente entre 2 y 9 cm), única en más del 90% de los casos, con un volumen líquido que puede superar los 5000 ml e infiltrar los planos grasos peripancreáticos. Generalmente, son de aspecto simple (aunque en el 6% pueden verse multiloculados, incluso en ausencia de complicaciones). Kim y sus colaboradores plantean la probabilidad de realce de la pared de los pseudoquistes tras la administración de contraste intravenoso, a pesar de su escaso grosor. Al respecto, Kalb recuerda que el tejido blando presente en el pseudoquiste está compuesto por elementos no vascularizados y que el realce que puede observarse corresponde a tejido de granulación y fibrosis. Además, este autor insiste en que la lesión no es un pseudoquiste pancreático cuando dentro de una lesión quística vemos elementos vascularizados. Ecográficamente podemos demostrar la morfología de la imagen quística anecogénica, de pared lisa y refuerzo acústico posterior. Durante su formación, el pseudoquiste puede tener ecos internos de aspecto complejo que desaparecen rápidamente al madurar. El detritus dentro de los pseudoquistes se evidencia por ecos dispersos de baja intensidad, secundarios a la degradación de células inflamatorias. Raramente se pueden observar calcificaciones en las paredes de pseudoquistes muy evolucionados. Habashi y Draganov enfatizan que, durante las primeras fases del desarrollo de los pseudoquistes, estos pueden presentarse como lesiones complejas con diversos grados de ecos internos. Si bien desaparecen al tiempo en la mayoría de los casos, inicialmente pueden conducir a errores diagnósticos. Por lo general, esta apariencia es el resultado de la presencia de restos necróticos y es más común en pseudoquistes secundarios a pancreatitis aguda necrotizante que a pancreatitis crónica. Los pseudoquistes también pueden tener un aspecto complejo cuando se produce una hemorragia o infección en su interior. El estudio tomográfico se centra en la confirmación de la imagen redondeada de paredes finas en relación con el páncreas, de densidad cercana al agua y que puede acompañarse de signos inflamatorios pancreáticos con afectación de la grasa adyacente. Un 15% de los pseudoquistes se ubica en la cabeza del páncreas, mientras que el 85% restante se distribuye por el cuerpo y la cola. En el 70% de los casos, la CPRE puede identificar la comunicación entre el pseudoquiste y los conductos pancreáticos. Desde el punto de vista terapéutico, las alternativas van desde el manejo conservador hasta la extirpación o drenaje quirúrgico, percutáneo o endoscópico. Yeo en una serie de 75 pacientes con pseudoquistes, documentados mediante tomografía computarizada, concluyó que una gran proporción de pacientes con pseudoquistes se puede tratar de forma conservadora bajo seguimiento. A su vez, para pseudoquistes asintomáticos o que no disminuyan de tamaño con terapia conservadora, Palanivelu recomienda drenaje laparoscópico interno en pseudoquistes maduros de diámetro > 6 cm o con una duración > a 6 semanas.

En una serie de 36 casos tratados inicialmente de forma conservadora, Cheruvu describe que, del total pacientes, 14 (39%) fueron seguidos mensualmente con técnicas de imagen y se logró su curación. De los 22 restantes, 12 requirieron drenaje percutáneo radiológico, 1 drenaje por cistogastrostomía endoscópica y sólo 9 cirugía abierta. Del total de pacientes, sólo 5 presentaron un episodio recurrente. Es por ello que, desde el punto de vista de la imagen, la valoración morfológica de la lesión y su evolución temporal son aspectos importantes que pueden condicionar el manejo terapéutico. El principal imitador de un pseudoquiste es el cistoadenoma mucinoso y puede haber un solapamiento significativo entre las características de imagen de las dos entidades. En este caso, Kalb plantea que el seguimiento con estudios de imagen seriados es útil, ya que el pseudoquiste pancreático a menudo se desarrolla en intervalos cortos, mientras que el cistoadenoma mucinoso suele mantenerse sin cambios significativos durante largos intervalos. Además, la pancreatitis aguda o crónica no está frecuentemente asociada al cistoadenoma mucinoso. Las vías de drenaje a utilizar pueden ser: retro o transperitoneales, transgástricas, transhepáticas o transduodenales. La probabilidad de recurrencia del pseudoquiste por drenaje interno hacia el estómago es mínima, por lo que se considera la ruta de elección en los casos que se asocian a obstrucción del conducto pancreático.

CONCLUSIÓN

Los pseudoquistes pancreáticos forman parte de una amplia gama de lesiones quísticas del páncreas. Estos pseudoquistes en ocasiones presentan grandes dimensiones que nos pueden inducir a cometer errores diagnósticos. Por ello, el conocimiento de sus características radiológicas y diagnóstico diferencial nos facilitará su reconocimiento, evaluación y seguimiento óptimo. A su vez, los antecedentes clínicos del paciente juegan un papel primordial, a tal punto que si un paciente no tiene antecedentes de pancreatitis, traumatismo pancreático o cirugía previa de páncreas y los resultados de los estudios de imagen no son concluyentes, el control evolutivo con imagen o su drenaje pueden ser recomendados.