

PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO SOBRE PÁNCREAS ECTÓPICO MEDIASTÍNICO

Rafael Ayuso Velasco¹, Daniel León Medina², María García Sáez², Roberto Risco Rojas², Cipriano López García², Santiago García Barajas².

Servicios de ¹Cirugía Pediátrica y ²Cirugía Torácica del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud.

Resumen

El pseudoquiste pancreático (PQP) sobre tejido pancreático ectópico en el mediastino es una lesión extremadamente rara. Se presenta un caso de esta patología intervenido en nuestro servicio. Se trata de una mujer de 23 años que consulta por disnea, tos seca y dolor torácico. Se le diagnostica de un aparente derrame pleural de tipo exudado, que requiere varias toracocentesis evacuadoras para paliar la clínica. El estudio se completa con biopsia pleural cerrada, fibrobroncoscopia, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM). Ésta última confirma la presencia de una lesión quística múltiple que desplaza el mediastino y algunas estructuras abdominales. Se decide realizar una toracotomía diagnóstico-terapéutica, previa evacuación del quiste. El resultado anatomopatológico es de PQP sobre un páncreas ectópico (PE).

Se concluye con la recomendación de incluir este tipo de lesiones en el diagnóstico diferencial de las lesiones mediastínicas.

Palabras Clave: pseudoquiste pancreático, páncreas ectópico, mediastino

Pancreatic pseudocyst on ectopic mediastinal pancreas.**Abstract**

Pancreatic pseudocyst on ectopic pancreatic tissue in the mediastinum is a very rare disease. We report a case of this disease which is operated by our Department. This is a 23 year old woman who complains of dyspnea, dry cough and chest pain. Is diagnosed with an apparent type transudate pleural effusion that required thoracentesis to relieve several clinic. The study is completed with closed pleural biopsy, fibrobronchoscopy, computed tomography and magnetic resonance imaging. The latter confirms the presence of multiple cystic lesion displacing the mediastinum and some abdominal structures. A diagnostic-therapeutic thoracotomy is decided after evacuation of the cyst. The anatomopathology result is a pancreatic pseudocyst on an ectopic pancreas.

We conclude with the recommendation to include this type of lesion in the differential diagnosis of mediastinal lesions.

Keywords: pancreatic pseudocyst, ectopic pancreas, mediastinum.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un páncreas ectópico es poco frecuente, sobre todo en el mediastino. La mayor parte de los casos descritos de PE se localizan a nivel abdominal¹⁻³.

La formación de un PQP a partir de dicho tejido aberrante es extremadamente rara. Se presenta un nuevo caso clínico y se describe su manejo diagnóstico y terapéutico.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se trata de una mujer de 23 años con un cuadro, de 10 días de evolución, de disnea de moderados esfuerzos, tos seca y dolor torácico izquierdo de características pleuríticas que se irradia al hipocondrio izquierdo. El único antecedente es el de un parto eutócico 3 meses antes, continuando con la lactancia materna en el momento del estudio. En la exploración física presenta un buen estado general, está hemodinámicamente estable con una saturación de oxígeno del 98%. En la auscultación se aprecia una hipofonosis generalizada del hemitórax izquierdo con un soplo pleural.

La radiografía de tórax muestra la presencia de un derrame pleural izquierdo masivo con desplazamiento del mediastino (figura 1), por lo que el servi-

cio de Neumología que estudia inicialmente el caso, realiza una toracocentesis evacuadora y diagnóstica, etiquetándose de exudado de origen desconocido (líquido amarillo pajizo, con pH = 7,33; glucosa = 80 mg/dl; proteínas 3,3 g/dl; ADA = 38 UI/l; LDH = 211 UI/l; colesterol = 65 mg/dl; triglicéridos = 9 mg/dl).

