

Pancreatitis Aguda y Lesión Ductal Pancreática Complicada con Pseudoquistes intra y peripancreáticos Post-trauma Abdominal Cerrado

Denny Castro , Vanessa Becerra , María Ramírez , Olga Silva , Greliep Hernández 

Autor de Correspondencia: Denny Castro Correo Electrónico: dennisjavier19@yahoo.com

Afiliación

Resumen

La lesión pancreática de origen traumático es infrecuente, pero potencialmente mortal representando entre el 0,5-8% de los pacientes con traumatismo abdominal; el diagnóstico precoz y la valoración de la integridad del conducto pancreático son relevantes, siendo la lesión ductal el principal predictor de morbimortalidad, ascendiendo la mortalidad global al 30% en presencia de dicha lesión. El presente caso consiste en escolar femenina de 12 años de edad con diagnóstico de traumatismo abdominal cerrado complicado con lesión del ducto pancreático en la cual se realiza colocación de prótesis intrapancreática y aparición de colecciones intra y peripancreáticas con drenaje transmural transgástrico insertando prótesis con doble Pigtail. Se mantiene en observación con evidente mejoría clínica, paraclínica e imagenológica por 03 meses, decidiendo retiro de dichas prótesis al encontrarse asintomática. Actualmente se encuentra en seguimiento por nuestro centro sin nuevos hallazgos.

Palabras clave: Trauma abdominal, lesión pancreática, conducto pancreático, pseudoquistes, drenaje endoscópico, prótesis pancreática, Pigtail.

Acute Pancreatitis and Pancreatic Duct Injury Complicated by Intra- and Peripancreatic Pseudocysts Following Blunt Abdominal Trauma

Abstract

Traumatic pancreatic injury is a rare but potentially fatal condition, accounting for 0.5–8% of abdominal trauma cases. Early diagnosis and assessment of pancreatic duct integrity are crucial, as ductal injury is the primary predictor of morbidity and mortality, with an overall mortality rate reaching 30% when present.

We present the case of a 12-year-old girl with closed abdominal trauma who developed a pancreatic ductal injury. A pancreatic stent was placed, but intra- and peri-pancreatic fluid collections subsequently developed, requiring endoscopic drainage with a double pigtail stent. After three months of follow-up, with significant clinical, laboratory, and imaging improvement, the stents were removed. The patient remains follow-up without complications.

Keywords: Abdominal trauma, pancreatic injury, pancreatic duct, pseudocysts, endoscopic drainage, pancreatic stent, Pigtail.

Introducción

El traumatismo de páncreas (TP) es una entidad de difícil diagnóstico, en virtud de su clínica poco específica, presencia de hallazgos sutiles en los estudios de imágenes y la frecuente asociación con otras lesiones. Tiene una baja incidencia, diagnosticándose entre el 0,5-8% de todas las lesiones abdominales traumáticas; esta baja frecuencia se explica por la topografía retroperitoneal y observándose mayormente en varones jóvenes con edad media de 30 años y en la población pediátrica según encuestas realizadas en centros de Latinoamérica (2020)¹ el trauma abdominal ocupa el 3er lugar entre las etiologías más frecuentes de pancreatitis aguda.

Con relación a la estrategia diagnóstica, es necesaria la realización de diferentes técnicas de imagen, entre las que se destacan la tomografía computarizada de abdomen, la colangiopancreatografía por resonancia magnética o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica tomando en cuenta el estado hemodinámico del paciente.¹⁻⁴

La incidencia de complicaciones oscila entre un 24-50% de los casos, en especial en el TP de alto grado con compromiso ductal destacando la pancreatitis aguda, fistula pancreática, pseudoquiste, absceso pancreático, insuficiencia pancreática, complicaciones vasculares, y la estenosis ductal.¹⁻⁴

El propósito del tratamiento endoscópico se da básicamente en las complicaciones del traumatismo logrando disminuir la morbimortalidad que implica una laparotomía de entrada y con tasas de éxito de hasta el 90%.⁴

Caso Clínico

Escolar de 12 años de edad sin antecedentes patológicos relevantes, la cual posterior a traumatismo abdominal con manubrio de bicicleta inicia de forma súbita dolor abdominal en región de epigastrio irradiado a ambos hipocondrios y dorso de carácter transfixiante moderada a fuerte intensidad, exacerbando a la movilización y que no cedía a la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, pasadas 04 horas de evolución ocurre la aparición de episodios eméticos de contenido gastro-biliar en 04 oportunidades,

Cómo citar este artículo: Castro D, Becerra V, Ramírez M, Silva O, Hernández G. Pancreatitis aguda y lesión ductal pancreática complicada con pseudoquistes intra y peripancreáticos post-trauma abdominal cerrado. Rev Gen. 2025;79(2):85-89. doi:10.61155/gen.v79i2.738

