



Check for updates

Tratamiento endoscópico de estenosis de cistogastroanastomosis

José Alberto Moreno-Tapia*, Ana Alicia Rosales-Sólis, Francisco Romero-Durán, Jesús Hinostroza-Aguirre, Jesús Barraza-Valenzuela

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Instituto de Seguridad Social de Los Trabajadores del Estado de México y Municipios. ISSEMyM, Centro Médico Issemym Toluca, México

Resumen

Los pseudoquistes pancreáticos son complicaciones de cuadros de pancreatitis aguda, la decisión del tratamiento depende de la presencia de síntomas; las opciones terapéuticas actuales son quirúrgicas, endoscópicas o radiológicas. Las estenosis de anastomosis quirúrgicas se presentan desde el 8 hasta el 30% y actualmente las dilataciones endoscópicas se han convertido en el tratamiento de primera línea, ya que han mostrado ser efectivas y con pocas complicaciones. Se presenta el caso de un paciente con antecedente de pancreatitis biliar severa, que presentó como complicación la formación de un pseudoquiste el cual fue resuelto quirúrgicamente mediante una cistogastroanastomosis. El paciente presentó estenosis de la anastomosis y fue sometido a dilatación endoscópica con balón hidrostático; logrando ingresar al pseudoquiste y realizar lavado; clínicamente el paciente presentó mejoría de los síntomas; en la endoscopia de revisión se observó pseudoquiste parcialmente colapsado con adecuado drenaje. En conclusión las dilataciones de anastomosis posquirúrgicas mediante endoscopia con balones hidrostáticos son procedimientos efectivos y seguros para el paciente.

Abstract

Pancreatic pseudocysts are complications of acute pancreatitis, the decision of treatment depends on the presence of symptoms; The current therapeutic options are surgical, endoscopic or radiological. Surgical anastomosis stenoses occur from 8 to 30% and currently endoscopic dilatations have become the first line treatment, since they have been shown to be effective and with few complications. We present the case of a patient with a history of severe biliary pancreatitis, who presented as a complication the formation of a pseudocyst which was resolved surgically by a cystogastrostomy anastomosis. The patient presented stenosis of the anastomosis and underwent endoscopic dilation with a hydrostatic balloon; managing to enter the pseudocyst and perform washing; clinically, the patient showed improvement in symptoms. In the revision endoscopy a partially collapsed pseudocyst with adequate drainage was observed. In conclusion, dilatations of postoperative anastomoses by endoscopy with hydrostatic balloons are effective and safe procedures for the patient.

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos se definen como colecciones pancreáticas o peripancreáticas homogéneas, rodeadas de tejido de granulación sin epitelio

secundarias a Pancreatitis Aguda. Las indicaciones actuales de manejo se fundamentan en la presencia de síntomas como dolor abdominal, saciedad temprana, fiebre o por complicaciones como infección, obstrucción gástrica o incremento del tamaño. Las

Autor de correspondencia:

*José Alberto Moreno-Tapia

E-mail: j_alberto87@hotmail.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000115

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):304-305

www.endoscopia-ameg.com

opciones de tratamiento pueden ser quirúrgicas, endoscópicas o radiológicas. Las estenosis de anastomosis quirúrgicas van desde un 8 al 30%, las cuales parecen estar asociadas a la técnica quirúrgica, isquemia de los tejidos, fuga o infección. Desde hace 2 décadas el tratamiento endoscópico mediante dilataciones con balones hidrostáticos es el tratamiento de primera elección;

Objetivo

Reportar el resultado del tratamiento endoscópico con balón dilatador hidrostático de una estenosis de Cistogastroanastomosis, realizada posterior a un cuadro de pancreatitis aguda.

Material y métodos

Se trata de paciente masculino de 45 años de edad que en junio del año del 2017 cursa con cuadro de pancreatitis aguda leve de origen biliar aparentemente sin complicaciones. Tres meses posteriores presentó nuevo cuadro de pancreatitis biliar severa, tomográficamente Balthazar D presentando como complicación posterior la formación de un Pseudoquiste pancreático. Cuatro semanas después se realiza por parte del servicio de Cirugía General de su hospital de origen una cistogastroanastomosis; con egreso a domicilio. Tres semanas posteriores presenta cuadro de dolor abdominal localizado en epigástrico, sensación de saciedad temprana, náuseas y vómito. Se realizó endoscopía fuera de esta Unidad, donde se reportó líquido turbio, espeso, no aspirable, sin lograr valorar permeabilidad de la anastomosis de Pseudoquiste hacia cámara gástrica; por tal motivo es referido a nuestra Unidad de Endoscopia donde se realizó procedimiento teniendo los siguientes hallazgos: Lago gástrico de aspecto turbio aproximadamente 500 cc, espeso, se encuentra sitio de anastomosis en la cara anterior del estómago, sobre la curvatura menor, estenosada en un 90%, cubierta por material de fibrina y con salida espontánea de escaso líquido de aspecto purulento. Se realiza dilatación con balón hidrostático de 18-20 mm. Posterior a dilatación se presentó salida de líquido purulento a través de anastomosis aproximadamente 150 cc. Se

logra paso del endoscópico con facilidad a través de anastomosis se observó paredes internas del pseudoquiste de aspecto necrótico, con partes cubiertas parcialmente por fibrina, friabilidad al contacto con el gastroscopio. Al finalizar el procedimiento se puede observar boca anastomótica de aproximadamente 25 mm, permeable, sin dificultad para el paso del endoscopio, con sangrado escaso; paredes de pseudoquiste con disminución del tejido necrótico sin líquido turbio, pero muy friable. El paciente presentó mejoría de la sintomatología y tres semanas posteriores se realiza nueva endoscopía en la que se observó disminución del calibre de la anastomosis, sin embargo aún permeable y franqueable con el gastroscopio, la cavidad del pseudoquiste colapsada en un 50%; por lo que se decide alta del servicio y seguimiento de manera ambulatoria.

Conclusiones

La dilatación de estenosis benignas posquirúrgicas mediante endoscopia con balón hidrostático, es un procedimiento seguro y efectivo; en este caso presentamos un paciente con una cistogastroanastomosis con estenosis en las primeras semanas, lo cual no permitía la resolución completa del cuadro; posterior a sesión de dilatación endoscópica se logró resolver el cuadro de una manera segura, evitando la realización de una nueva cirugía. El número de sesiones necesaria para la resolución de estenosis posquirúrgicas aun no se ha estandarizado; en nuestro caso en una sola sesión se logra resolver la estenosis; sin embargo por la naturaleza del padecimiento del paciente existe la tendencia al colapso de la cavidad del pseudoquiste con la siguiente disminución del calibre de la anastomosis.

Referencias

1. Johnson MD, Walsh RM, Henderson JM, et al. Surgical versus nonsurgical management of pancreatic pseudocysts. *J Clin Gastroenterol.* 2014; 43:586-90.
2. Cannon JW, Callery MP, Vollmer CM. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: What's the evidence? *J Am Coll Surg* 2009; 209: 385-93.
3. Gumaste W, Aron J. Pseudocyst management endoscopic drainage and other emerging techniques. *J Clin Gastroenterol.* 2010; 44:326-31.
4. Espinel J, Pinedo E. Stenosis in gastric bypass; Endoscopic management. *World J Gastrointest Endosc.* Jul 2016; 4: 290-5.
5. Everson L.A. Artifon Dilataciones endoscópicas del tracto gastrointestinal. *Revista de gastroenterología de Perú* 2015.