



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:
“PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Urbina Rosero, Isabel Monserrath

Tutor: Dr. Navarrete Álvarez, Marco Luis Edmundo

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO”**, de Urbina Rosero Isabel Monserrath, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador designado por el H Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Septiembre 2015

EL TUTOR

.....

Dr. Navarrete Álvarez, Marco Luis

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre de 2015

LA AUTORA

.....
Urbina Rosero, Isabel Monserrath

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Septiembre 2015

LA AUTORA

.....

Urbina Rosero, Isabel Monserrath

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO**” de Urbina Rosero Isabel Monserrath, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre 2015

Para constancia firma

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

El siguiente trabajo lo dedico a Dios por permitirme la dicha de vivir, guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir, enseñarme a encarar adversidades y no desfallecer hasta alcanzar este gran sueño: ser médico.

A mis padres por ser mi apoyo incondicional y fundamental en este largo camino hacia esta meta, por brindarme los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que hoy soy como persona.

A mis hermanos por estar siempre presentes dándome apoyo y ánimos para no rendirme en esta ardua labor de formación para llegar a mi meta.

A mis abuelitos que me han brindado todo su cariño y amor, han sabido comprenderme cuando lo necesitaba, además me han enseñado valores y principios fundamentales para la formación de mi carácter y así perseverar y llegar a mi objetivo.

Todos ustedes son parte de mi vida, mi felicidad y ahora mi profesión.

Urbina Rosero Isabel Monserrath

AGRADECIMIENTO

Agradecer primero a Dios por haberme guiado a lo largo de la carrera, por brindarme una vida llena de aprendizajes y lograr así alcanzar mi mayor meta, mi sueño, mi anhelo.

Agradezco a mis padres por apoyarme en todo momento, han sido mi apoyo fundamental durante mi carrera, me levantaron las veces que caí; mi padre mi chofer particular al que no le importaba horarios; mi madre aquella persona que se encargaba de que mi uniforme estuviese listo para vestir como todo un médico, las comidas y el descanso.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida, mil gracias por el apoyo, porque nunca dudaron de mí, por llenarme de alegría y amor.

Mis docentes que siempre confiaron en mí, quienes no dudaron de mi capacidad cuando tuve miedo de equivocarme, por brindarme sus conocimientos, sus consejos, sus experiencias, su amistad fue ideal para que pudiese formarme y nunca dejare de decirlo mis residentes fueron los mejores de mi año de internado; además de mi Tutor Doctor Marco Navarrete, quien fue ente colaborador para realizar este trabajo y fue de gran apoyo para realizarlo.

A mis amigas y amigos no muchos pero si lo suficientes, hicieron amenos aquellos momentos de decepción o tristeza, alegraron mi día a día, siempre con una sonrisa, consejos y una amistad sincera y verdadera.

A todos ustedes GRACIAS.

Urbina Rosero Isabel Monserrath

ÍNDICE GENERAL

Contenido	
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN.....	x
SUMMARY	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS.....	3
2.1. - OBJETIVOS GENERAL:.....	3
2.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
III. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.....	4
3.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.....	4
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	5
4.1.1. Datos de Identificación del Paciente.....	5
4.1.2. Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:	5
4.1.3. Antecedentes Patológicos Familiares:.....	5
4.1.4. Antecedentes Gineco Obstétricos:	5
4.1.5. Hábitos:.....	6
4.1.6. MOTIVO DE CONSULTA:.....	6
4.1.7. ENFERMEDAD ACTUAL:.....	6
4.1.8. EXAMEN FÍSICO:	7

4.1.9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:.....	9
4.2. EXÁMENES SOLICITADOS:	9
4.3. EVOLUCIONES.....	12
4.5. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	26
4.6.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	41
4.7.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	43
4.7.1. Acceso a la Atención Médica	43
4.7.2. Características de la Atención.....	44
4.7.3. Oportunidades en la Remisión.....	46
4.8.- IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRITICOS	46
4.8.1.- Ruta de usuario	47
4.9. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	48
V. CONCLUSIONES:.....	49
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
BIBLIOGRAFÍA	51
VII. ANEXOS.....	55

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO”

Autor: Urbina Rosero, Isabel Monserrath.

Tutor: Dr. Navarrete Álvarez, Marco Luis.

Fecha: Septiembre del 2015

RESUMEN

El caso a tratar es de una paciente de 22 años de edad, residente en el Coca con antecedente de Colecistitis al cursar su 6to mes de embarazo. La paciente presentó dolor abdominal localizado en epigastrio, cólico, de moderada intensidad que disminuye con el decúbito, acompañado de náusea que no llega al vómito, cefalea de moderada intensidad, por lo que es ingresada en Hospital del Coca con el diagnóstico de Pancreatitis Aguda durante un mes sin ninguna mejoría por lo que refieren a Hospital Provincial Docente de Ambato para su evaluación y tratamiento.

En el hospital la paciente fue valorada encontrándose resultados de exámenes en:

- Química Sanguínea: Amilasa: 236 UL; Lipasa: 219.3 UL; Bilirrubina Directa: 0.41 mg/dl; Bilirrubina Total: 0.64 mg/dl; Glucosa: 105.2 mg/dl; Gama GT: 26 UL; Sodio: 139 mmol/L; Potasio: 3.24 mmol/dl; Cloro: 97 mmol/L,
- Biometría Hemática: Leucocitos: 14820 UL; Neutrófilos: 88.7%; Hemoglobina: 10.2 g/dl; Hematocrito: 28.9%; Plaquetas: 271000 UL;
- Eco abdominal que reporta: Colecistitis, colelitiasis, Quiste Pancreático

Se decide resolución quirúrgica, cistogastroanastomosis, con un buen pronóstico.

PALABRAS CLAVES: PSEUDOQUISTE, COLECISTITIS, PANCREATITIS, COLANGIORESONANCIA, CITOGASTROANASTOMOSIS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"PANCREATIC PSEUDOCYST"

Author: Urbina Rosero, Isabel Monserrath.

Tutor: Dr. Navarrete Álvarez, Marco Luis.

Date: Septiembre, 2015

SUMMARY

The case is to treat a 22 -year-old resident with a history of Coca cholecystitis to take his 6th month of pregnancy. The patient had abdominal pain localized epigastric colic moderate intensity decreases with supine, accompanied by nausea that fails vomiting, headache of moderate intensity, so it is hospitalized in Hospital Coca diagnosed with Acute Pancreatitis for a month with no improvement so refer to Ambato Provincial Teaching Hospital for evaluation and resolution.

Hospital patient was assessed finding results of examinations of:

- Blood chemistry: Amylase: UL 236 ; Lipase : UL 219.3 ; Direct bilirubin : 0.41 mg / dl ; Bilirubin Total: 0.64 mg / dl ; Glucose: 105.2 mg / dl ; GT range : UL 26 ; Sodium: 139 mmol / L ; Potassium: 3.24 mmol / dl ; Chloride : 97mmol/L
- Blood count : Leukocytes : UL 14820 ; Neutrophils : 88.7 % ; Hemoglobin 10.2 g / dl ; Hematocrit : 28.9 % ; Platelets: 271000 UL
- Eco abdominal reporting : cholecystitis , cholelithiasis, pancreatic cyst

Surgical resolution, cistogastroanastomosis, it was decided with a good prognosis.

KEYWORDS: PANCREATIC PSEUDOCYST, CHOLECYSTITIS, ACUTE PANCREATITIS, CHRONIC PANCREATITIS, COLANGIORESONANCIA, CITOGASTROANASTOMOSIS.

I. INTRODUCCIÓN

El Pseudoquiste Pancreático descrito hace dos siglos, por Morgan y su grupo, quienes establecieron por primera vez su formación y características anatómicas. En la actualidad, se lo define como la acumulación de líquido formado por enzimas digestivas, jugo pancreático e incluso contenido hemático dentro de las paredes conformadas por tejido de granulación y fibrosis, que en 90% de los casos es único.
(1)

Los Pseudoquistes Pancreáticos son secundarios a Pancreatitis (aguda o crónica), traumatismo u obstrucción de los ductos pancreáticos. La incidencia posterior a la Pancreatitis varía del 5-16%. La frecuencia durante el embarazo es muy baja (alrededor de uno por cada 60.000 partos), por lo cual el manejo de esta condición no está estandarizado. La pancreatitis en el embarazo es generalmente idiopática, pero se puede asociar a colelitiasis, abuso de alcohol, hiperlipoproteinemia, infestación por áscaris e hiperparatiroidismo. (2)

Los parámetros bioquímicos tienen un valor limitado porque son inespecíficos y la mayoría de los pacientes tiene concentraciones de amilasa y lipasa elevada, mientras que las pruebas de funcionamiento hepático se encuentran dentro de parámetros normales, salvo en los casos de obstrucción biliar.(1)

El diagnóstico de certeza se establece con base en la información de la imagenología; la Tomografía es el estudio de elección por su sensibilidad de 82 a 100% y especificidad de 98%. Se pueden ver como lesiones redondeadas, bien delimitadas con contenido hipoecoico, homogéneo de tamaño muy variable. Aunque suelen ser uniloculares en ocasiones presentan septos fibrosos. Esta imagen en un paciente con historia de pancreatitis es virtualmente patognomónica de Pseudoquiste Pancreático.
(1) (3)

En la Ecografía se observan con estructura ecoica, bien definidos. Pueden aparecer más complejos cuando hay hemorragia o infección del quiste. La sensibilidad de detección va desde 75-90%. Tiene varias limitaciones en comparación con el TAC.
(3)

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son:

- Compresión de los grandes vasos, estómago o duodeno que produzca síntomas clínicos, estenosis de los conductos biliares, alteración del flujo biliar con evidencia de colestasis, infección o hemorragia del quiste, lesiones malignas, fístula pancreatopleural, distensión abdominal, náuseas, vómitos, dolor y hemorragia gastrointestinal.
- Presencia de Pseudoquiste Pancreático mayor de 4 cm con cambio de tamaño o de forma y presencia por más de 6 semanas.
- El drenaje percutáneo solo está indicado como un procedimiento de urgencia para la retención aguda de líquido o quistes infectados, con una tasa de recurrencia del 70%, siendo las fístulas percutáneas la complicación más frecuente.

La endoscopia ofrece varias posibilidades de tratamiento: colocación de un stent (transmural o transpapilar), abordaje transgástrico o transduodenal y la combinación de estas. La tasa reportada de éxito de estos procedimientos es superior al 80%, lo cual es similar a la cirugía. (2)

II. OBJETIVOS

2.1. - OBJETIVOS GENERAL:

- Determinar la relación existente entre la atención médica y equipos multidisciplinarios en pacientes con Pseudoquiste Pancreático en el área de Cirugía del Hospital Regional de Ambato.

2.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la etiología del Pseudoquiste Pancreático como complicación de Pancreatitis.
2. Evaluar la evolución clínica – quirúrgica de un paciente con Pseudoquiste Pancreático.
3. Identificar las soluciones quirúrgicas y complicaciones del Pseudoquiste Pancreático.

III. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

3.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

La recopilación de los datos para la realización del caso clínico se obtuvo de:

- Informes de anamnesis, donde se recogen los datos epidemiológicos, factores de riesgo, así como los registros del seguimiento intrahospitalaria y todos los eventos que ocurrieron hasta el alta hospitalaria de la paciente.
- Informe de Hospitalización en Cirugía General; de la cual se obtuvieron la mayoría de datos, los cuales se detallan de manera cronológica, desde el inicio de la sintomatología, tiempos de permanecía en las diferentes unidades y servicios hospitalarios hasta su alta hospitalaria.
- Reporte de exámenes complementarios.
- Entrevista con la paciente y sus familiares al cuidado
- La Historia Clínica y la hoja de transferencia en la cual se identificó la ruta del paciente; desde el Hospital ``Provincial Fco. De Orellana`` de El Coca hasta la institución de segundo nivel: Hospital Provincial Docente Ambato.
- Guías de práctica clínica, normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, artículos de revisión actualizados que resumen y evalúan todas las evidencias encontradas con el fin de ayudar a elegir la mejor estrategia de manejo posible para el tratamiento médico individual además de protocolos estandarizados y con normas internacionales para las mejores medidas terapéuticas en este tipo de pacientes.

IV. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

4.1.1. Datos de Identificación del Paciente.

Paciente de sexo femenino, 22 años de edad, nacida en Riobamba y residente en el Coca, Cantón Orellana, Provincia de Orellana, casada, mestiza, evangélica, ama de casa, lateralidad diestra, instrucción secundaria completa, grupo sanguíneo A Rh +.

4.1.2. Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:

Colecistitis diagnosticada en enero, no recibió ningún tratamiento por presentar embarazo de 6 meses.

4.1.3. Antecedentes Patológicos Familiares:

No refiere

4.1.4. Antecedentes Gineco Obstétricos:

- **Menarquia:** 12 años
- **CM** irregulares de 8 días
- **IVSA:** 14 años
- **Parejas sexuales:** 2
- **G:**2, **P:** 2, **C:**O, **A:** 0,

4.1.5. Hábitos:

- **Alimentación:** 4-5 veces al día
- **Micción:** 3 veces
- **Deposición:** 2 veces
- **Tabaco:** No
- **Alcohol:** No
- **Drogas:** No
- **Medicamentos:** Ninguno
- **Alergias:** Ninguna

4.1.6. MOTIVO DE CONSULTA:

- Dolor abdominal
- Nausea
- Vómito

4.1.7. ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que hace aproximadamente 2 meses fue ingresada en el Hospital del Coca con diagnóstico de Pancreatitis Aguda sin encontrar mejoría por lo que familiares solicitan alta; 15 días posterior a esto la paciente acude nuevamente al hospital por presentar dolor abdominal sin causa aparente, localizado a nivel de epigastrio, tipo cólico, con irradiación a región lumbar, de moderada intensidad que disminuye al decúbito, acompañado de náusea que llega al vómito en varias ocasiones en moderada cantidad y cefalea, por lo que es hospitalizada nuevamente por 16 días, sin mejoría, y en donde le realizan colangiografía diagnóstica diagnosticando Pancreatitis Aguda y Pseudoquistes Pancreáticos por lo que es referida a un Hospital de Segundo Nivel para su valoración y tratamiento.

4.1.8. EXAMEN FÍSICO:

Tabla 1.-Signos vitales y medidas antropométricas al ingreso hospitalario

SIGNOS VITALES	
Frecuencia Cardíaca:	84 LPM
Frecuencia Respiratoria:	20 RPM
Tensión Arterial:	120/80
Temperatura:	38.7°C
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	
Peso:	53 KG
Talla:	165 CM
Índice de Masa Corporal:	19.4

Apariencia:

Paciente consciente, vigil, fascie álgica, palidez generalizada.

Ojos

Conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, pupilas isocóricas, normoreactivas a luz.

Boca

Mucosas orales semihúmedas, pálidas. Paladar blando y duro sin patología, úvula de color rosada, piezas dentales en regular estado. Orofaringe no eritematosa, no congestiva

Cuello:

Simétrico, con movimientos pasivos y activos conservados, sin presencia de ingurgitación yugular. Tiroides sin patología.

Tórax:

A la inspección: sin presencia de masas ni cicatrices. Expansibilidad conservada.

Pulmones: MV conservado. Sin ruidos sobreañadidos.

Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, no hay presencia de soplos.

Abdomen:

Globo, sin presencia de cicatrices, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio con irradiación a región lumbar. RHA ligeramente aumentados. No se palpan visceromegalias.

Región inguino-genital:

No valorada.

Extremidades:

Extremidades superiores e inferiores simétricas, tono y fuerza conservado, no edemas. En pierna izquierda presencia de tejido cicatricial de aproximadamente 4cm de diámetro en cara posterior.

Examen Neurológico:

- Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Pares craneales: no se encuentran alteraciones. Campo visual por confrontación normal.
- Movimientos, reflejos osteotendinosos y coordinación: todos normales. Fuerza conservada.
- Sensibilidad fina y al dolor conservada. Sensibilidad propioceptiva normal. Discrimina bien distintos estímulos táctiles y los ubica en forma correcta estando con los ojos cerrados.

- Sin signos meníngeos.

4.1.9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- **PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO**
- **PANCREATITIS AGUDA**

Indicaciones:

1. Ingreso a hospitalización
2. Probar tolerancia oral, líquida estricta
3. Control de signos vitales
4. Curva térmica
5. Control Ingesta y Excreta
6. Lactato Ringer 1000 cc IV a 125 cc/hora
7. Ampicilina + Sulbactam 1.5gr IV c/6 horas
8. Tramadol 100mg diluido en 100 cc de Solución Salina al 0.9% IV en 1 hora c/8horas
9. Ondasertron 4mg IV PRN
10. Metoclopramida 10 mg IV c/8 horas
11. Ranitidina 50 mg IV C/8 horas
12. Ketorolaco 30 mg IV c/8 horas

4.2. EXÁMENES SOLICITADOS:

Tabla 2.- Biometría Hemática (17/06/2015)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	14,820	4.000-10.000
Neutrófilos	88.7%	50-70
Hemoglobina	10.2g/dL	11-16
Hematocrito	28.9%	37-54

Plaquetas	271.000	150.000-450.000
-----------	---------	-----------------

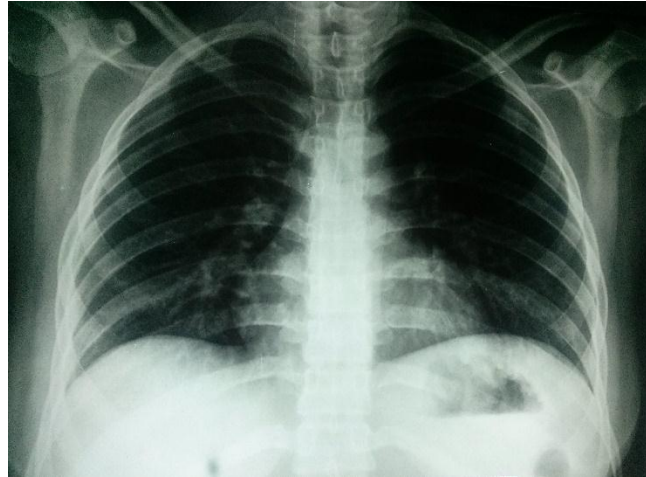
Tabla 3.- Química Sanguínea (17/06/2015)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Glucosa Basal	105.2mg/dL	74 -106
Urea	11.1mg/dL	16.6 – 48.5
Creatinina	0.58 mg/dL	0.70 – 1.20
Nitrógeno Ureico	5	6 – 20
Colesterol	87.8 mg/dL	0 – 200
Triglicéridos	58.6 mg/dL	107 – 143
Bilirrubina Total	0.649 mg/dL	0.0 – 1.4
Bilirrubina Directa	0.413 mg/dL	0.0 – 0.30
Proteínas Totales	6.25 g/dL	6.6 – 8.7
Albúmina	3.10 mg/dL	3.97 – 4.94
Amilasa	236 U/L	28 – 100
Lipasa	219.3 U/L	13 – 60
Fosfatasa Alcalina	110 U/L	40 – 130
Gama GT	26 U/L	10 – 71

Tabla 4.- Electrolitos (17/06/2015)

Sodio	139 mmol/L
Potasio	3.24 mmol/L
Cloro	97mmol/L
Calcio	7.60 mg/dL

Imagen 1. - Rx de Tórax (17/06/2015)



Radiografía de tórax sin informe. Se aprecia una radiografía en proyección PA de tórax normal. Pueden verse ligeramente rotado a la izquierda. Buena visualización de la cámara gástrica, el diafragma, las arterias pulmonares y sus ramas, transparencia pulmonar normal, ligeramente espirado. Espacios intercostales estrechos.

Tabla 5.- Uroanálisis (18/06/2015)

Parámetro	Resultados
Densidad	1025
pH	5
Proteínas	30 mg
Piocytes	3-5 por campo
Bacterias	+
Aspecto	Amarillo turbio
Eritrocitos	0-1
Cetonas	++
Urobilinogenos	++

ECO de Hígado y Vías Biliares: (18/06/2015)

Comprometiendo la cabeza y cuerpo del páncreas se advierte, imagen quística alargada de 13.9 x 6.7 cm, con imágenes ecogénicas en su interior, con pared delimitante. Vesícula de pared de 3mm con varias imágenes litiásicas de tamaño entre 4 a 8 mm. Colédoco no dilatado de 2.8 mm.

Imagen 2.- ECO de Hígado y Vías Biliares (18/06/2015)

IDG: Colecistitis, colelitiasis, vías biliares no dilatadas

Quiste pancreático

4.3. EVOLUCIONES**19/06/2015:**

Paciente presenta alza térmica (38°C) la misma que se controla por medios físicos, además realiza una deposición diarreica, refiere dolor abdominal que cede con posición antiálgica. Al examen físico: paciente orientada, consciente, palidez

generalizada. Abdomen: suave depresible, no doloroso, RHA (+), se palpa masa dura de +/- 10 cm de longitud x 4cm de ancho a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, no móvil, no doloroso.

Indicaciones:

1. Dieta líquida estricta
2. Control de signos vitales
3. Curva térmica
4. Control Ingesta y Excreta
5. Lactato Ringer 1000 cc IV a 125 cc/hora
6. Ampicilina + Sulbactam 3gr IV c/6 horas
7. Tramadol 100mg diluido en 100 cc de Solución Salina al 0.9% IV en 1 hora c/8horas
8. Metoclopramida 10 mg IV c/8 horas
9. Ketorolaco 30 mg IV c/8 horas
10. Ondasertron 4mg IV PRN

22/06/2015:

Paciente que continúa con alza térmica (39°C) que se controla con medios físicos y paracetamol. Refiere ardor estomacal y cefalea de moderada intensidad. Presenta edema de miembros inferiores +/+++ , llenado capilar 33 seg.

Indicaciones:

1. Dieta hipograsa
2. Control de signos vitales
3. Curva térmica
4. Control Ingesta y Excreta
5. Lactato Ringer 1000 cc IV a 125 cc/hora

6. Ampicilina + Sulbactam 3gr IV c/6 horas
7. Tramadol 100mg diluido en 100 cc de Solución Salina al 0.9% IV en 1 hora c/8horas
8. Metoclopramida 10 mg IV c/8 horas
9. Ranitidina 50 mg IV c/12horas
10. Ondasertron 4mg IV PRN
11. Paracetamol 1gr VO c/8horas

Tabla 6.- Enzimas Pancreáticas (22/06/2015)

Parámetro	Resultado
Amilasa	59 U/L
Lipasa	22.5 U/L

24/06/2015:

Paciente asintomática. Al examen físico: paciente orientada, consciente, palidez generalizada. Abdomen: suave depresible, no doloroso, RHA (+), se palpa masa dura de +/- 10 cm de longitud x 4cm de ancho a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, no móvil. Extremidades inferiores edema +/+++ . Paciente estable, asintomática, afebril que continúa con edema de miembros inferiores. Pruebas de enzimas pancreáticas dentro de parámetros normales.

