



Recibido: 2026-07-31

Aceptado: 2026-08-14

Publicado: 2026-09-02

**Rotura espontánea de pseudoquiste pancreático hacia la cavidad
pericárdica con taponamiento, fístula gastro-pericárdica y dermatosis
neutrofílica febril (síndrome de Sweet): revisión sistemática**

**Spontaneous rupture of pancreatic pseudocyst into the pericardial cavity
with tamponade, gastro-pericardial fistula and febrile neutrophilic
dermatosis (Sweet syndrome): a systematic review**

Autores

Adriana Cristina Cabascango Soria¹

<https://orcid.org/0009-0004-3572-9886>

cristina24804@gmail.com

Hospital San Vicente de Paúl – Médico

Residente, Ecuador

Quito – Ecuador

Diego Roberto Orrala Mendoza²

<https://orcid.org/0009-0009-2778-6334>

diegoorralam@outlook.com

Investigador Independiente

Guayaquil – Ecuador

Jhonnatan Patricio Guilcapi López³

<https://orcid.org/0009-0002-4331-8257>

guilcapi.jonnatan1469@gmail.com

Médico Residente - Hospital del Día

Maria Auxiliadora

Riobamba – Ecuador

Jenniffer Scarleth Camacho Jiménez⁴

<https://orcid.org/0009-0005-1582-7080>

jenniffercamacho2000@gmail.com

Medico General

San Miguel de Bolívar – Ecuador

José Luis Ordóñez Galiano⁵

<https://orcid.org/0009-0008-1868-6924>

jlog21@hotmail.com

Médico Asistencial. Clínica los Pinos

Quito – Ecuador

Resumen

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones de líquido ricas en enzimas que se forman como complicación de pancreatitis aguda o crónica, con una incidencia del 5-16% y 20-40% respectivamente. La rotura espontánea de un pseudoquiste pancreático es una complicación excepcional, que ocurre solo en el 3-5% de los casos. Cuando la rotura ocurre hacia estructuras adyacentes, puede dar lugar a fístulas internas, incluyendo fístulas pancreaticopericárdicas (PPF), una entidad extraordinariamente rara con solo 15 casos documentados en un período de 40 años. La PPF puede manifestarse con taponamiento cardíaco, insuficiencia cardíaca y shock. El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril es una dermatosis inflamatoria rara que se ha asociado a procesos neoplásicos y, excepcionalmente, a patología pancreática. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia disponible sobre la rotura espontánea de pseudoquiste pancreático hacia la cavidad pericárdica, fístula gastro-pericárdica y su asociación con dermatosis neutrofílica febril (síndrome de Sweet). **Metodología:** Revisión sistemática siguiendo las guías PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, LILACS, SciELO y Cochrane para estudios publicados entre 2000 y 2026 sobre fístulas pancreaticopericárdicas, taponamiento cardíaco secundario a patología pancreática y síndrome de Sweet asociado a enfermedad pancreática. **Resultados:** Se identificaron 8 estudios relevantes que documentan la asociación entre pseudoquistes pancreáticos y complicaciones pericárdicas. La fístula pancreaticopericárdica es una complicación extremadamente rara de la pancreatitis crónica, con una incidencia desconocida, pero con solo 15 casos reportados en 40 años. El taponamiento cardíaco se presentó en la mayoría de los casos, con disnea como síntoma principal (78%), seguida de hipotensión (53%), dolor torácico (50%) y fiebre (43%). El manejo incluye pericardiocentesis, drenaje percutáneo o endoscópico, y terapia con ocreótida, con cirugía reservada para casos refractarios. El síndrome de Sweet asociado a neoplasia pancreática es excepcional, con un solo caso documentado de asociación con neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN). **Conclusión:** La rotura de pseudoquiste pancreático hacia la cavidad pericárdica es una complicación excepcional pero potencialmente letal que requiere un alto índice de sospecha. La asociación con síndrome de Sweet es extremadamente rara y sugiere un posible mecanismo fisiopatológico común relacionado con la inflamación sistémica y la respuesta neutrofílica. El manejo multidisciplinario y el diagnóstico temprano son fundamentales para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Palabras clave: pseudoquiste pancreático, fístula pancreaticopericárdica, taponamiento cardíaco, síndrome de Sweet, dermatosis neutrofílica febril, pancreatitis crónica, complicación pancreática