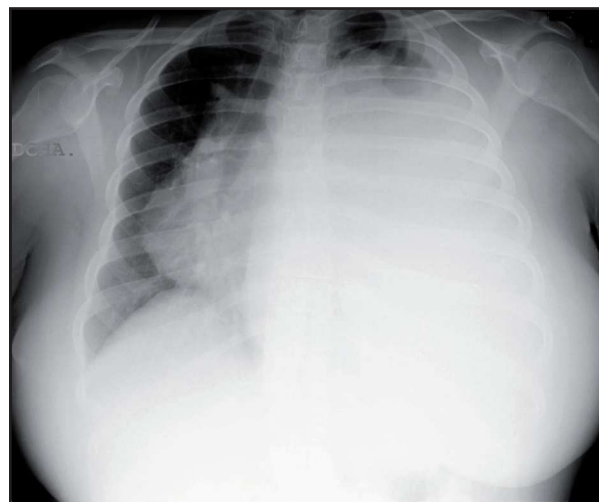


Figura 1. Radiografía que muestra el aparente derrame pleural izquierdo con el desplazamiento contralateral mediastínico.

Recibido: 19 de enero de 2011. Aceptado: 7 de septiembre de 2011.

Rafael Ayuso Velasco
rayusov@telefonica.net

La paciente requiere 2 nuevas toracocentesis evacuadoras parciales debido al rápido empeoramiento clínico y radiológico del aparente derrame. Durante el estudio se efectúa una TC torácica que es informada como derrame pleural masivo que ocupa todo el hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastínico contralateral, isodensos con discreta lobulación en su vertiente superior, se acompaña de atelectasia del parénquima pulmonar (figura 2). Posteriormente se realiza una biopsia pleural cerrada que sólo recoge células inflamatorias y una fibrobroncoscopia, en la que se aprecian signos de compresión extrínseca desde el bronquio principal izquierdo con estenosis del 50%. El broncoaspirado es negativo para células tumorales.

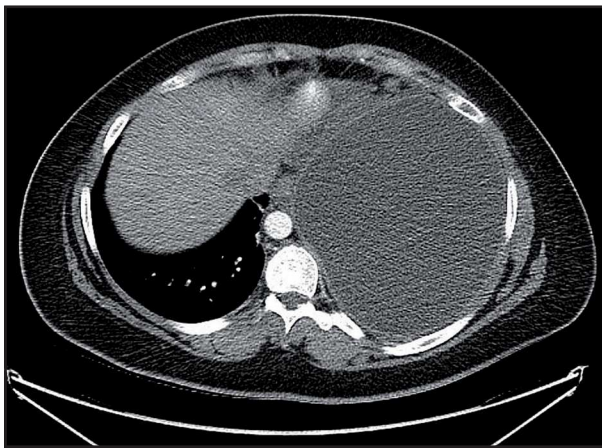


Figura 2. TC que muestra el aparente derrame pleural izquierdo.

Ante estos hallazgos, la paciente es remitida a nuestro servicio de Cirugía Torácica para la realización de una biopsia pleural mediante videotoracoscopia. Tras la valoración del caso y ante la sospecha de otra patología, se decide completar el estudio con una RM de forma ambulatoria, debido a su situación de lactancia. La paciente necesita 2 nuevas toracocentesis evacuadoras de 1.800 ml previas a dicha prueba.

La RM muestra la presencia de una lesión quística de 29 x 18 x 17 cm con contenido líquido, situada a la izquierda de la línea media, la cual rebasa y desplaza el mediastino contralateralmente. El pulmón izquierdo está atelectasiado y la lesión también desplaza caudalmente al bazo y al riñón izquierdo (figura 3).

Entre el diagnóstico diferencial se plantea la posibilidad de un quiste pleuro-pericárdico, un quiste hidatídico y un tumor de células germinales (bien un teratoma quístico o un coriocarcinoma). La serología hidatídica es negativa y los niveles en suero de la subunidad beta de la hormona gonadocoriónica (β -hCG) son normales.