Indicaciones:

1. Dieta blanda hipograsa
2. Control de signos vitales
3. Curva térmica
4. Control Ingesta y Excreta
5. Ampicilina + Sulbactam 3gr IV c/6 horas

6. Tramadol 100mg diluido en 100 cc de Solución Salina al 0.9% IV en 1 hora c/8horas
7. Metoclopramida 10 mg IV c/8 horas
8. Ondasertron 4mg IV PRN
9. Paracetamol 1gr VO PRN
10. Valoración por Medicina Interna

Interconsulta a Medicina Interna

Paciente con litiasis vesicular, es necesario estudiar la función hepática puesto que presenta hipoproteinemia que explica el edema en miembros inferiores.

Diagnóstico:

- Hipoproteinemia
- Descartar Hepatopatía crónica

Indicaciones:

- Realizar pruebas de función hepática

25/06/2015:

Paciente asintomática. Al examen físico: paciente orientada, consciente, palidez generalizada. Abdomen: suave depresible, no doloroso, RHA (+), se palpa masa dura de +/- 10 cm de longitud x 4cm de ancho a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, no móvil, no doloroso. Pancreatitis resuelta, pruebas de enzimas pancreáticas dentro de parámetros normales

Indicaciones:

1. Dieta blanda hipograsa

2. Control de signos vitales
3. Curva térmica
4. Control Ingesta y Excreta
5. Lactato Ringer 1000 cc IV a 125 cc/hora
6. Ampicilina + Sulbactam 3gr IV c/6 horas
7. Tramadol 100mg diluido en 100 cc de Solución Salina al 0.9% IV en 1 hora c/8horas
8. Metoclopramida 10 mg IV c/8 horas
9. Ranitidina 50 mg IV c/12horas
10. Ondasertron 4mg IV PRN
11. Paracetamol 1gr VO c/8horas

Tabla 7.- Pruebas de Función Hepática (25/06/2015)

Parámetro	Resultados	Referencia
Aminotransferase de Aspartate	12.4 U/L	0-40
Aminotransferase De Alanine	7.2 U/L	0-41

29/06/2015:

Paciente asintomática. Al examen físico: paciente orientada, consciente, palidez generalizada. Abdomen: suave depresible, no doloroso, RHA (+), se palpa masa dura de +/- 10 cm de longitud x 4cm de ancho a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, no móvil, no doloroso. Paciente con diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático; Pancreatitis aguda resuelta, pruebas de enzimas pancreáticas dentro de parámetros normales

Indicaciones:

1. Dieta blanda hipograsa

2. Control de signos vitales
3. Curva térmica
4. Tramadol 50mg IV C/8horas
5. Metoclopramida 10 mg IV c/8 horas
6. Paracetamol 1gr VO c/8horas

Tabla 8.- Biometría Hemática (29/06/2015)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	7,970	4.000-10.000
Neutrófilos	46.9.2%	50-70
Linfocitos	41.1 %	20-40
Hemoglobina	10.7g/dL	11-16
Hematocrito	29.5%	37-54
Plaquetas	323.000	150.000-450.000

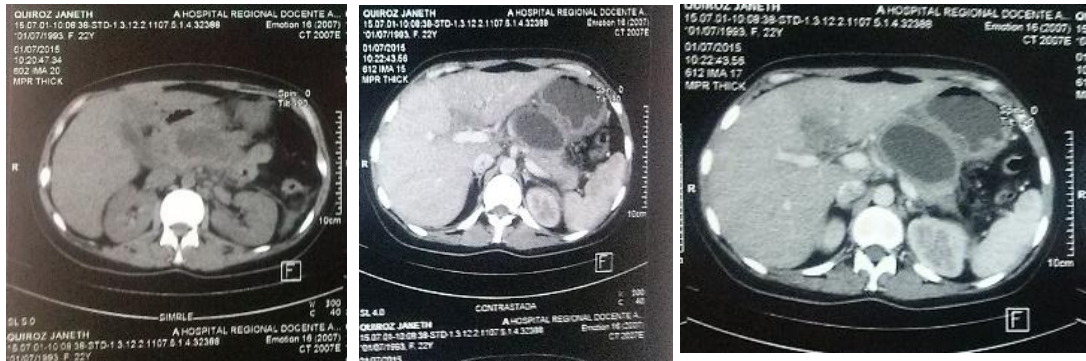
Tabla 9.- Química Sanguínea (29/06/2015)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Glucosa Basal	91.6mg/dL	74 -106
Úrea	4.1mg/dL	16.6 – 48.5
Creatinina	0.49 mg/dL	0.70 – 1.20
Nitrógeno Ureico	2	6 – 20
Ácido Úrico	2.0 mg/dL	3.4 – 7.0
Amilasa	82 U/L	28 – 100
Lipasa	70.0 U/L	13 – 60

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE ABDOMEN

Imagen quística con pared bien definida, con contenido líquido, en el sector anterior del epigastrio (asterisco) y pequeña imagen líquida conectando con la cara anterior del páncreas en el cuerpo. Pseudoquiste Pancreático.

Imagen 3.- TAC Abdominal (01/07/2015)



02/07/2015:

Paciente asintomática. Al examen físico: paciente orientada, consciente, palidez generalizada. Abdomen: suave depresible, no doloroso, RHA (+), se palpa masa dura de +/- 10 cm de longitud x 4cm de ancho a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, no móvil, no doloroso. Paciente en buenas condiciones generales.

Indicaciones:

1. Dieta blanda hipograsa
2. Control de signos vitales
3. Curva térmica
4. Tramadol 50mg IV C/8horas
5. Metoclopramida 10 mg IV c/8 horas
6. Paracetamol 1gr VO PRN
7. NPO desde las 18:00
8. Lactato Ringer 1000cc IV a 80ml/h mañana desde las 06:00 am
9. Parte Operatorio

4.4. NOTA POST QUIRÚRGICA (03/07/2015)

Diagnostico Pre Quirúrgico: Pseudoquiste Pancreático

Diagnostico Post Quirúrgico: Pseudoquiste Pancreático

Hallazgos:

- Pseudoquiste Pancreático con 500 ml de contenido purulento, detritus y necrosis de páncreas
- Estómago de características normales

PROTOCÓLO OPERATORIO

1.- Diéresis: Chevron de 14 cm de longitud

2.- Exposición: Manual e Instrumental

3.- Hallazgos:

- Pseudoquiste pancreático con 100 ml de contenido purulento, detritus y necrosis de páncreas
- Estómago de características normales

4. - Procedimiento Operatorio:

- Asepsia y Antisepsia
- Colocación de campos quirúrgicos
- Diéresis descrita con profundización por planos
- Identificación de cara anterior de estómago y apertura de la misma logrando acceder al pseudoquiste
- Visualización de cara posterior de estómago y apertura de la misma logrando acceder a pseudoquiste
- Drenaje de pseudoquiste (500 cc), detritus y tejido pancreático necrótico
- Realización de cistogastroanastomosis y comprobación de su permeabilidad
- Colocación de sonda nasogástrica hacia duodeno
- Cierre de pared anterior de estómago en dos planos
- Colocación del dren de Jackson Pratt
- Hemostasia
- Cierre de pared por planos

Egresos de quirófano estable.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Sonda nasogástrica
4. Lactato ringer 1000 cc IV a 120 ml/h
5. Cefazolina 1gr IV c/8h por 3 dosis
6. Omeprazol 40 mg en 250 ml de S. S. 0.9% IV a 10 ml/h
7. Ketorolaco 30mg IV c/8h
8. Tramadol 50mg IV c/8h
9. Metoclopramida 10 mg IV C/8H
10. Histopatológico

04/07/2015:

Paciente que cursa su 1er día post quirúrgico, con buena evolución posterior a intervención quirúrgica, paciente refiere leve dolor a nivel de herida quirúrgica; presencia de dren de Jackson Pratt con una eliminación de 85cc y por SNG 105cc.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control y cuantificación de sonda nasogástrica y drenaje
4. Lactato ringer 1000 cc IV a 120 ml/h
5. Omeprazol 40 mg en 250 ml de S. S. 0.9% IV a 10 ml/h
6. Ketorolaco 30mg IV c/8h
7. Tramadol 50mg IV c/8h
8. Metoclopramida 10 mg IV C/8H

Tabla 10.- Biometría Hemática (04/07/2015)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	14,100	4.000-10.000
Neutrófilos	85.2%	50-70
Linfocitos	11.1 %	20-40
Hemoglobina	9.1g/dL	11-16
Hematocrito	25.5%	37-54
Plaquetas	208.000	150.000-450.000

Tabla 11.- Tiempos De Sangría (04/07/2015)

Parámetro	Resultado
Tiempo de Protrombina	12 seg
Tiempo De Tromboplastina Parcial	49 seg
International Normalized Ratio	1.20

05/07/2015:

Paciente que cursa su 2do día post quirúrgico, asintomática; presencia de dren de Jackson Pratt con una eliminación de 150cc y por SNG 75cc.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control y cuantificación de sonda nasogástrica y drenaje
4. Lactato ringer 1000 cc IV a 120 ml/h
5. Omeprazol 40 mg en 250 ml de S. S. 0.9% IV a 10 ml/h
6. Ketorolaco 30mg IV c/8h
7. Tramadol 50mg IV c/8h
8. Metoclopramida 10 mg IV C/8H

Tabla 12.- Biometría Hemática (05/07/2015)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
------------------	-------------------	------------------------------

Leucocitos	7.170	4.000-10.000
Neutrófilos	54.6%	50-70
Hemoglobina	8.3g/dL	11-16
Hematocrito	24.8%	37-54
Plaquetas	170.000	150.000-450.000

06/07/2015:

Paciente que cursa su 3er día post quirúrgico, refiere ardor a nivel esofágico; presencia de dren de Jackson Pratt y SNG con eliminación nula.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control y cuantificación de sonda nasogástrica y drenaje
4. Dextrosa en agua al 5% 1000cc + 15ml de Sol Na + 10ml de Sol K pasar IV a 60 ml/h
5. Omeprazol 40 mg en 250 ml de S. S. 0.9% IV a 10 ml/h
6. Ketorolaco 30mg IV c/8h

Tabla 13.- Biometría Hemática (06/07/2015)

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	7600	4.000-10.000
Neutrófilos	82.3%	50-70
Eosinófilos	8.7 %	0.5-5.0
Hemoglobina	8.4g/dL	11-16
Hematocrito	25.6%	37-54
Plaquetas	243.000	150.000-450.000

Tabla 14.- Tiempos de Sangría (06/07/2015)

Parámetro	Resultado
Tiempo de Protrombina	11 seg
Tiempo De Tromboplastina Parcial	49 seg
International Normalized Ratio	1.13

Tabla 15.- Química Sanguínea (17/06/2015)

Parámetro	Resultados
Glucosa Basal	63.3mg/dL
Urea	13.1mg/dL
Creatinina	0.45 mg/dL
Nitrógeno Ureico	1

Tabla 16.- Electrolitos (17/06/2015)

Parámetro	Resultados
Sodio	139 mmol/L
Potasio	3.72 mmol/L
Cloro	104.5 mmol/L

07/07/2015:

Paciente que cursa su 4to día post quirúrgico, asintomática, herida quirúrgica sin signos de infección; presencia de dren de Jackson Pratt con una eliminación de 50cc y SNG sin eliminación.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control y cuantificación de sonda nasogástrica y drenaje

4. Dextrosa en agua al 5% 1000cc + 15ml de Sol Na + 10ml de Sol K pasar IV a 125 ml/h
5. Omeprazol 40 mg en 250 ml de S. S. 0.9% IV a 10 ml/h
6. Paracetamol 1gr IV c/8h

08/07/2015:

Paciente que cursa su 5to día post quirúrgico, asintomática, herida quirúrgica sin signos de infección; presencia de dren de Jackson Pratt y SNG sin eliminación.

