

# Respuesta a la carta al Editor

## Response to the letter to the Editor

Martín Alonso Gómez Zuleta<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico internista gastroenterólogo. Profesor asociado de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Hospital Universitario Nacional. Unidad de Gastroenterología y Ecoendoscopia (UGEC). Hospital Universitario Fundación Santa Fe.

Fecha recibido: 08-11-17  
Fecha aceptado: 09-11-17

Bogotá D. C., noviembre 8 de 2017

Señores

Comité Editorial de la Revista Colombiana de Gastroenterología

Leí con interés la carta que el Dr. Reyes envió a la revista y, por una parte, celebro que los artículos que publica nuestra revista sean referencia y se les hagan críticas porque esto hace que aumenten los indicadores que pueden llevarnos a subir la clasificación de la misma. Por otra parte, entiendo que lo anotado por nosotros (una indicación de drenaje de un pseudoquiste es la posibilidad de malignidad quística pancreática) puede inicialmente presentarse para confusión, pero es lo que se señala repetidamente en la literatura incluso en un artículo muy reciente (1-4), por lo que me voy a extender en la respuesta para tratar de dar claridad al tema.

En general, las lesiones quísticas del páncreas se dividen en lesiones neoplásicas y lesiones no neoplásicas; las primeras son los verdaderos quistes y las segundas se dividen en lesiones con epitelio y sin epitelio. En estas últimas (sin epitelio) es donde se ubican los pseudoquistes del páncreas, que en algunas ocasiones son muy difíciles de diagnosticar. Por una parte, encontrar una lesión quística en un paciente que ha tenido pancreatitis 1 o 2 meses antes y que no tiene septos o nódulos murales es altamente sugestivo de pseudoquistes y sus indicaciones de drenaje son las anotadas en nuestro trabajo, pero en ocasiones el cuadro no es tan claro y se pueden encontrar en la práctica clínica lesiones quísticas sin septos o nódulos cuyo paciente no ha tenido aparentemente el antecedente de pancreatitis y podría sospecharse que tienen riesgo de malignidad; son estas lesiones las que deben puncionarse para poder establecer un pronóstico y medir principalmente 3 marcadores: nivel de amilasas, antígeno carcinoembrionario (ACE) y la mucina. Si la lesión tiene una amilasa muy alta con un ACE bajo es diagnóstico de pseudoquiste, si la lesión tiene amilasa baja y ACE alto con mucina es sospechoso de un quiste mucinoso y si tiene una amilasa elevada con ACE alto es sugestivo de una neoplasia mucinosa papilar intraductal. Por otra parte, es claro que si un paciente con esta sospecha se va a drenar, no necesariamente significa que se deba colocar un *stent* y drenarlo, sino que se puede drenar a través de una aguja de punción número 19 como lo demostró el Dr.

Ardengh (5). Finalmente, es también claro que una lesión quística neoplásica (los verdaderos quistes) no se deben drenar por lo que anota el Dr. Reyes.

Cordialmente,  
Martín Alonso Gómez Zuleta, MD

## REFERENCIAS

1. Rasch S, Nötzel B, Phillip V, et al. Management of pancreatic pseudocysts-a retrospective analysis. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184374. DOI: 10.1371/journal.pone.0184374.
2. Cannon JW, Callery MP, Vollmer CM Jr. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: what is the evidence? *J Am Coll Surg*. 2009;209(3):385-93. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2009.04.017.
3. Gumaste VV, Pitchumoni CS. Pancreatic pseudocyst. *Gastroenterologist*. 1996;4(1):33-43.
4. Samuelson AL, Shah RJ. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. *Gastroenterol Clin North Am*. 2012;41(1):47-62. DOI: 10.1016/j.gtc.2011.12.007.
5. Ardengh JC, Coelho DE, Coelho JF, et al. Single-step EUS-guided endoscopic treatment for sterile pancreatic collections: a single-center experience. *Dig Dis*. 2008;26(4):370-6. DOI: 10.1159/000177024.