



# FÍSTULA GASTROPANCREÁTICA POR VÍA ENDOSCÓPICA CON RESECCIÓN LESIÓN CARCINOMATOSA. NUEVA TÉCNICA MEDIANTE APERTURA GÁSTRICA CON ESFINTERÓTOMO Y INTRODUCCIÓN DEL ENDOSCOPIO EN LA CAVIDAD PANCREÁTICA

KAWAGUCHI FERNANDO MD PHD, ASTUDILLO DAVID AL, RIQUELME FERNANDO MD, BRICEÑO CARLOS MD, LOAIZA RODRIGO MD, VERA VICENTE MD, YAÑEZ CARMEN GLORIA MD.

UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO DE POSTGRADO DEL HOSPITAL DEL TRABAJADOR. FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO MEDICINA INTERNA, UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.



## INTRODUCCION:

En relación a los pseudoquistes pancreáticos su drenaje se reserva para quistes mayores de 5 cms o mayor. Se hace por vía quirúrgica, endoscópica o radiológica transcutánea.  
En el caso de los abscesos y quistes mucinosos el drenaje con prótesis no sirve por lo espeso de la mucina; en este caso hacemos mención al sello de fistulas.

## PROTOCOLO MANEJO ENDOSCÓPICO DE ESTAS LESIONES PANCREÁTICAS:

### I.- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

Para localización macroscópica del área adecuada. Determinar si esta presente la compresión extrínseca gástrica.

### II.- ENDOSONOGRAFÍA PANCREÁTICA:

Se realiza para que en caso de existir confirmación de la existencia de compresión extrínseca; puncionar con marca biopsia del área menos vascularizada de la pared gástrica (Antecedente por TAC de Hipertensión Portal).

### III.- PERFORACIÓN GASTRO QUÍSTICA:

Una vez localizado el punto mas adecuado, se marca con precut de corte/coagulación 3.0/3.5; y luego de penetrada la pared, se realiza penetración con aguja de punción de balón, aspirando contenido quístico y corroborando lo anterior por apoyo de rayos X. Finalmente, mediante esfinterótomo de nariz larga se realiza canulación con corte en un área de 1.5 cm. a 2 cm.

Se espera la salida del líquido y posterior a ello, se intenta la introducción de una guía para drenarla instalada en la cavidad mencionada. Para esta maniobra se requiere el uso de rayos.

En caso de existir material sólido de grandes proporciones se abre una cavidad mayor con esfinterótomo entre dos puntos abiertos previamente (a una distancia de 2-3 CMS de distancia uno de otro)

### IV.- TUBO DE DRENAJE:

De acuerdo a las características del líquido drenado (sanguinolento o purulento).

### V.- LOCALIZACIÓN DEL PACIENTE:

De acuerdo a evolución posterior al procedimiento:

- Sin compromiso hemodinámico, se deja con reposo y control cada 2 horas en Teras. 6 semanas y luego transfusión en caso de "DEFLAT" en un periodo menor a 3 horas, lo que ocasiona compromiso hemodinámico.

- Se agrega gela fundin y control de signos vitales cada 2 horas por un periodo de 6 horas, luego se reinicia alimentación y control habitual.

- Con compromiso hemodinámico importante por drenaje de una cavidad mayor a 600 cc (CATALANO en MILWAKE, KITA en JAPON), se esperan 2 horas y se comienza la reincorporación de volumen (sangre, GR, Plaquetas, Gela fundin) en un periodo de 6 horas y de persistir compromiso hemodinámico, se realiza nueva endoscopia coagulando los bordes de los orificios gástricos con coagulación con BICAP, evaluándose posterior a la estabilización del paciente la posibilidad de extraer dicho quiste quirúrgicamente.

De no ocurrir así, se mantiene sedado con evaluación de Presión Venosa Central, reservando medicamentos como levo/Dopa para compromiso mayor del paciente.

- Nota: La sedación se logra con domonid por 24 horas.

- Se evalúa posteriormente neoformación del pseudoquiste y se intenta en estas condiciones la extracción del quiste y limpieza de cavidad abdominal.

- Se mantiene en reposo en UCI por 24 horas más, se despierta al paciente y se traslada a sala con indicación de lavado periódico por 3 veces más.

## CASO CLINICO INFORME MEDICO

Paciente de 40 años de edad, con el antecedente de 7 años de crisis de Pancreatitis Aguda recurrente, aparentemente por hipertrigliceridemia. Durante sus últimas crisis el paciente fue hospitalizado en la UCI del Hospital del Trabajador, En la última crisis permanece durante 40 días con Pseudoquiste Residual.

Controles posteriores revelan aumento progresivo en el tamaño del mismo, llegando a dimensiones de 500 cc, en Enero de este año. El paciente vuelve a presentar crisis en Agosto del 2005, siendo hospitalizado nuevamente. Control de esta oportunidad por TAC es calculado en 500 cc imageneológicamente, pero sin control gastroenterológico posterior.

