

Pseudoquiste mediastínico

Mediastinal pseudocyst

Ramón Freire, Teresa Chouciño, Mar Martínez, Carmen Montero.

Departamento de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). SERGAS

Resumen

Presentamos el caso de un paciente de 53 años con pancreatitis aguda, pseudoquiste mediastínico, y derrame pleural derecho que evolucionó favorablemente con tratamiento conservador. Se comentan las opciones terapéuticas y diagnóstico del pseudoquiste mediastínico.

Palabras clave: Pseudoquiste mediastínico. Pancreatitis. Derrame pleural.

Abstract

We report a case of a 53 years old man with acute pancreatitis, mediastinal pseudocyst and right pleural effusion who has good outcome with conservative treatment. Current diagnosis and treatment of mediastinal pseudocyst are review.

Keywords: Pancreatic pseudocyst. Mediastinal Cyst. Pleural Effusion.

Introducción

El pseudoquiste de origen pancreático es una complicación de las pancreatitis agudas y crónicas, principalmente secundarias a estenosis crónica. Suele originarse por disrupción de la pared del conducto pancreático y extravasación de la secreción pancreática habitualmente a páncreas, originando pseudoquiste pancreático. Excepcionalmente, el exudado pasa al espacio retroperitoneal y posteriormente fistuliza a mediastino ocasionando pseudoquiste mediastínico. La fistulización se realiza a través de los hiatos esofágico, aórtico y raramente a través del diafragma, hiatos de Morgagni y de vena cava inferior^{1,2}. Recibe el nombre de pseudoquiste por tratarse de una colección sin revestimiento epitelial y rodeada de tejido fibroso y de granulación.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 54 años con antecedentes de estenosis crónica que a su ingreso refiere síntomas de astenia, dolor en costado derecho que le aumentaba con la tos, fiebre vespertina, sudoración nocturna y tos con expectoración amarillenta de varios días de evolución, y que persistían después de haber recibido tratamiento ambulatorio con amoxi-clavulánico. En la exploración se observa un paciente con signos de desnutrición ligera, fiebre (39°C) e hipoventilación basal derecha. El abdomen era blando, con dolor a palpación en hipocondrio derecho y con disminución de sonidos peristálticos. En la analítica de sangre se observan las siguientes alteraciones: Htcr 36,1%, Leucocitos 14.450 con fórmula leucocitaria normal, glucosa 144 mg/dl, GGT 97 UI/L y amilasa 508 UI/L. Radiografías de tórax: derrame pleural derecho. Se le realiza toracentesis y se obtiene líquido pleural que muestra: pH 7,27, glucosa 117 mg/dl, proteínas totales 4,4 gr/dl, LDH 813 UI/L, ADA 28 UI/L, amilasa 20.790 UI/L, amilasa pancreática 20.700 UI/L, hematíes 10.625/mm³ y leucocitos 50/mm³.

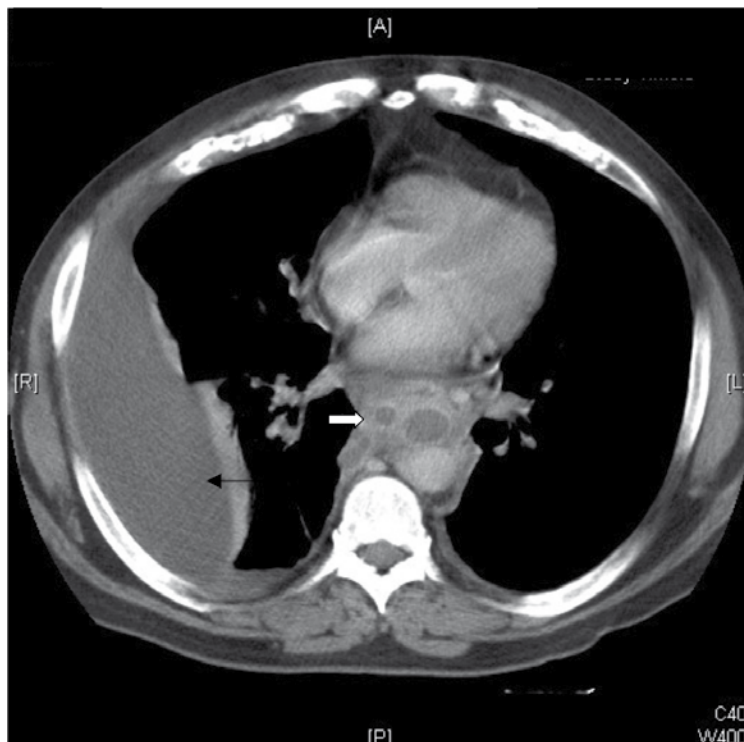
TAC toracoabdominal (Fig 1): derrame pleural derecho y extensa lesión de tipo infiltrativo que se extiende desde la carina hasta el hiato esofágico, y que engloba parcialmente la aorta descendente y el esófago con varios focos de licuefacción y cápsula hiperémica, compatible con pseudoquiste mediastínico. Atrofia de cuerpo y cola de páncreas con calcificaciones y pequeño pseudoquiste en la cabeza del mismo. ColangioRMN: se observa pseudoquiste mediastínico y pancreático sin visualizarse fístula pancreática. Colangiopancreatografía retrógrada por endoscopia (CPRE): conducto pancreático dilatado que comunica con pseudoquiste de la cabeza pancreática; a partir de la comunicación, el conducto pancreático principal no se visualizaba siendo imposible pasar la guía.