Indicaciones:

1. Dieta Blanda + Líquidos
2. Control de signos vitales
3. Cuantificación drenaje
4. Paracetamol 1gr IV c/8h

09/07/2015:

Paciente que cursa su 6to día post quirúrgico, asintomática, herida quirúrgica sin signos de infección; presencia de dren de Jackson Pratt y SNG sin eliminación. Se decide alta por parte del servicio de Cirugía con un diagnóstico de Pseudoquistes Pancreáticos y con un buen pronóstico.

Indicaciones:

1. Alta por Cirugía
2. Paracetamol 1gr IV c/8h por 5 días
3. Retiro de dren STAT
4. Retiro de sonda nasogástrica STAT
5. Curación de herida cada día

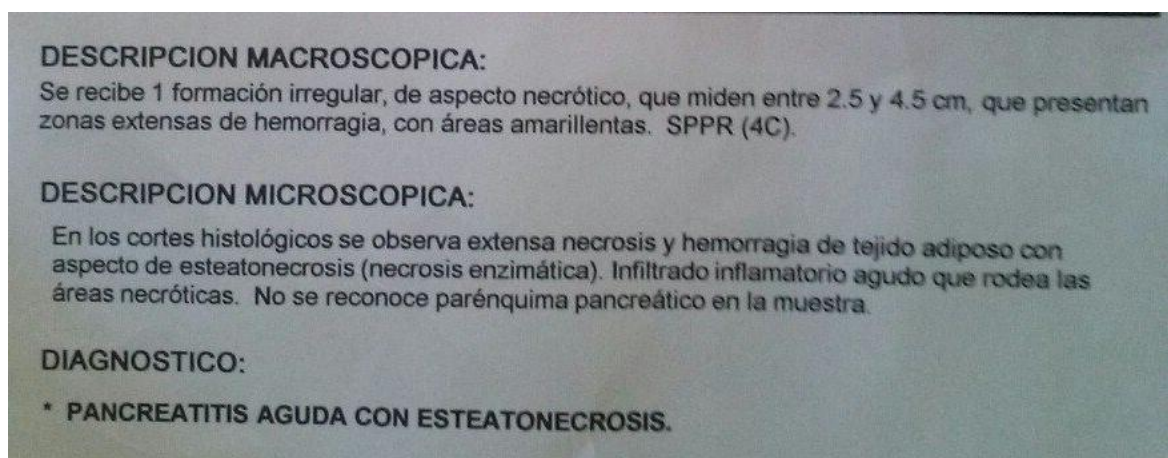
6. Control por consulta externa

CONSULTA EXTERNA (16/07/2015)

Paciente estable, en buenas condiciones generales, no presenta dolor, herida en proceso de total curación. Se decide su alta del Hospital Provincial Docente Ambato y se envía contrareferencia a Hospital del Coca para seguimiento.

HISTOPATOLÓGICO

Imagen 4. - Histopatológico (16/07/2015)



4.5. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Los Pseudoquistes del páncreas son acumulaciones de líquido formadas por material necrótico, restos proteináceos y material enzimático confinados por una cápsula fibrosa, la que está formada por tejido necrótico, tejido de granulación o fibroso. El

hallazgo histológico de la pared de la colección pancreática confirmó el diagnóstico de Pseudoquiste Pancreático. (4)

Morgagni (1761) descubrió durante una autopsia el primer pseudoquiste de páncreas. Bozeman en 1882 describió la primera operación de drenaje de un pseudoquiste. (5)

Usualmente los Pseudoquistes son precedidos por una pancreatitis en el 90% de los casos o por un evento traumático en el 10%. Se forman a las 4 semanas después de una pancreatitis aguda aproximadamente en un 15% de ellas y muchas veces pueden no ser detectados por semanas (4).

El proceso inflamatorio agudo de la glándula pancreática tiene como substrato fisiopatológico la activación intraacinar de las enzimas pancreáticas, tripsina y quimiotripsina, entre otras, la cual desencadena una cascada inflamatoria mediada por diversas citoquinas. Tal respuesta inflamatoria puede focalizarse solo a nivel pancreático, lo que ocurre en la mayoría de los pacientes, desencadenando un cuadro clínico leve, o propiciar una respuesta inflamatoria sistémica difusa con compromiso de diversos órganos de la economía corporal, gestando así un cuadro clínico de pancreatitis aguda severa. En los adultos, los estímulos principales de esta activación enzimática son la litiasis biliar o el consumo de alcohol. (6)

La ausencia de un epitelio interno es lo que distingue a un pseudoquiste de una lesión quística verdadera, ya que su pared está formada por un tejido fibroso de granulación que se origina a partir de un proceso inflamatorio. Ellos pueden ser únicos o múltiples y la mayoría de los Pseudoquistes suelen tener comunicación con el sistema ductal pancreático que contiene altos niveles de amilasa y lipasa. (7)

Estos pueden diferenciarse en 3 tipos según la clasificación de D'Egidio y Schein, basada en la etiología de fondo, la anatomía ductal y la presencia de comunicación entre el quiste y el ducto pancreático.

- Tipo 1: Pseudoquistes agudos post necrosis, que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda, están asociados a anatomía ductal normal y rara vez comunican con el ducto pancreático.

- Tipo 2: También postnecrótico que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda-crónica y usualmente hay comunicación ducto-pseudoquiste.
- Tipo 3: Definidos como Pseudoquistes de retención, ocurren después de pancreatitis crónica y están asociados a estrechez del ducto y comunicación ducto-pseudoquiste. (8)

La clasificación más práctica y utilizada actualmente es la de Nealon y Walser, la cual se basa en la anatomía del conducto pancreático

Tabla 17.- Clasificación

Tipo I	Conducto normal y sin comunicación con el pseudoquiste
Tipo II	Conducto normal y con comunicación con el pseudoquiste
Tipo III	Conducto con estenosis y sin comunicación con el pseudoquiste
Tipo IV	Conducto con estenosis y con comunicación con el pseudoquiste
Tipo V	Conducto pancreático con obstrucción completa
Tipo VI	Pancreatitis crónica en la que el conducto y el pseudoquiste no se comunican
Tipo VII	Pancreatitis crónica en la que el conducto y el pseudoquiste se comunican

Elaborado por: Isabel Monserrath Urbina. **Fuente:** Cruz Salinas y colaboradores, 2011. Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16 (4), 256-259. (5)

Esta clasificación ofrece un panorama amplio de la anatomía de la lesión, lo que facilita, a su vez, la elección del tratamiento óptimo que puede simplificarse en tres opciones: drenaje percutáneo guiado por imagenología, intervencionismo endoscópico y el quirúrgico laparoscópico o por vía convencional. (1)

La presentación clínica puede ser variada y debe sospecharse de Pseudoquiste Pancreático cuando hay presencia de una pancreatitis aguda que no mejora y si hay una persistente elevación de amilasa a pesar de haber mejoría clínica; si se presenta como un cuadro de pancreatitis aguda dentro de una pancreatitis crónica de fondo; y finalmente, como es el caso de nuestro paciente con síntomas recurrentes subsecuentes a un episodio previo de pancreatitis aguda aparentemente resuelta (9).

Tabla 18.- Manifestaciones Clínicas

Sintomatología	%
Dolor Abdominal	90 %
Saciedad Temprana, Nausea y vómito	50 – 70%
Pérdida de peso	20 – 50%
Ictericia	10%
Alza térmica	10%
Masa palpable	25 – 45%

Elaborado por: Isabel Monserrath Urbina. **Fuente:** Cruz Salinas y colaboradores, 2011. Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16 (4), 256-259. (5)

El diagnóstico de la Pancreatitis Aguda en niños se establece por la presencia de dos o más de los siguientes criterios: cuadro clínico compatible, elevación de al menos tres veces superior al valor normal de la amilasa o lipasa séricas y/o hallazgos radiológicos o intraoperatorios de afectación pancreática. En los menores de 5 años la pancreatitis aguda puede manifestarse de manera inespecífica con convulsiones, fiebre o dificultad respiratoria. Aunque la amilasa es la determinación sérica más empleada, pueden encontrarse valores normales hasta en el 19% de los casos. Al considerar los niveles séricos de estas dos enzimas, se debe siempre enfatizar su comportamiento biológico, de modo tal que los niveles de amilasa permanecen elevados hasta el 5º día, mientras que la lipasa permanece incrementada durante 8 a 14 días. Las determinaciones seriadas de amilasa no poseen valor pronóstico, pero sus niveles aumentados más allá del quinto día son indicativos de complicaciones pancreáticas locales (coleciones, Pseudoquistes, abscesos). (6) (7)

La ultrasonografía del abdomen puede detectar aproximadamente hasta un 85% de Pseudoquistes Pancreáticos, pero su mayor valor puede verse en la evolución del Pseudoquiste detectando los cambios que experimenta éste (como es el caso del paciente), o permite ver su resolución. La tomografía computarizada da un mayor detalle cuando se le compara con la ultrasonografía, permitiendo detectar localizaciones atípicas del Pseudoquiste. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica también es un procedimiento muy útil en el diagnóstico del Pseudoquiste. (10)

Estudios prospectivos en los mediados del año 70, basados en la ultrasonografía demostraron que no debería llevarse a cabo una intervención quirúrgica en el manejo del Pseudoquiste Pancreático durante las primeras 6 semanas de evolución, ya que la proporción de resoluciones espontáneas es alta en este período; y por otro lado, durante este intervalo la inflamación peri pancreática no suele ofrecer una pared fibrosa bien definida que pueda mantener las suturas necesarias para una cistoenterostomía quirúrgica.(4)

Se han usado diferentes métodos para el tratamiento como son el drenaje transcutáneo, el drenaje transendoscópico con stent endoscópico y la

cistoenterostomía quirúrgica (cistogastrostomía, cistoduodenostomía y la cistoyeyunostomía). Varios autores coinciden con el drenaje interno por cistoenterostomía es el método preferible debido a su elevada tasa de buenos resultados, y a que su tasa de complicaciones y recidivas es pequeña; a diferencia de los otros métodos de drenaje, pero otros autores señalan la importancia del drenaje percutáneo como la primera elección en el manejo del Pseudoquiste. (4).