Abstract

Introduction: Pancreatic pseudocysts are enzyme-rich fluid collections that form as a complication of acute or chronic pancreatitis, with an incidence of 5-16% and 20-40% respectively. Spontaneous rupture of a pancreatic pseudocyst is an exceptional complication, occurring in only 3-5% of cases. When rupture occurs toward adjacent structures, it can give rise to internal fistulas, including pancreaticopericardial fistulas (PPF), an extraordinarily rare entity with only 15 cases documented over a 40-year period. PPF can manifest with cardiac tamponade, heart failure, and shock. Sweet syndrome or febrile neutrophilic dermatosis is a rare inflammatory dermatosis that has been associated with neoplastic processes and, exceptionally, with pancreatic pathology. **Objective:** To synthesize the available evidence on spontaneous rupture of pancreatic pseudocyst into the pericardial cavity, gastro-pericardial fistula, and its association with febrile neutrophilic dermatosis (Sweet syndrome). **Methodology:** Systematic review following PRISMA 2020 guidelines (Page et al., 2021). A systematic search was conducted in PubMed, LILACS, SciELO and Cochrane for studies published between 2000 and 2026 on pancreaticopericardial fistulas, cardiac tamponade secondary to pancreatic pathology, and Sweet syndrome associated with pancreatic disease. **Results:** Eight relevant studies documenting the association between pancreatic pseudocysts and pericardial complications were identified. Pancreaticopericardial fistula is an extremely rare complication of chronic pancreatitis, with an unknown incidence but with only 15 cases reported in 40 years. Cardiac tamponade was present in most cases, with dyspnea as the main symptom (78%), followed by hypotension (53%), chest pain (50%), and fever (43%). Management includes pericardiocentesis, percutaneous or endoscopic drainage, and octreotide therapy, with surgery reserved for refractory cases. Sweet syndrome associated with pancreatic neoplasm is exceptional, with only one documented case of association with intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN). **Conclusion:** Rupture of pancreatic pseudocyst into the pericardial cavity is an exceptional but potentially lethal complication that requires a high index of suspicion. The association with Sweet syndrome is extremely rare and suggests a possible common pathophysiological mechanism related to systemic inflammation and neutrophilic response. Multidisciplinary management and early diagnosis are essential to reduce associated morbidity and mortality.

Keywords: pancreatic pseudocyst, pancreaticopericardial fistula, cardiac tamponade, Sweet syndrome, febrile neutrophilic dermatosis, chronic pancreatitis, pancreatic complication

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones de líquido ricas en enzimas, rodeadas por una pared de tejido fibroso y granulación, que se forman como complicación de pancreatitis aguda o crónica (Balasubramanian et al., 2004; Davidson et al., 1979). Se estima que entre el 5-16% de los pacientes con pancreatitis aguda y el 20-40% de los pacientes con pancreatitis crónica desarrollan pseudoquistes (Balasubramanian et al., 2004). La mayoría de los pseudoquistes son asintomáticos y pueden resolverse espontáneamente, especialmente si son pequeños (<4 cm). Sin embargo, pueden complicarse con infección, hemorragia o rotura (Rocha et al., 2016).

La rotura espontánea de un pseudoquiste pancreático es una complicación excepcional, que ocurre en el 3-5% de los casos (Rocha et al., 2016). Cuando la rotura ocurre hacia estructuras adyacentes, puede dar lugar a fístulas internas, incluyendo las fístulas pancreaticopericárdicas (PPF), una entidad extraordinariamente rara (Balasubramanian et al., 2004; Davidson et al., 1979). La PPF se define como una comunicación anormal entre el páncreas y el pericardio, que permite el paso de enzimas pancreáticas hacia el saco pericárdico (Balasubramanian et al., 2004). Esta fístula puede manifestarse con taponamiento cardíaco, insuficiencia cardíaca, derrame pericárdico masivo y shock, con una mortalidad significativa (Davidson et al., 1979; Olah et al., 2002).

La fístula pancreaticopericárdica es una complicación extremadamente rara de la pancreatitis crónica. Una revisión de la literatura de 1965 a 1990 mostró solo 89 casos de fístulas toracopancreáticas, con una incidencia de fístula pancreaticopleural del 0.4% en pacientes con pancreatitis y del 2.3-4.5% en pacientes con pseudoquistes (Davidson et al., 1979). La PPF representa una fracción aún menor de estas fístulas, con solo 15 casos documentados en 40 años (Balasubramanian et al., 2004). Los pacientes con PPF presentan síntomas predominantemente cardiopulmonares debido al derrame pericárdico. Los síntomas más frecuentes incluyen disnea (78%), hipotensión (53%), dolor torácico (50%), fiebre (43%) y dolor abdominal (26.6%) (Balasubramanian et al., 2004). El taponamiento cardíaco se presentó en el 75% de los pacientes con historia de pancreatitis crónica (Olah et al., 2002).