El paciente se diagnostica a su ingreso de pancreatitis aguda con derrame pleural secundario e infección respiratoria por lo que recibe inicialmente alimentación parenteral y piperacilina-tazobactam I. V. Una vez realizadas las pruebas de imagen y conocida la complicación de pseudoquiste mediastínico, se decide continuar tratamiento conservador con nutrición parenteral y octreótido porque el paciente se encontraba asintomático, afebril y el derrame pleural había disminuido. Posteriormente la nutrición se cambia a vía enteral postpilórica y finalmente a vía oral con buena tolerancia. Tres meses después de su ingreso, los pseudoquistes habían remitido y el paciente estaba asintomático.

Discusión

La complicación de pancreatitis con pseudoquiste mediastínico es excepcional motivo por el que hay pocos casos descritos^{3,4}. Con frecuencia se acompaña de derrame pleural como en nuestro caso. Los síntomas se relacionan con compresión o invasión de órganos adyacentes que pueden ocasionar disnea, disfagia, tos y dolor torácico^{1,5}. Se diagnostica habitualmente por TAC o RMN, y la presencia de amilasa pancreática elevada en líquido pleural. Las radiografías de tórax pueden ser normales o mostrar opacidad

Fig. 1. TAC torácico. Quiste mediastínico (flecha blanca) y derrame pleural (flecha negra).



retrocárdica, ensanchamiento mediastínico y derrame pleural. Las opciones terapéuticas posibles son tratamiento médico conservador, drenaje externo o endoscópico y tratamiento quirúrgico. Se han descrito algunos casos como el nuestro que han tenido buena evolución con tratamiento conservador^{4,5}. Éste consiste en alimentación parenteral o enteral postpilórica que teóricamente minimiza la estimulación pancreática, y octreótido que inhibe la estimulación pancreática y secreción exocrina, facilitando el cierre de la fístula. Cuando el pseudoquiste mediastínico produce síntomas de compresión de estructuras adyacentes o se observan signos de infección, se aconseja drenaje. El drenaje externo puede tener complicaciones como hemorragia, infección, obstrucción del cateter y formación de fístula. Con el avance de las técnicas endoscópicas y ultrasonografía, el drenaje endoscópico se está volviendo el procedimiento preferido por presentar menos complicaciones. Se puede realizar por vía transesofágica o transgástrica con ultrasonografía endoscópica que nos indicaría el lugar más adecuado para la punción, evitando vasos mayores^{2,6}. Si se detecta comunicación del pseudoquiste mediastínico con el conducto pancreático, puede intentarse la colocación de un stent^{1,3,7}, drenaje transpapilar endoscópico o una endoprótesis por CPRE que salve la fístula y facilite el cierre de ésta. Si se observa estenosis del conducto pancreático, puede inten-

tarse dilatación con balón por CPRE y si hay cálculos puede intentarse su extracción^{1,8}. Estos procedimientos tendrían menor morbilidad comparados con intervención quirúrgica que habría que plantearse en caso de mala evolución como hemorragia, rotura o infección del pseudoquiste^{5,7}. No existen estudios prospectivos que comparen tratamiento conservador con drenaje endoscópico, percutáneo o quirúrgico por tratarse de una complicación muy rara de pancreatitis.

Bibliografía

1. Musana KA, Yale SH, Abdulkarim A, Rall CJ. Successful endoscopic treatment of mediastinal pseudocysts. *Clin Med Res.* 2. 004;2(2):119-23.
2. Panackel C, Korah AT, Krishnadas D, Vinayakumar KT. Pancreatic pseudocyst presenting as dysphagia: a case report. *Saudi J Gastroenterol.* 2. 008;14(1):28-30.
3. Kim DJ, Cung HW, Gham CW, Na HG, Park SW, Lee SJ, et al. A case of complete resolution of mediastinal pseudocyst and pleural effusion by endoscopic stenting of pancreatic duct. *Yonsei med J.* 2. 003;44:727-31.
4. Suga H, Tsuruta O, Okabe Y, Saitoh F, Noda T, Yoshida H, et al. A case of mediastinal pancreatic pseudocyst successfully treated with somatostatin analogue. *Kurume Med J.* 2005;52:161-4.
5. Gupta R, Munoz JC, Garg P, Masri G, Nahman NS, Lambiase LR. Mediastinal pancreatic pseudocyst—a case report and review of literature. *MedGenMed.* 2007;9(2):1-8.
6. Komtong S, Chanatrirattanapan R, Kongkam P, Rerknimitr R, Kullavanijaya P. Mediastinal pseudocyst with pericardial effusion and dysphagia treated by endoscopic drainage. *JOP.* 2. 006;7(4):405-10.
7. Oh YS, Edmundowicz SA, Jonnalagadda SS, Azar RR. Pancreaticopleural fistula: report of two cases and review of the literature. *Dig. Dis. Sci.* 2. 006;51(1):1-6.
8. Bhasin DK, RanaSS, Chandail VS, Nanda M, Sinha SK, Nagi B. Successful resolution of a mediastinal pseudocyst and pancreatic pleural effusion by endoscopic nasopancreatic drainage. *JOP.* 2. 005;6(4):359-64.