Un Pseudoquiste puede disecar hacia arriba la cavidad pleural, mediastino y cuello; lateralmente hacia el bazo o el riñón y hacia abajo a la pelvis. Puede causar obstrucción de varias vísceras intraabdominales: vía biliar común produciendo una ictericia obstructiva; compresión antropilórica, duodenal produciendo dolor abdominal y vómitos; y de vena porta o esplénica produciendo hipertensión portal. La ruptura de Pseudoquiste es la complicación más frecuente, pudiendo extenderse hacia el peritoneo u otro órgano abdominal. Los Pseudoquistes pueden infectarse ya sea espontáneamente o iatrogénicamente (secundaria a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). Pueden incluso llevar a la formación de un absceso. (4)

La comunicación pancreático pleural se refiere a la difusión pleural uni o bilateral secundaria a la extravasación de líquido pancreático a la cavidad abdominal. La fístula pancreático pleural propiamente dicha se correspondería a un trayecto organizado resultante del paso de líquido pancreático hacia la cavidad pleural. En caso de Pseudoquistes sobre pancreatitis crónica, solo el 0,4-1% desarrollará una comunicación pancreático pleural, frecuentemente con predominio de la sintomatología respiratoria sobre la digestiva ya que no suele existir brote pancreático agudo ni hiperamilasemia. En principio, el tratamiento del pseudoquiste complicado con derrame pleural puede ser conservador, reservando la cirugía al fracaso del mismo. Los métodos conservadores incluyen: dieta absoluta, nutrición parenteral total, octreotide, drenaje endoscópico transpapilar, cistogastrostomía y duodenocistostomía endoscópicas, y drenaje percutáneo. En caso de persistencia del derrame, el simple drenaje pleural puede ser resolutivo pero, dada la frecuente persistencia y recidivancia de esta complicación, no es infrecuente la indicación de procedimientos más agresivos. El estudio diagnóstico está dirigido al reconocimiento de las vías de comunicación entre páncreas y cavidad pleural y la topografía de las

lesiones, con el fin de adoptar una correcta actitud terapéutica y un adecuado control evolutivo. (11)

Los traumatismos sobre el páncreas son responsables de la tercera causa de Pseudoquistes. La impactación de manubrios de bicicleta o moto con lesión del conducto ocasiona el 69% de los Pseudoquistes en los niños. El diagnóstico preoperatorio puede ser extremadamente difícil porque las lesiones retroperitoneales ocasionan clínica tardía (6-8horas) e inespecífica (dolor epigástrico con irradiación a espalda y defensa muscular moderada). Las pruebas complementarias rutinarias son de escasa utilidad, de hecho la elevación de amilasa en suero es el dato más constante y aparece sólo en un 60-70% de los casos, todo ello condiciona un retraso diagnóstico y terapéutico gravado con una elevada mortalidad (20-30%). (12)

La extensión y localización de los Pseudoquistes a otras regiones del organismo (escroto, mediastino) son raras y se han descrito muy pocos casos en la literatura. Se piensa que los Pseudoquistes mediastínicos se producen por la ruptura de los conductos pancreáticos al espacio retroperitoneal y el líquido pancreático asciende al mediastino a través del hiato diafragmático aórtico o esofágico. Los síntomas se producen generalmente por la ocupación y compresión mediastínica suelen ser disfagia, pseudoacalasia, dolor torácico, disnea. El diagnóstico debe sospecharse en pacientes que presenten estos síntomas y tengan antecedentes recientes de pancreatitis agudas o crónicas. (13)

Se han descrito varias hipótesis sobre rotura esplénica asociada a Pseudoquiste Pancreático. Se relatan casos de trombosis o compresión vascular de la vena esplénica, o asociados a necrosis secundaria a factores enzimáticos pancreáticos, ya que muchos Pseudoquistes contienen altas concentraciones de enzimas digestivas. (14)

Otra complicación sería la hemorragia intraquística, considerada por unos como la única verdadera emergencia en Pseudoquiste Pancreático. A través de mecanismos enzimáticos el Pseudoquiste erosiona un vaso sanguíneo cualquiera del área pancreática; siendo más frecuente la lesión de la arteria esplénica, seguidas de la gastroduodenal con la consiguiente formación de un pseudoaneurisma. El desarrollo de un gran dolor abdominal y/o la presencia de una masa pulsátil a veces

acompañada de soplo en un paciente con diagnóstico de Pseudoquiste es virtualmente patognomónico; la primera característica es el caso de nuestro paciente. (4) (15)

La terapia implica la embolización del vaso afectado, pero la cirugía es la terapia tradicional, que implica la ligadura de los vasos afectados o compresión con posterior cistoenterostomía. En nuestro paciente no pudo identificarse un vaso importante afectado para realizar la ligadura correspondiente; debido a que probablemente los vasos dañados, habían sido comprimidos por el pseudoquiste. (4)

El presente caso, paciente femenina de 22 años de edad, sin antecedentes clínicos, acude por cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio de +/- 1 mes de evolución, acompañado de náusea que llega al vómito y cefalea.

Por lo general el dolor abdominal localizado en epigastrio, se relaciona en su mayoría con consultas gastrointestinales como una gastritis, colecistitis, colelitiasis, pancreatitis, entre otras.

Para el tratamiento apropiado es esencial conocer la historia natural de la enfermedad. La resolución espontánea se estimaba solo en un 18% a las 6 semanas de evolución, siendo la tasa de complicaciones de alrededor del 75% en los Pseudoquistes de más de 13 semanas de evolución. Sin embargo, con la mejora de las técnicas de imagen, se ha comprobado que la mayoría de Pseudoquistes se resuelven espontáneamente o se mantienen asintomáticos de forma prolongada. En este sentido, varios investigadores han corroborado que en el contexto de la pancreatitis aguda, los Pseudoquistes de menos de 4cm presentan un bajo riesgo de complicaciones y la gran mayoría se resuelven de forma espontánea antes de las 6 semanas. Otros factores asociados a una baja resolución son: localización extrapancreática, presencia de múltiples quistes, localización en la cola del páncreas, grosor de la pared de más de 1cm, ausencia de comunicación con el conducto de Wirsung, estenosis proximal o pancreatitis tras traumatismo. (16)(17)

La mayoría resuelve espontáneamente con tratamiento conservador, sin embargo la persistencia de síntomas o complicaciones son indicaciones claras de una intervención invasiva. Existen tres tipos de drenaje, el quirúrgico, el endoscópico

(siendo este el preferencial) y el percutáneo. Los procedimientos de cateterización y drenaje guiados por imagen, constituyen una modalidad terapéutica, sumamente ventajosa, cuando se utiliza como tratamiento complementario, en grupos de pacientes bien seleccionados con infección pancreática. El drenaje transcutáneo ha dejado mucho que desear cuando ha sido utilizado como indicación primaria y única en la necrosectomía, desbridamiento y drenaje de las áreas de esteatonecrosis pancreáticas infectadas. En este contexto, conduce a la resolución incompleta de las colecciones infectadas, el fracaso es atribuido al pequeño tamaño de los catéteres de drenaje que han resultado insuficientes para drenar el denso material necrótico infectado. (4) (18) (19)

El drenaje percutáneo se elige en Pseudoquistes infectados, inmaduros y en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Se utilizan las vías lateral izquierda, transgástrica y duodenal. (20)

Es un procedimiento seguro y efectivo, pero está asociado a riesgo de infección y formación de fistula pancreática externa. La presencia de más de 30% de necrosis glandular también empeora el pronóstico, ya que cuando existe esto, la comunicación entre el Pseudoquiste y el conducto es la regla, evolucionando con fistula pancreática. La resección abierta como cistectomía y pancreatectomía distales, son de utilidad en aquellos casos en los cuales la lesión es distal, con el riesgo de fístula, dolor recurrente o pancreatitis. Las derivaciones internas o cistoenterostomías, entre ellas cistogastrostomía, cistoduodenostomía y la derivación al yeyuno, también son útiles y se pueden ejecutar por vía endoscópica, convencional y laparoscópica. Sus indicaciones son quistes múltiples, gigantes, presencia de otras complicaciones asociadas o sospecha de malignidad. (21) (22)

Ante un paciente al que se le ha realizado un drenaje de un pseudoquiste de páncreas mediante una quistogastrostomía con colocación de prótesis transmural guiada por ecoendoscopia, la retirada de la prótesis debe realizarse tras la confirmación de la resolución completa de la lesión mediante técnicas de imagen (ecografía abdominal, TAC abdominal, resonancia magnética o ecografía endoscópica). Es recomendable que el seguimiento mediante estas técnicas de imagen se realice cada 4 a 8 semanas, en función de la respuesta clínica al drenaje y de la indicación de éste. (19)

Algunos autores sólo evalúan la respuesta clínica, y esperan la migración espontánea de la prótesis una vez resuelta la lesión. La recidiva de éste se produce en un 10 a un 20% de los casos. Ante la recurrencia de un pseudoquiste tras drenaje transmural de éste, se indica la realización de una pancreatografía retrógrada endoscópica para evaluar su posible comunicación con el conducto pancreático. (19)

La paciente acude en un principio al Hospital del Coca en donde, posterior a recibir tratamiento por 16 días y no evidenciar mejoría, es dada de alta por petición de familiares, quienes por falta de información no permitieron la finalización de su tratamiento y la correcta y rápida valoración de posibles complicaciones teniendo que volver a los 15 días con un cuadro de dolor abdominal complicado por la presencia de un Pseudoquiste Pancreático y volver a ser hospitalizada además de su referencia a un Hospital de Segundo Nivel para su correcto tratamiento.

La intervención quirúrgica ha sido el estándar de oro para los Pseudoquistes de gran tamaño que no se resuelven espontáneamente en 6 semanas. Muchos Pseudoquistes se resuelven por drenaje percutáneo con una guía ultrasonográfica o tomográfica, sin embargo existen altas posibilidades de infección y/o fístula pancreática. El drenaje endoscópico interno del pseudoquiste pancreático es factible y sería una alternativa atractiva, su tasa de éxito es cercana al 89%, sin embargo se acompaña de complicaciones graves como hemorragia, perforación (las cuales requieren de un control quirúrgico a cielo abierto inmediato). Otras desventajas son la falla técnica, la obstrucción del Stent, y una alta tasa de recurrencia, alrededor del 15 al 28%, recordando que en algunas ocasiones pueden interponerse asas intestinales o estructuras vasculares entre la pared del quiste y el estómago. Aljarabah y colaboradores sostienen que el drenaje endoscópico es más recomendable en Pseudoquistes secundarios a Pancreatitis Crónica y que la cirugía laparoscópica debe ser reservada para Pseudoquistes secundarios a Pancreatitis Aguda. Técnicas como el drenaje interno a víscera hueca, como la cistogastrostomía de Jurasz (marsupialización), la cistoduodenostomía, la cistoyeyunostomía (Y de Roux) o la resección pancreática son los abordajes más aceptados en la actualidad. (24) (14)

La tendencia actual para el manejo de los Pseudoquistes Pancreáticos es con procedimientos terapéuticos mínimamente invasivos y endoscópicos, los cuales son

superiores a los procedimientos quirúrgicos en tasas de morbilidad y mortalidad; sin embargo, no siempre pueden ser realizados. (23)

El tamaño por sí sólo no es una indicación para su drenaje, pero cuando alcanzan dimensiones mayores de 6 cm tienden a ser sintomáticos por lo que requieren tratamiento. En consecuencia, podemos resumir las indicaciones de la siguiente manera:

- Signos y síntomas clínicos.
- Tamaño superior a 6 cm.
- Tiempo de evolución mayor de 4 semanas. (21)

Para elegir el tipo de anastomosis se debe tener en cuenta la relación del quiste con la curvatura mayor del estómago como límite. Cuando el pseudoquiste se localiza por arriba de la curvatura, hacemos pseudoquistogastroanastomosis y cuando se localiza por abajo pseudoquistoyeyunoanastomosis. El tratamiento de pseudoquiste con contenido líquido requiere la colocación de una sonda nasoquística transgástrica bajo aspiración intermitente. Si hay necrosis se realiza cistogastrostomía o duodenostomía amplia con papilótomo para posibilitar la evacuación de la necrosis y disminuir el riesgo de infección de la misma.