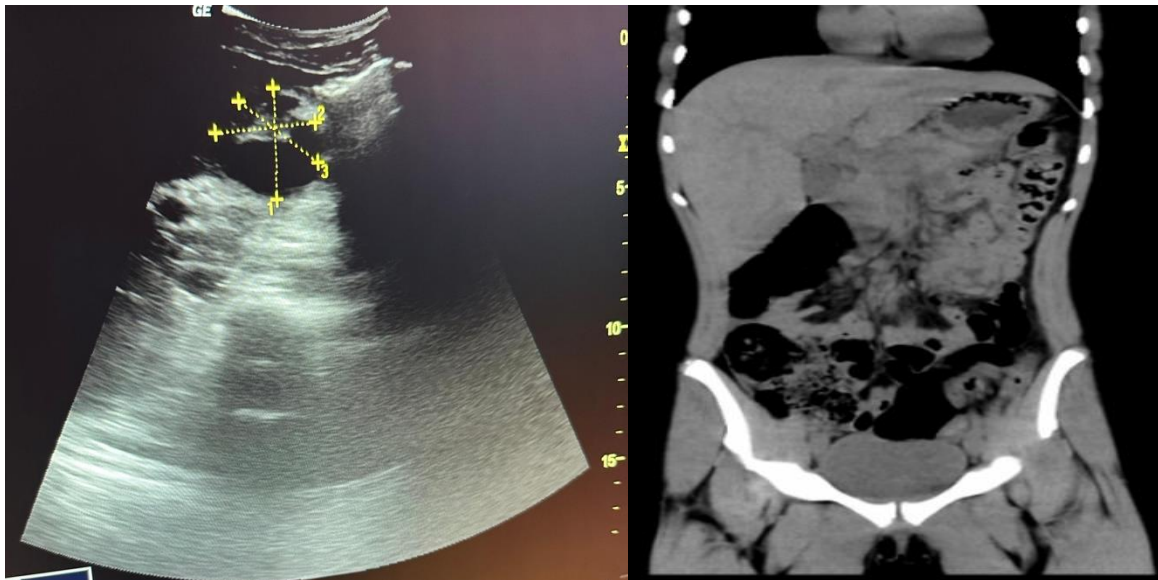
moderada cantidad ameritando hospitalización y posterior valoración por nuestro servicio. Al examen físico se encontraba en regulares condiciones clínicas, levemente deshidratada, observando abdomen distendido con lesión tipo hematoma en región de epigastrio de 04 cm x 04 cm de diámetro, no se observan signo de Cullen o Grey Turner, RsHs presentes y normales, doloroso a la palpación profunda en todo hemiabdomen superior, no impresiona masas o visceromegalias, onda ascítica negativa, sin signos de irritación peritoneal.

En cuanto a hallazgos de laboratorio: se observaba leucocitosis en 14.100 mm³ con desviación a la izquierda, anemia leve 11.3 gr, elevación de reactante de fase aguda como Proteína C reactiva 14 mg/dl y aumento progresivo de

enzimas pancreáticas triplicando su límite superior, no se observó alteraciones en cuanto a electrolitos, perfil renal o hepático.

Ecográficamente, se observa el páncreas con alteración de la ecogenicidad, visualizando en cabeza y cuerpo imagen ecomixta de predominio anecoico, diámetro de 3.28 cm x 3.5 cm x 3.25cm volumen: 20cc y a nivel de hipogastrio escaso liquido libre (Figura 1) y por tomografía de abdomen sin contraste: liquido en espacio esplenorenal izquierdo, páncreas con aumento de volumen asociado cambio de densidad en el tercio medio del cuerpo pancreático y poco liquido peripancreatica laminar (Figura 1).

Figura 1. Ecografía abdominal, imagen ecomixta de 3.28 cm x 3.5 cm x 3,25 cm, vol: 20 cc. TC de abdomen y pelvis con D/C con aumento de tamaño y en tercio medio de cuerpo pancreático



Se indica resonancia magnética de abdomen con fase colangiografica por alta sospecha de lesión del conducto pancreático principal el cual concluye: pérdida de continuidad del parénquima pancreático de 7mm, colección intra y peripancreática, lesión del conducto de Wirsung, ascitis (Figura 2).

Tras hallazgos se realiza colangiopancreatografía retrograda endoscópica con colocación de prótesis plástica pancreática 5Fr x 7cm de forma efectiva.

Posterior a dicho procedimiento paciente mejora sintomatología sin embargo 48 horas posteriores a inicio de dieta enteral inicia con saciedad precoz, plenitud postprandial y se intensifica el dolor abdominal, se indica estudio tomográfico control de abdomen con doble contraste el cual reporta: Colecciones quísticas pancreáticas postraumáticas la de mayor tamaño perigástrica con efecto de masa en cámara gástrica y la 2da intrapancreatica con disminución de volumen con respecto a estudio de imagen anterior, prótesis en Conducto de Wirsung y ausencia de líquido libre en cavidad (Figura 3).