Después de 72 hrs. el paciente llega nuevamente a hospitalizarse con diagnóstico de Pancreatitis crónica reagudizada, experimentando intenso dolor en faja de 48 hrs. de evolución con reaparición de abultamiento supraumbilical, Intensa dolorosa a la palpación superficial, corroborándose posteriormente la presencia de un Pseudoquiste evolucionando, de un tamaño de 1.380 cc (1.500 cc); por este motivo se solicita evaluación con TAC que demuestra signos de hipertensión portal en las paredes gástricas externas y compresión de la pared gástrica posterior.

## CASO CLINICO

Dentro de este cuadro clínico es posible apreciar pseudoquiste pancreático con gran aumento en los últimos 4 meses, con una evolución clínica formal de 6-7 años y múltiples hospitalizaciones en UCI y sala.

Ante la eventualidad que exista compresión gástrica se planifica Endosonografía más EUS Gástrica con punción pancreática, previa evaluación de su estado de coagulación.

De acuerdo a las características de la lesión (volumen mayor a 1.380 cc, con imágenes heterogéneas en su interior, se evalúa la necesidad de punción con estudio completo de líquido incluido estudio citológico/histopatológico (así llamado citohistológico en agar), Kawaguchi et al. Para manejo de su compromiso sistémico, pues debe descartarse una; Neoplasia Cistomucinoso del Páncreas, Infección de la Cavidad Quística Pancreática, filtración desde la cavidad al Peritoneo).

Dentro de las conclusiones se decide urgente de realizar punción, motivo por el cual se pregunta a Cirujanos Digestivos e Imagenólogos para evaluar esta posibilidad; lo que es descartada debido al riesgo vital que implicaba técnicamente desde el punto de vista de Cirugía abierta, drenar una cavidad de estas características y lo mismo para un drenaje por TAC.

## POSTERIOR A REUNIÓN CLÍNICA...

Luego de reunión clínica, se realiza el procedimiento vía Endoscópica. Basándose en protocolo, anteriormente indicado, se realiza con doble punción en unión antro-cuerpo para dar salida inicialmente a 100 cc de líquido sanguinolento y otros 100 cc de líquido gelatinoso amarillento grisáceo y que se extrae luego de que se finaliza el procedimiento por vómitos del paciente. (Examen se realiza con paciente intubado).

3 hrs. posteriores demuestran paciente sin la masa abdominal y sin dolor; sentándose en la cama; luego se traslada a UCI por descompensación hemodinámica importante motivo por el cual se decide internar en UCI; manteniéndose en constante control. Finalmente se realiza endoscopia digestiva alta en Pabellón, constatando saquito severo con restos de tejido mucoso a través de la boca abierta a la cavidad. Se coagulan todos los bordes, provocando edema importante y luego se inyecta adrenalina al 1/20, sellando la salida.

Posteriormente, se reconstituye el Pseudoquiste; el cual comienza nuevamente a protruir en la pared abdominal del paciente, evidenciando una distensión brusca, con signos peritoneales.

Se realiza finalmente ECO Abdominal que demuestra líquido libre intraperitoneal el cual requiere cirugía, realizándose un drenaje de la cavidad peritoneal y apertura de la pared gástrica sin observar sangramiento interno, tampoco se observan las punciones gástricas realizadas con anterioridad, sólo edema; sin sangre, y mucho aire en cavidad gástrica.

Se realiza una gastrocistostomía formal de unos 4 cm. logrando que el quiste se abra hacia la cavidad gástrica. Actualmente, paciente se recupera sin problemas hemodinámicos.

## INFORME HISTOLÓGICO CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

1.- Muestra 1: "Frasco citología fijada con alcohol 70%"  
Aspecto morfológico compatible con brotes de epitelio columnar mucosecretor de diferenciación conservada, con células de tipo mesotelial reactivo y abundante material mucoso, fibrinoide y serohemático.

2.- Muestra 2: "Portaobjeto fijado con ialaca"  
"Nega vivo" para células neoplásicas malignas.  
Elementos de reacción inflamatoria inespecífica con presencia de células mesoteliales disgregadas con signos de carácter degenerativo.

3.- Muestra 3: "Frasco, material para biopsia"  
Material serohemático y fibrinoide, con signos de autólisis parcial.

4.- Muestra 4: "Muestra complementaria"  
Celularidad epitelioide de tipo mesotelial disgregada y elementos celulares de diferenciación columnar, mucosecretor con signos degenerativos de tipo autolítico. Abundante material serohemático, fibrinoide, leucocitario, con elementos inflamatorios.

## CONCLUSIÓN

Los hallazgos cito e histológicos observados en conjunto a antecedentes clínicos y radiológicos aportados, resultan compatibles con origen en lesión quística pancreática de carácter mucinoso.

Estudio histológico comprendió microfotografía, histoquímica en cortes microscópicos seriados, e histoquímica especial.

### SE CONCLUYE

Paciente se recupera sin problemas hemodinámicos con un pronóstico de vida, posterior al procedimiento, de buenas expectativas. Los resultados biopsicos, arrojan un hallazgo histológico de Lesión quística pancreática de carácter mucinoso.