Ante los hallazgos se decide la intervención quirúrgica diagnóstico-terapéutica. Con la paciente anestesiada, en decúbito supino y con el pul-

món izquierdo colapsado, se evacua el quiste con ayuda de una aguja de Veress, drenando 4.500 ml de líquido seroso. Posteriormente, a través de una toracotomía postero-lateral izquierda, por el 6º espacio intercostal, se accede a la cavidad torácica y se evidencian 3 lesiones de aspecto quístico. La mayor, casi vacía por la toracocentesis, se encuentra adherida por su parte caudal a la cara superior del diafragma y a la superficie frénica del lóbulo inferior. Las otras 2 lesiones miden 10 y 5 cm, son de consistencia gomosa y con contenido líquido. Se lleva a cabo la resección de la pared y la puesta a plano de los restos del quiste adheridos al mediastino, diafragma y al parénquima pulmonar. Se colocan 2 drenajes de 32 Fr, uno apical y otro basal, los cuales se retiran al 3º y 5º días postoperatorios. La paciente evoluciona sin complicaciones y es dada de alta al 7º día tras la intervención.

El estudio anatomopatológico informa de un pseudoquiste pancreático sobre páncreas ectópico.

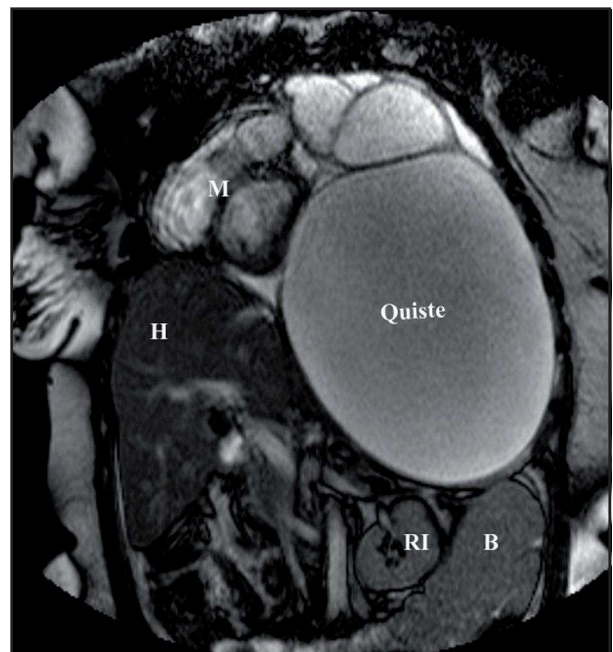


Figura 3. RM que muestra la lesión multi-quística gigante que desplaza el mediastino contralateralmente y al diafragma, al riñón izquierdo y al bazo hacia abajo. M: mediastino, H: hígado, B: bazo, RI: riñón izquierdo.

DISCUSIÓN

El PE, heterotópico, accesorio o aberrante consiste en la presencia de tejido pancreático en una localización anómala y sin conexión anatómica ni vascular con la glándula normal. Se ha descrito su incidencia en el 1% - 2% de las autopsias¹⁻⁴. La mitad de los casos publicados de PE se localizan en el píloro y en el duodeno, aunque también se encuentran en otras partes del tubo digestivo, incluyendo el divertículo de Meckel, apéndice, colon o vesícula biliar. La situación extradigestiva es mucho más rara, incluye una fístula

broncoesofágica anormal y, como en el caso de nuestra paciente, el mediastino³. El origen del PE no está aclarado aunque se postulan 2 teorías: la primera sugiere una diferenciación anómala de las células pluripotenciales endodérmicas en el lugar donde asienta la lesión (similar a una metaplasia). La segunda explicaría esta alteración por una adhesión de las células pancreáticas primordiales a estructuras vecinas durante la rotación de los esbozos pancreáticos.

Según la literatura revisada existen aproximadamente 14 casos publicados de PQP mediastínicos originados sobre un PE^{1,2,5}. No hay que confundirlo con los PQP con extensión mediastínica de origen abdominal, que son más frecuentes, incluso, se han publicado algunos casos en niños⁶.