Imagen 4.- Algoritmo recomendado para estudio, seguimiento y manejo de las lesiones quísticas del páncreas incidentales (16)

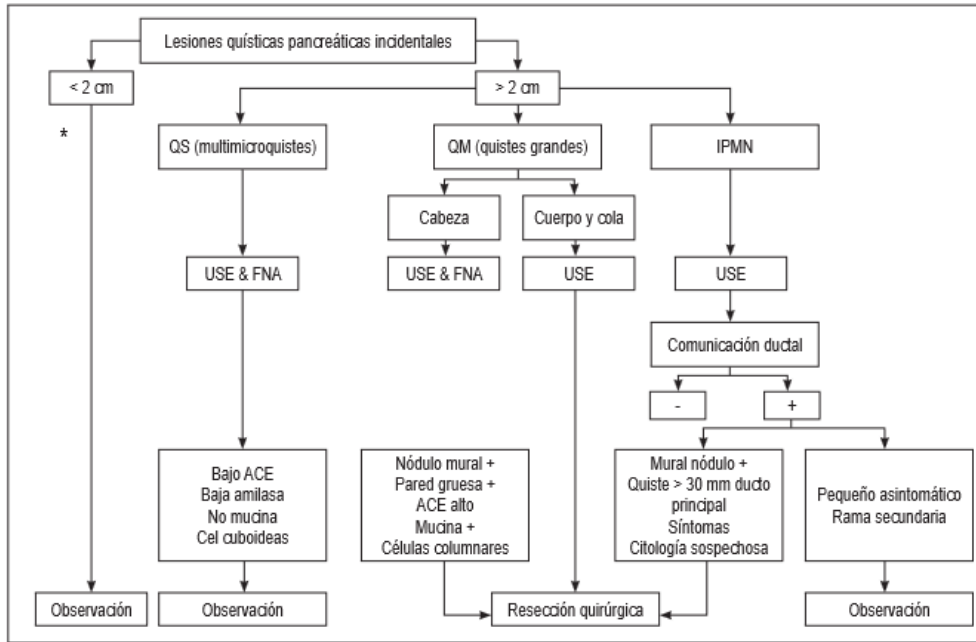
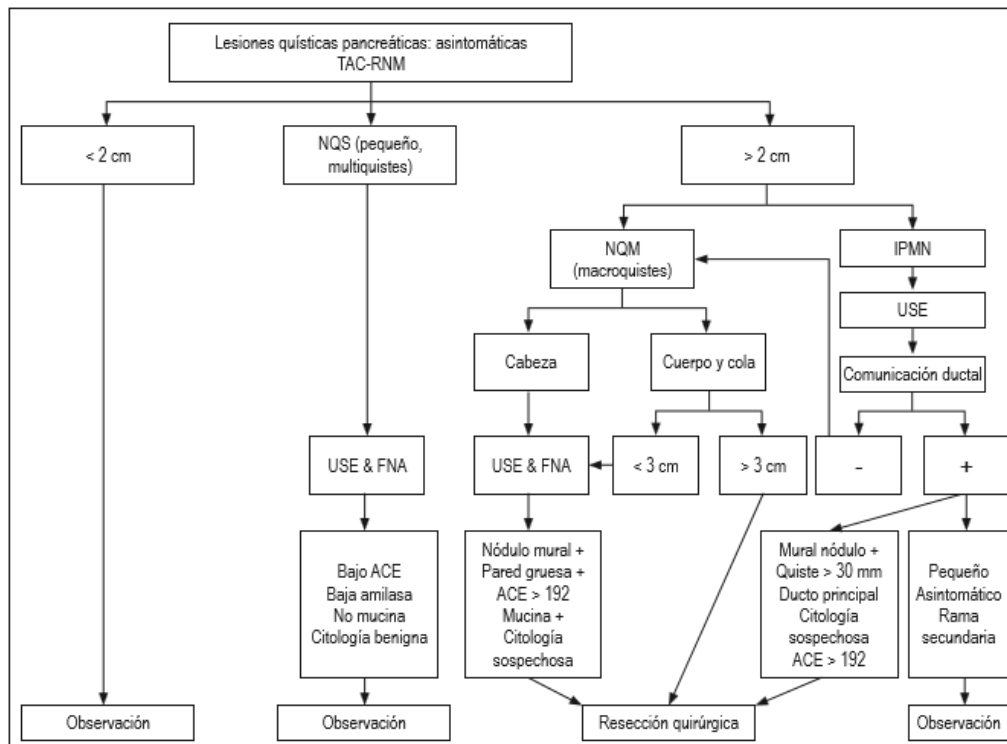


Imagen 5.- Algoritmo para evaluación de lesiones Quísticas Pancreáticas Asintomáticas (25)



El éxito técnico se define como la capacidad de insertar al menos una endoprótesis entre el SP y la luz del tracto gastrointestinal (estómago o duodeno), o la resolución de la colección, pero no necesariamente de los síntomas. El éxito clínico se define como la resolución completa de los síntomas con una disminución del pseudoquiste de por lo menos 30-50% en el primer mes del tratamiento. (26)

Se debe tomar en cuenta diagnósticos diferenciales como:

1.- Cistoadenomas serosos. Estas lesiones representan el 30% de los tumores quísticos pancreáticos que se encuentran en la práctica clínica. Desde el punto de vista histológico se caracterizan por quedar delimitados por un epitelio con una sola línea de células cuboidales ricas en glucógeno. Estos pacientes tienen una media de edad al diagnóstico de 50 años con un predominio del sexo femenino en proporción 4:1 y suelen cursar de modo asintomático. Esta lesión se suele localizar en cuerpo o cola pancreática y más raramente en cabeza. La forma más frecuente es la microquística formada por una tumoración esponjosa bien delimitada compuesta por pequeños quistes llenos de líquido claro acuso. Mucho menos común son las formas macroquísticas. La degeneración maligna de los cistoadenomas serosos pancreáticos es extremadamente rara por tanto deben considerarse y manejarse como lesiones benignas

2.- Pseudoquiste Pancreático. Lesión de origen inflamatorio que típicamente queda recubierta por una pared no epitelizada constituida por tejido fibroso y de granulación. En las series quirúrgicas clásicas se describe como la lesión quística pancreática más frecuente (70%). Por lo tanto, el primer aspecto importante en el diagnóstico diferencial será distinguir esta de otras lesiones, sobre todo de los tumores quísticos pancreáticos. Para ello será importante recoger datos como la presencia en las técnicas de imagen de signos inflamatorios en el parénquima pancreático o el antecedente conocido de Pancreatitis Aguda o Crónica, si bien se debe tener en cuenta que en ocasiones son estas lesiones tumorales la causa de la pancreatitis.

3.- Cistoadenomas mucinosos.- Representa el 20% de los tumores quísticos pancreáticos y se presenta como una lesión redondeada y bien definida con una gruesa cápsula fibrosa rodeando los espacios quísticos que no comunican con el conducto pancreático. Desde el punto de vista histológico el hallazgo más característico será la presencia de un estroma subepitelial con células fusiformes que recuerdan el estroma ovárico. En estos pacientes existe un predominio del sexo femenino y a menudo se encuentran asintomáticos siendo la lesión diagnosticada de forma incidental durante una exploración realizada por otra indicación. Cuando aparecen síntomas estos quedan en relación con el efecto masa que producen lesiones de gran tamaño. El principal interés de identificar estos tumores radica en que se trata de una lesión potencialmente maligna en la que pueden coexistir distintos grados de displasia, carcinoma in situ o carcinoma invasivo. La presencia de carcinoma invasivo varía según las series del 5 al 30%. Se debe tener en cuenta que el componente invasivo puede encontrarse en una pequeña parte de la lesión por lo que se recomienda la revisión histológica de toda la pieza operatoria.

4.- Neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI).- A diferencia de otras lesiones quísticas pancreáticas se trata de una tumoración primaria del conducto pancreático caracterizada por dilataciones quísticas segmentarias o difusas de los conductos pancreáticos con crecimiento papilar intraductal y abundante secreción de moco (representa el 7% de las neoplasias pancreáticas y más del 50% de las lesiones quísticas pancreáticas identificadas incidentalmente). En función de la localización anatómica, la NMPI se suele clasificar en una forma con afección predominante del conducto pancreático principal (NMPI de tipo conducto principal [NMPI-CP]), una forma que se origina en las ramas accesorias del sistema ductal pancreático (NMPI de tipo ramas colaterales [NMPI-RC]) y una forma con afección de ambos conductos (NMPI de tipo mixto). Desde el punto de vista histológico el epitelio tumoral recuerda al adenoma vellosos colorrectal con distintos grados de displasia. Habitualmente se trata de pacientes de mayor edad (media aproximada de 65 años) y con leve predominio del sexo masculino. Se trata de una lesión potencialmente maligna donde pueden coexistir distintos grados de displasia, carcinoma insitu o invasivo. La distinción con otro tipo de lesiones quísticas mucinosas será de gran

importancia pues en estos casos puede existir una afectación difusa del conducto pancreático y el paciente precisará una pancreatometomía total. (4)

Tabla 19.-Características Clínicas, endoscópicas del líquido, citología y potencial maligno del pseudoquistes y las lesiones neoplásicas quísticas

Lesión	Cuadro clínico	Hallazgos ecoendoscópicos	Líquido	Citología	Potencial maligno
Pseudoquistes	Historia de pancreatitis grave o moderada	Anecoico, pared engrosada, rara vez hay septos; rara vez se pueden ver adenomegalias regionales	Fino, amarronado	Neutrófilos, macrófagos, histiocitos; coloración negativa para mucina	Nulo
Cistoadenoma seroso	Generalmente un hallazgo incidental, puede causar dolor abdominal y masa palpable	Microquístico con patrón "panal de abeja"; raramente posee componente macroquístico; calcificación central	Fino, claro o <i>serosanguinolento</i>	Epitelio cuboide con coloración positiva para glicogenio	Casi nulo
Cistoadenoma mucinoso	Generalmente un hallazgo incidental, puede causar dolor abdominal con masa palpable	Macroquístico, septado; calcificaciones periféricas, componentes sólidos y adenomegalias regionales cuando son	Viscoso, claro	Células columnares mucinosas con atipia variable; coloración positiva para mucina	Si
Neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPID)	Historia de pancreatitis, dolor abdominal o hallazgo incidental	Ducto pancreático principal o secundarios dilatados; puede tener septos o un componente sólido	Viscoso, claro	Células columnares mucinosas con atipia variable; coloración positiva para mucina	Si
Neoplasia pseudo-papilar sólida	Generalmente un hallazgo incidental; raramente causa disconfort abdominal	Componentes sólidos y quísticos	<i>Sanguinolento</i> y con debris necróticos	Células monomórficas con núcleo redondeado; eosinofílico; coloración positiva para vimentina y α -1-antitripsina	Si