Figura 2. Colangiografía por RMN, se observa lesión del conducto de Wirsung

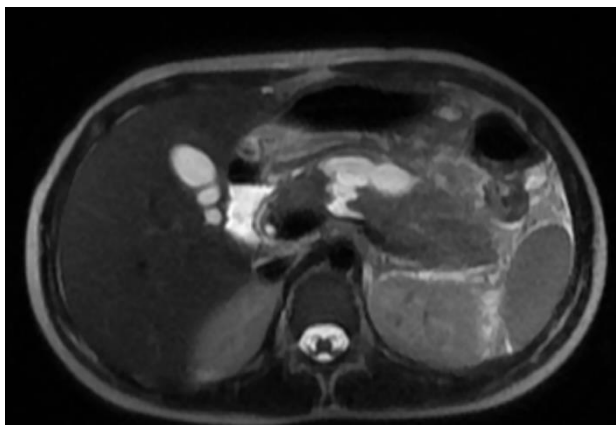
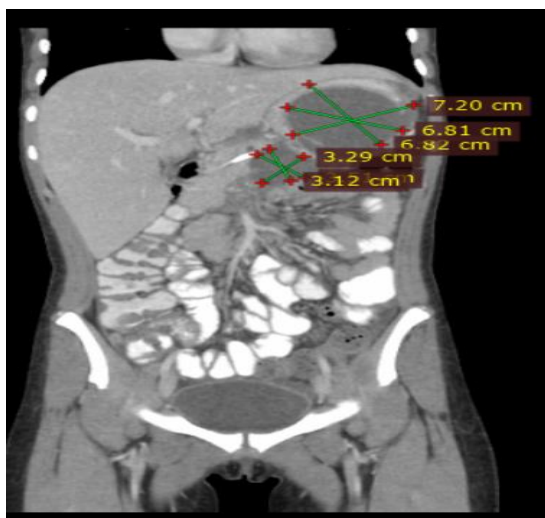
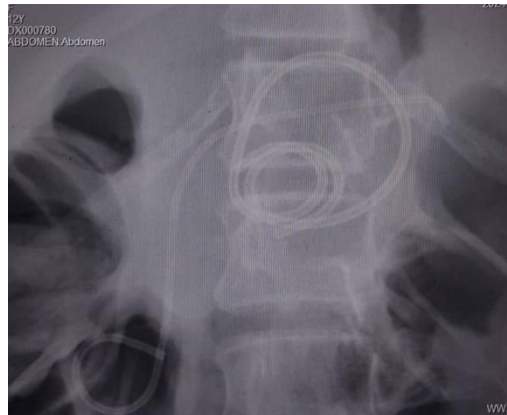


Figura 3. TC con colecciones quísticas pancreáticas



Se decide realización de endoscopia digestiva superior observando compresión extrínseca de 4cm en cuerpo alto a predominio de cuerpo alto y prótesis pancreática in situ, decidiendo realizar en un primer tiempo recambio de prótesis plástica pancreática 5Fr x 7cm por pancreática Pig Tail 7Fr x 11cm para cubrir la longitud del conducto pancreático principal y en segundo tiempo drenaje transgástrico con colocación de prótesis doble PigTail 7Fr x 9cm en compresión extrínseca de estómago de forma efectiva (**Figura 4**).

Luego de dicho procedimiento paciente inicia con mejoría clínica y paraclínica evidente, con controles ecográficos posteriores que demostraban la disminución y desaparición de dichos pseudoquistes, así como la recuperación de la anatomía pancreática. Al mantenerse asintomática por 3 meses se decide retiro de ambas prótesis, encontrándose el stent transgástrico migrado hacia duodeno y el pancreático in situ, se hace retiro de ambos de forma exitosa.

Figura 4. Prótesis PigTail en páncreas y en estómago

Actualmente la paciente se mantiene en controles por nuestro centro totalmente asintomática sin cambios en hallazgos de laboratorio y de imagen

Discusión

La incidencia de los pseudoquistes de origen traumático es hasta del 8%, siendo más frecuente en los niños.¹ El traumatismo que lo origina generalmente es contuso y la zona más frecuente afectada es el cuerpo pancreático que apoya sobre un plano consistente como es la columna vertebral.¹

El trauma pancreático da lugar a una pancreatitis aguda focal y lesión de pequeños canalículos pancreáticos, que constituyen el foco inicial de una colección que va incrementándose y desarrollando al mismo tiempo una pared.² La mayor parte están en la zona retrogástrica y supramesocólica; algunos pueden extenderse en forma ascendente hasta el mediastino o hacia abajo por el retroperitoneo cubriendo el músculo psoas y llegar a la región inguinal.^{1,2}