El PQP sobre PE afecta más a los varones que a las mujeres en una proporción de 2:1 y es más frecuente en pacientes jóvenes. Nuestro caso es una mujer de 23 años en la que destaca el antecedente del embarazo, pero parece que el comportamiento de los PQP no se ve alterado por los cambios gravídicos⁷. Según la evolución y teniendo en cuenta la aparición de la clínica tras el parto, planteamos la posibilidad de una pancreatitis con aparición del pseudoquiste coincidiendo con el final de la gestación.

La primera dificultad diagnóstica que se ha encontrado en nuestra paciente es el comportamiento clínico y radiológico del PQP similar al de un derrame pleural, con características bioquímicas de exudado. La biopsia pleural cerrada y la fibrobroncoscopia no aportan información adicional para el diagnóstico y la TC a pesar del informe radiológico, tras ser valorada por nosotros, deja dudas acerca de si la localización de la lesión es intraabdominal o intratorácica. La RM es concluyente en este último aspecto.

El diagnóstico diferencial que se propone tras el resultado de la RM incluye las lesiones quísticas más frecuentes del mediastino. Ante el hallazgo de una lesión mediastínica hay que barajar la posibilidad de que sea un tumor neurogénico, un linfoma, un tumor mesenquimatoso, un tumor de células germinales, un tumor tímico, un absceso, un granuloma... Tras nuestra experiencia creemos que también conviene añadir, en el grupo de las lesiones quísticas mediastínicas, el PQP.

Respecto al tratamiento de esta patología, no parece haber dudas de que lo más efectivo es la cirugía. Aunque se recomienda la exéresis completa del PQP^{1,2,5}, en nuestra paciente, debido a las dificultades técnicas de re-

secabilidad por inclusión de la pared en las superficies pulmonares, mediastínica y diafragmática, se opta por realizar un destechado o marsupialización. El resultado a corto plazo es bueno, como confirma que a los 3 días se retirara 1 de los drenajes y 2 días después, el otro.

En cualquier caso se realizará un seguimiento exhaustivo de la paciente en nuestras consultas.

CONCLUSIONES

Tras nuestra experiencia y después de revisar la bibliografía podemos concluir diciendo que, a pesar de la rareza del PQP sobre un PE mediastínico, conviene incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de las masas mediastínicas.

La RM es una prueba de imagen útil en el estudio de este tipo de lesiones, cuyo diagnóstico definitivo se realiza con el análisis histopatológico.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wang W, Li K, Qin W, Sun H, Zhao C. Ectopic pancreas in mediastinum: report of 2 cases and review of the literature. *J Thorac Imaging* 2007; 22: 256 – 8.
2. Fayoumi S, Al-Husseini L, Jalil R, Abbasi S. Ectopic pancreatic tissue in the thoracic cavity: report of two cases. *Ann Thorac Surg* 2010; 90: e25 – 7.
3. Skandalakis JE, Gray SW, Ricketts R. The pancreas. En: Mitchell CW editor. *Embriology for surgeons* 2nd Ed. Ediciones Williams and Wilkins. Baltimore 1994. Págs 366 – 404.
4. Pearson S. Aberrant pancreas: review of the literature and report of 3 cases, one of which produced common and pancreatic obstruction. *Arch Surg* 1951; 63: 168 – 184.
5. Ehrlich A, Pützscher F, Weissmann K, Klenske M. Ectopic pancreatic tissue within a mediastinal cyst – a rare clinical manifestation. *Zentralbl Chir* 2009; 134: 178 – 81.
6. Crombleholme TM, deLorimier AA, Adzick NS, Longaker MT, Harrison MR, Cox KL et al. Mediastinal pancreatic pseudocysts in children. *J Pediatr Surg* 1990; 25: 843 – 5.
7. Eddy JJ, Lynch GE, Treacy DE. Pancreatic pseudocysts in pregnancy: a case report and review of the literature. *J Perinatol* 2003; 23: 69 – 72.