Fuente: Artifon Everson, Tchekmedyan Jorge, Otoch, Gutierrez Galiana, Sandra Canseco, Caro Luis, 2014. Aportes de la ecografía endoscópica a las lesiones

quísticas del páncreas. Acta Gastroenterológica Latinoamericana, 44 (2), 129-137.
(21)

Diagnóstico definitivo:

- Pseudoquiste Pancreático

4.6.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal y observacional, en el cual se revisaron los protocolos de autopsia del Departamento de Patología Posmortem del Hospital General de México en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre de 2007; Se efectuaron un total de 7.283 autopsias, de este total, solo 12 casos presentaron el diagnóstico de Seudoquiste Pancreático, lo que corresponde al 0,164% del total de autopsias. 7 se presentaron en mujeres y 5 en hombres, con un rango de edad desde los 29 años hasta los 81 años con un promedio de 55 años. Solamente en 7 casos (58,33%) se identificaron antecedentes de importancia para el desarrollo de SP, el alcoholismo crónico se mencionó como antecedente en 4 casos (33%), mientras que la presencia de una neoplasia maligna se encontró en 3 casos (25%). (27)

La frecuencia de pancreatitis asociada con cálculos de la vesícula biliar es paralela a la frecuencia de colelitiasis, es decir, la incidencia pico se observa entre los 50 y los 70 años de edad y la enfermedad afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres en una proporción 2:1.(4)

Su frecuencia durante el embarazo es muy baja, por lo cual el manejo de esta condición no está estandarizado. La mayor parte de los episodios se producen durante el tercer trimestre y el puerperio. (3) (4)

Debemos destacar que los factores biológicos no son modificables por lo que no podemos actuar directamente sobre ellos, pero si prevenir la adquisición de dichas enfermedades.

El medio ambiente produce influencias en la salud de las personas de muchas maneras a través de la exposición a factores de riesgo físicos, químicos y biológicos y por medio de los cambios relacionados con la conducta en respuesta a dichos factores. Según la OMS, trece millones de muertes cada año se producen por causas ambientales evitables. Si se previene el riesgo ambiental, se podrían salvar hasta cuatro millones al año, solamente en niños, en su mayor parte en países en vías de desarrollo.

Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reconocen esta interdependencia entre la salud y las condiciones sociales. El marco de los ODM muestra que sin logros significativos en la reducción de la pobreza, la seguridad alimentaria, la educación, el empoderamiento de las mujeres y la mejora de las condiciones de vida en los barrios pobres, muchos países no alcanzarán las metas de salud. (28)

En este caso se habla de una complicación frecuente de una Pancreatitis Aguda posterior a una colecistitis, lo cual es una condición que precede a esta enfermedad. En relación al sexo, siendo una paciente femenina, también se podría tomar como un precedente ya que esta patología se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Dentro de lo que es el aspecto del medio ambiente y social la paciente no presenta factores de riesgo ya que la paciente tiene una constitución delgada, dentro de sus

hábitos no toma ni fuma, vive con su esposo e hijos en casa de cemento con todos los servicios básicos.

4.7.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.7.1. Acceso a la Atención Médica

La nueva Constitución de 2008 señala que “la salud es un derecho que garantiza el Estado. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (29)

Es así que el MAIS garantiza:

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir;
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano.

- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo. (20)

Paciente, residente en el Coca, acudió al Hospital de su región en donde fue valorada con la prontitud debida e ingresada en esa casa de salud con un diagnóstico de Pancreatitis Aguda y recibiendo un tratamiento para esta patología con lo cual no encontró mejoría.

Lo que indica que fue valorada y atendida oportunamente en el hospital, valorando su condición aunque su problemática no fue resuelta con eficacia permitiendo con ello la aparición de complicaciones y disminuyendo el pronóstico de vida del paciente.

Se puede corroborar la falta de información por parte de la paciente y de su familia al pedir el alta sin la completa mejoría de la paciente lo cual ayudó para el agravamiento de la patología y aparición de complicaciones.

4.7.2. Características de la Atención

Paciente es valorada en consulta externa del Servicio de Cirugía General y hospitalizada inmediatamente según los protocolos del servicio. En el Hospital Regional Docente de Ambato, en el servicio de Cirugía; la paciente es valorada y atendida de una forma integral, como se redacta en la Historia Clínica y en donde se evidencia que no se detalla en forma cronológica la aparición de la sintomatología de la paciente en cuanto a la descripción de la enfermedad actual.

Se realizó varios exámenes complementarios con el fin de corroborar el diagnóstico definitivo, y valorar su evolución y pronóstico.

El Pseudoquiste Pancreático, una acumulación de líquido casi siempre estéril, se compone de detritus celulares, sangre y líquido pancreático (enzimas pancreáticas) y está totalmente encapsulado por una pared que carece de epitelio, el cual se forma por una respuesta inflamatoria que ocurre después de la extravasación de líquido pancreático. (5)

Los Pseudoquistes son precedidos por una Pancreatitis en el 90% de los casos o por un evento traumático en el 10%. Se forman a las 4 semanas después de una Pancreatitis Aguda aproximadamente en un 15% y muchas veces pueden no ser detectados por semanas. El 45% se forma en la cabeza del páncreas y la mayor parte son solitarios (15% múltiples). (4) (5)

Se diagnostica mediante estudios de imagen: ultrasonografía: sensibilidad 88 a 100% y especificidad 92 a 98%, ultrasonido endoscópico: sensibilidad 93 a 100% y especificidad 92 a 98%, TAC: sensibilidad 82 a 100% y especificidad 98%, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y resonancia magnética nuclear: sensibilidad 70 a 92%.

Las indicaciones de tratamiento de un paciente con pseudoquiste pancreático son:

- Compresión de grandes vasos
- Obstrucción gástrica o duodenal
- Estenosis de vía biliar
- Infección del pseudoquiste
- Hemorragia hacia el pseudoquiste
- Fístula pancreática pleural
- Pseudoquiste sintomático (saciedad, náusea y vómito, y dolor y sangrado gastrointestinal bajos)
- Pseudoquiste asintomático mayor de 5 cm (que no haya modificado su tamaño o morfología en más de seis semanas)
- Pseudoquiste asintomático mayor de 4 cm (que origine complicaciones extrapancreáticas en pacientes con pancreatitis crónica por alcoholismo)
- Sospecha de malignidad. (5)

Existen varias opciones de tratamiento:

- Observación (alivio: 8-70%)
- Aspiración o drenaje percutáneo (falla: 16%, morbilidad: 18%, recurrencia hasta 70%)
- Aspiración o drenaje endoscópico (éxito: 92-100%, mortalidad: 0.2%, morbilidad: 17%, recurrencia: 7.6-23%)
- Drenaje quirúrgico abierto (éxito: 70-100%, morbilidad: 9-36%, mortalidad: 0-8%, recurrencia: 0-30%)
- Drenaje laparoscópico (éxito: 92-100%, mortalidad: 0%, morbilidad: 9%, recurrencia: 3%)
- Drenaje interno o externo y resección.(5)

Las complicaciones por un pseudoquiste son: complicaciones esplénicas, rotura, hemorragia, infección, complicaciones biliares, hipertensión portal, obstrucción (estómago, duodeno o grandes vasos), rotura hacia la cavidad abdominal o víscera hueca y fístula entérica o pleural. (5)

4.7.3. Oportunidades en la Remisión

El caso de la paciente fue manejada en el primer nivel de atención que constituyen todos los Hospitales Básicos con hospitalización, entre ellos el Hospital del Coca, en donde fue valorada y deciden su referencia a un Hospital de Segundo nivel como lo es el Hospital Provincial Docente de Ambato, para su mejor manejo. Posterior a su resolución quirúrgica, se decidió que la paciente podía regresar al primer nivel de atención hospitalaria para continuar con su tratamiento y seguimiento.

4.8.- IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRITICOS

4.8.1.- Ruta de usuario

- Paciente no realiza controles en Subcentro de Salud por el dolor abdominal ya que se prescribía medicación para disminuir dolor, y en ocasiones no había turnos para médico.
- Paciente que posterior a hospitalización es dada de alta por pedido de familiares ya que cuadro de dolor de la paciente no mejoraba y creían poderla ayudar con medicina natural.
- Paciente presenta cuadro de dolor abdominal de moderada a gran intensidad acompañada de vómito bilioso por lo que nuevamente es hospitalizada.
- Falta de educación sanitaria por parte del personal de salud hacia la comunidad de El Coca.

4.9. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 5.- Oportunidades de mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
Información a la población en general de lo importante que es realizarse chequeos de salud periódicamente.	Charlas de capacitación a la población.
	Utilizar estrategias del sistema de salud (visita domiciliaria) para realizar seguimiento a los pacientes.
	Socialización a la comunidad de lo que oferta cada casa de salud.
Respuesta apropiada a los cambios negativos en la evolución del paciente	Valorar a cada paciente de una forma integral.
	Solicitar la valoración oportuna del área correspondiente, en este caso Cirugía.
	Solicitar los exámenes complementarios necesarios con prontitud.
	Comunicación por parte del personal de salud a la familia de la evolución natural de la enfermedad y posibles complicaciones.

V. CONCLUSIONES:

Por lo tanto se puede concluir lo siguiente:

- El Pseudoquiste Pancreático fue una complicación de una Pancreatitis Aguda, la cual pudo haber sido evitado de haber dado un tratamiento a tiempo y correcto previo a su formación.
- Diagnosticar un Pseudoquiste Pancreático es un hallazgo ocasional debido a que la sintomatología que presenta no es definida, y en ocasiones se presenta cuando existen complicaciones. Realizar una anamnesis y examen físico completo constituye el 50% de la información para obtener una orientación diagnóstica.
- La evolución clínica en un principio no fue buena en el Hospital de primer nivel en el que se encontraba por lo que fue referida a un Hospital de segundo nivel ya con una complicación pero en donde tuvo una mejor evolución de su cuadro clínico previo a su cirugía y posterior a esta, con un buen pronóstico.
- La mayoría de Pseudoquistes Pancreáticos se resuelven espontáneamente con tratamiento conservador, sin embargo la paciente mostraba persistencia de síntomas por lo que se indicó la intervención quirúrgica. Se le realizó un drenaje percutáneo del Pseudoquiste Pancreático y una Cistogastroanastomosis con colocación de un dren para evitar posibles complicaciones.
- Las posibles complicaciones agudas pueden ser: infección, rotura o hemorragia; y complicaciones crónicas como obstrucción biliar, trombosis de la vena esplénica o porta y dificultad del vaciamiento gástrico. La paciente no mostró ninguna complicación ni durante la cirugía ni posterior a esta.