La mayor parte de los pseudoquistes por pancreatitis aguda son únicos; las formas múltiples representan alrededor del 05%.²

Clínicamente debe sospecharse de una colección cuando el paciente persiste con dolor abdominal y hay elevación de amilasa en sangre; ya que la retención del líquido pancreático que no es drenado a intestino provoca el incremento de la amilasa.^{1,3} Cuando las colecciones adquieren ciertos volúmenes pueden dar síntomas derivados de su tamaño y localización, provocando compresión de estructuras vecinas.^{1,4} Los localizados en la cabeza pueden comprimir la vía biliar, provocando ictericia o comprometer el duodeno y al estómago, impidiendo el vaciamiento de estos; los de cuerpo y cola pueden afectar la vena esplénica con trombosis (10 – 20%) y provocar hipertensión portal, esplenomegalia y hemorragia.⁵

Por la extensión hacia el cardias provocar disfagia y en la invasión mediastinal síntomas torácicos. En caso de complicaciones como ruptura puede observarse reducción de la masa tumoral palpable y síntomas peritoneales y en caso de hemorragia las manifestaciones derivadas de la pérdida sanguínea y en casos de infección, dolor y síndrome febril.¹

Esta colección quística puede observarse 1 – 2 semanas del traumatismo, pero también de forma tardía, ya que se han documentado casos donde la sintomatología puede comenzar después de un periodo de 03 a 12 meses, con valores normales o bajo de amilasa.¹

La ecografía tiene una sensibilidad del 70 – 90% para la caracterización de los pseudoquistes de páncreas, por debajo de la tomografía computarizada con contraste, la cual tiene una sensibilidad aproximada al 100% y siendo el gold estándar, la resonancia magnética, la cual si se asocia a secretina alcanza una sensibilidad del 100% y en su fase colangiográfica permite caracterizar apropiadamente al conducto de Wirsung.^{2,6}

El tratamiento según cada caso podrá ser la observación o una conducta activa. Aproximadamente el 40% de los pseudoquistes se reabsorben sin ninguna intervención, generalmente aquellos de < 05 cm de diámetro, originados por necrosis, que han disminuido de tamaño en las primeras 06 semanas y que tienen una pared delgada.^{1,2,5} El tratamiento activo está indicado en aquellos casos de pseudoquistes sintomáticos, complicados y con aumento progresivo de su tamaño. Las estrategias de tratamiento comprenden, abordaje endoscópico (transmural, transpapilar, guiado por ultrasonido endoscópico), percutáneo y quirúrgico.⁷ En el caso presentado se abordó de forma transmural, colocando una prótesis doble Pig Tail permitiendo el drenaje del contenido del quiste al tubo digestivo y de esa forma la reducción de la presión intraquística por consiguiente reducción del tejido de granulación y fibrosis, facilitando el cierre de las

comunicaciones con el conducto de Wirsung; además también se realizó un abordaje transpapilar por la disrupción del conducto principal.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 16/01/2025

Fecha de revisión: 20/01/2025

Fecha de aprobación: 15/02/2025

Para complementar la lectura de este artículo, le recomendamos escuchar el episodio del *Podcast Gen* que lleva el mismo título, disponible en el sitio web de la *Revista Gen*. En este episodio, uno de los autores profundiza en los temas tratados y reflexiona sobre las implicaciones y aplicaciones de los hallazgos presentados.

Referencias

1. Barrantes Astorga GJ, Varela Moreno AC, González Houdelath K. Pseudoquiste pancreático: opciones terapéuticas. *Rev Med Sinerg*. 2020;5(10):e585. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/585>.
2. Galindo F, et al. Seudoquistes pancreáticos. En: *Enciclopedia Cirugía Digestiva*.
3. Hou S, Wang S, You Y, Yang L, Dou M, Zhang Y. New model for predicting the development of pancreatic pseudocyst secondary to acute pancreatitis. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(47):e36102. doi: 10.1097/md.00000000000036102
4. Tan JH, Chin W, Shaikh AL, Zheng S. Pancreatic pseudocyst: dilemma of its recent management (Review). *Exp Ther Med*. 2020;21(2). doi: 10.3892/etm.2020.9590.
5. Koo JGA, Liau MYQ, Kryvoruchko IA, Habeeb TA, Chia C, Shelat VG. Pancreatic pseudocyst: the past, the present, and the future. *World J Gastrointest Surg*. 2024;16(7):1986-2002. doi: 10.4240/wjgs.v16.i7.1986
6. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol*. 2009;15(1):38. doi: 10.3748/wjg.15.38
7. Lluglla Guerra VA, Guanuchi F. Pseudoquiste pancreático como complicación tardía de la pancreatitis aguda. *Polo del conocimiento*. 2022;70(7). Disponible en: <https://Polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>