RECOMENDACIONES

1. Valorar adecuadamente a los pacientes para un correcto diagnóstico y tratamiento y así evitar futuras complicaciones.
2. Verificar la evolución del paciente y actuar rápidamente frente a complicaciones o descompensaciones.
3. Solicitar con prontitud los exámenes complementarios (laboratorio e imagen) para un mejor y rápido diagnóstico.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Aláez Ch. y colaboradores. Pseudoquistes de páncreas con extensión a mediastino. *Revista Chilena de Cirugía*, 63 (3), 297-300, 2011. (12)
- Aponte Diego. Paciente con quiste Pancreático Incidental. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*, 25 (3), 274-280, 2010. (16)
- Aponte Diego. Enfoque actual en el estudio y tratamiento de los tumores quísticos del páncreas. Corto análisis de las herramientas disponibles en la actualidad. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*, 27 (3), 147-150, 2012 (25)
- Artifon Everson, Tchekmedyan Jorge, Otoch, Gutierrez Galiana, Sandra Canseco, Caro Luis. Aportes de la ecografía endoscópica a las lesiones quísticas del páncreas. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 44 (2), 129-137, 2014. (21)
- Camacho Assef y colaboradores. Apuntes históricos sobre el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda severa. *Mediciego*, 19 (2), 1-7, 2013 (18)
- Casal Luciano, Meana Julio, Karatanasópuloz Carlos, Casal P. Juan, Casal I. Juan. Pancreatitis Aguda. Revisión, *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 112, 5-20, 2002. (4)
- Correa Burciaga, Garza y Yáñez Leija. Cistogastroanastomosis por laparoscopia: manejo del pseudoquiste pancreático. *Cirujano General*, 34 (4), 280-285, 2012. (30)
- Cruz Salinas, Manjarrez Cuenca, González Acosta, Cruz, Esquivel Ledesma, Escandón Espinoza, Vásquez Guerra, Mondragón Moreno. Drenaje abierto de pseudoquiste pancreático. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (4), 256-259, 2011. (5)
- Everson Artifon y colaboradores. Aportes de la ecografía endoscópica a las lesiones quísticas del páncreas. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 44 (2), 129-137, 2014. (8)

- Fallas Duron. Pseudo Quiste Pancreático. Revista Medica De Costa Rica Y Centroamerica LXX (605), 87-93, 2013. (3)
- Gómez Beltrán y colaboradores. Pancreatitis aguda en la infancia. Cirugía Pediátrica, 26(1), 21-24, 2013. (6)
- Gómez Suleta. Manejo endoscópico de los pseudoquistes pancreáticos. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología, 28 (3), 183-190, 2013. (26)
- Guardado Bermúdez y colaboradores. Pseudoquiste pancreático. Revisión y reporte de caso. Cirugía y Cirujanos, 82 (4), 425-431, 2014. (1)
- Lucio, Villacrés, & Henríquez. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública De México, 53(2), 177-187, 2011. (29)
- Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. (20)
- Neira Borja, Fuentes T., González S.. Pseudoquiste Pancreático Posterior a Pancreatitis Traumática. A propósito de un caso. Revista Médica de Nuestros Hospitales, 20 (2), 69-72, 2014. (22)
- Organización Mundial de la Salud. Acción Sobre Los Factores Sociales Determinantes De La Salud: Aprender De Las Experiencias Anteriores. Comisión Sobre Determinantes Sociales De La Salud, 7, 2005. (28)
- Ramírez Colín y colaboradores. Cistogastroanastomosis laparoscópica en el tratamiento de pseudoquiste pancreático: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, 11 (1), 20-24, 2010. (24)
- Ramírez Stephanie. Pseudoquiste Pancreatico. Revista Medica De Costa Rica Y Centroamerica LXXI, 610, 313-316, 2014. (9)
- Repiso Ortega Alejandro. Manejo del paciente asintomático con quiste pancreático, Sesión De Vías Biliares Y Páncreas. Hospital Virgen de la Salud Toledo, 728, 49-55, 2012. (10)
- Reyna Villasmil. Seudoquiste pancreático y embarazo. A propósito de un caso, clínica e investigación en ginecología y obstetricia. clínica e

investigación en ginecología y obstetricia. Elsevier Y Doyma, 402, 1-3, 2014. (2)

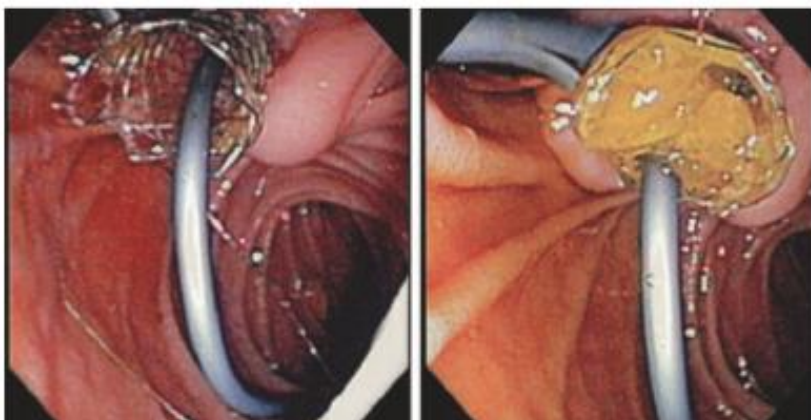
- Santos Jasso, Asz Sigal y Medina Vega. Tratamiento Quirúrgico de Pseudoquiste Pancreático en Edad Pediátrica Experiencia Actual en un Hospital de Tercer Nivel. Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica, 15 (4), 185-192, 2008. (7)
- Vargas, Sepúlveda Copete, Zuleta, Hani. Tratamiento de pseudoquiste pancreático con drenaje transpapilar por vía endoscópica: reporte de caso. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología, 25 (2), 215-218, 2010. (23)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

- EBSCO. Beltran Herrera, Bueno Lledó, Carceller Navarra, Suárez Sotob y Juan Burgueño. Rotura esplénica secundaria a pseudoquiste de páncreas. Elsevier España, 89 (2), 120-122, 2011. (14)
- EBRARY. Casamayor Franco y colaboradores. Pseudoquiste traumático de páncreas. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 99 (8), 476-483, 2007. (12)
- EBSCO. Iglesias García y Domínguez Muñoz. Ante un paciente al que se le ha realizado un drenaje de un pseudoquiste de páncreas mediante una quistogastrostomía endoscópica o ecoendoscópica y la colocación de una prótesis entre el estómago y el pseudoquiste, ¿Cuál sería el momento más adecuado para retirar estas prótesis?. Gastroenterología y Hepatología. Elsevier Doyma, 32 (5), 376-377, 2009. (19)
- EBRARY. Iribarren Díaz, Castro Parga, Díaz Cardamas, Freiría Barreiro, Pérez Domínguez, Rivo Vázquez y Gil Gil. Comunicación pancreático-pleural secundaria a pseudoquiste pancreático. Una complicación de evolución variable. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 100 (11), 730-738, 2008. (11)

- EBSCO. López Penza, Patrice David, Elie Oussoultzoglou, Patrick Pessaux y Philippe Bachellier. Tratamiento del pseudoquiste hemorrágico de páncreas. Cirugía Española, Elsevier Doyma, 90 (5), 329-342, 2012, (15)
- EBRARY. Murguía Pérez, Lazos Ochoa, & Navarro Córdoba. Pseudoquiste pancreático. Estudio restrospectivo de 12 casos de autopsia en el Hospital General de México. Revista española de Patología, 43(4), 201-2016, 2010. (27)
- EBRARY. Rodríguez D'Jesúsa, Fernández Esparrachb y Esteve Saperasa. Tratamiento endoscópico del seudoquiste de páncreas: aspectos prácticos. Gastroenterología y Hepatología. Elsevier Doyma, 34(10), 711-716, 2011. (17)

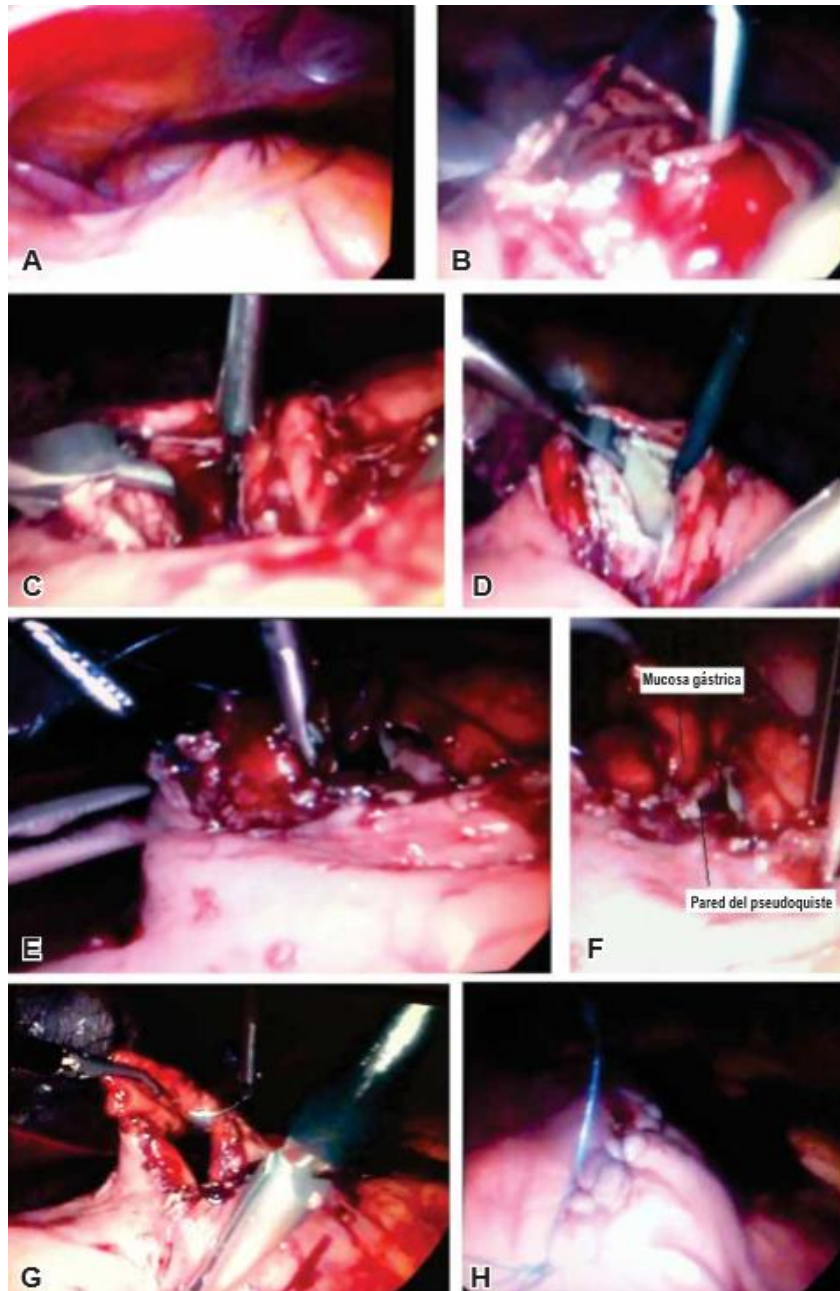
VII. ANEXOS



- Drenaje endoscópico transpapilar (12)



- Cistogastroanastomosis (13)



- Secuencia de una cistogastrostomía por laparoscopia. En A) se observa el abombamiento del estómago sobre la pared anterior abdominal, en B) la cistogastrostomía anterior, en C) punción del pseudoquiste pancreático, en D) pseudoquiste abierto a través de la cistogastrostomía posterior, en E) la realización de la cistogastrostomía de forma manual con sutura de forma continua de prolene 00, en F) se observa cistogastrostomía terminada (se observa la cavidad), en G) cierre de la gastrostomía anterior, y en H) hermeticidad de la misma verificada con azul de metileno. (30)