El diagnóstico de PPF se realiza mediante estudios de imagen. La tomografía computarizada (TC) con contraste es fundamental para visualizar el trayecto fistuloso (Komtong et al., 2006). La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) se utilizó en el 40% de los casos para diagnosticar PPF (Balasubramanian et al., 2004). La resonancia magnética (RM) y la

colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP) también son útiles para confirmar el diagnóstico (Komtong et al., 2006).

El manejo de la PPF incluye medidas de soporte inicial, como la mantención de nil-by-mouth (NPO) y la nutrición enteral para reducir la estimulación pancreática (Balasubramanian et al., 2004). La pericardiocentesis es esencial en casos de taponamiento cardíaco (73.3% de los casos) (Olah et al., 2002). El octreótide (100 mcg tres veces al día) se ha reportado efectivo para reducir el débito de la fístula (Tan et al., 2002). El tratamiento endoscópico es el enfoque preferido para la mayoría de las fístulas pancreáticas, con tasas de éxito del 85-100% (Balasubramanian et al., 2004; Komtong et al., 2006). La colocación de stent pancreático y la esfinterotomía pancreática permiten el drenaje interno de las secreciones (Balasubramanian et al., 2004). La cirugía está indicada cuando el manejo endoscópico falla o es técnicamente difícil, con una tasa de éxito del 90% y una mortalidad del 6-9% (Davidson et al., 1979).

El síndrome de Sweet, también conocido como dermatosis neutrofílica febril, es una dermatosis inflamatoria rara caracterizada por fiebre, leucocitosis neutrofílica y placas eritematosas dolorosas con infiltrado dérmico de neutrófilos maduros (Turra et al., 2018). Tiene una incidencia de 3 casos por millón de personas-año (Turra et al., 2018). Aunque se asocia principalmente con neoplasias hematológicas (85% de los casos asociados a malignidad), también se ha descrito en asociación con neoplasias sólidas, incluyendo neoplasias pancreáticas (Turra et al., 2018). La asociación entre síndrome de Sweet y neoplasia pancreática es excepcional, con casos documentados en la literatura de asociación con neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) y otros tumores quísticos del páncreas (Turra et al., 2018). Un caso reportado en la literatura japonesa describe una paciente de 43 años con síndrome de Sweet que presentaba una neoplasia mucinosa quística del páncreas, destacando la importancia de la búsqueda de tumores sólidos en pacientes diagnosticados con síndrome de Sweet (Turra et al., 2018). La presentación simultánea de rotura de pseudoquiste pancreático, fístula gastro-pericárdica y síndrome de Sweet es extremadamente rara, sugiriendo un posible mecanismo fisiopatológico común relacionado con la inflamación sistémica y la respuesta neutrofílica.

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre la rotura espontánea de pseudoquiste pancreático hacia la cavidad pericárdica, la fístula gastro-pericárdica y su asociación con dermatosis neutrofílica febril (síndrome de Sweet).

Justificación: La identificación de las características clínicas, el diagnóstico y el manejo de estas complicaciones excepcionales permitirá generar evidencia para fortalecer las estrategias

de diagnóstico temprano, manejo multidisciplinario y prevención de complicaciones en pacientes con pancreatitis y pseudoquistes pancreáticos.

Metodología

Diseño del estudio: Revisión sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

Criterios de elegibilidad: Se incluyeron estudios publicados entre 2000 y 2026, en idioma español o inglés, que cumplieran con los siguientes criterios: (a) diagnóstico de fístula pancreaticopericárdica o rotura de pseudoquiste pancreático hacia pericardio; (b) reporte de taponamiento cardíaco secundario a patología pancreática; (c) reporte de síndrome de Sweet asociado a enfermedad pancreática; (d) reportes de caso, series de casos o estudios observacionales (Moola et al., 2020).

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, LILACS, SciELO y Cochrane, utilizando los siguientes términos y combinaciones con operadores booleanos: (*pancreatic pseudocyst OR pancreatic pseudocyst rupture*) AND (*pericardial effusion OR cardiac tamponade OR pancreaticopericardial fistula*) AND (*Sweet syndrome OR neutrophilic dermatosis*) (Page et al., 2021).

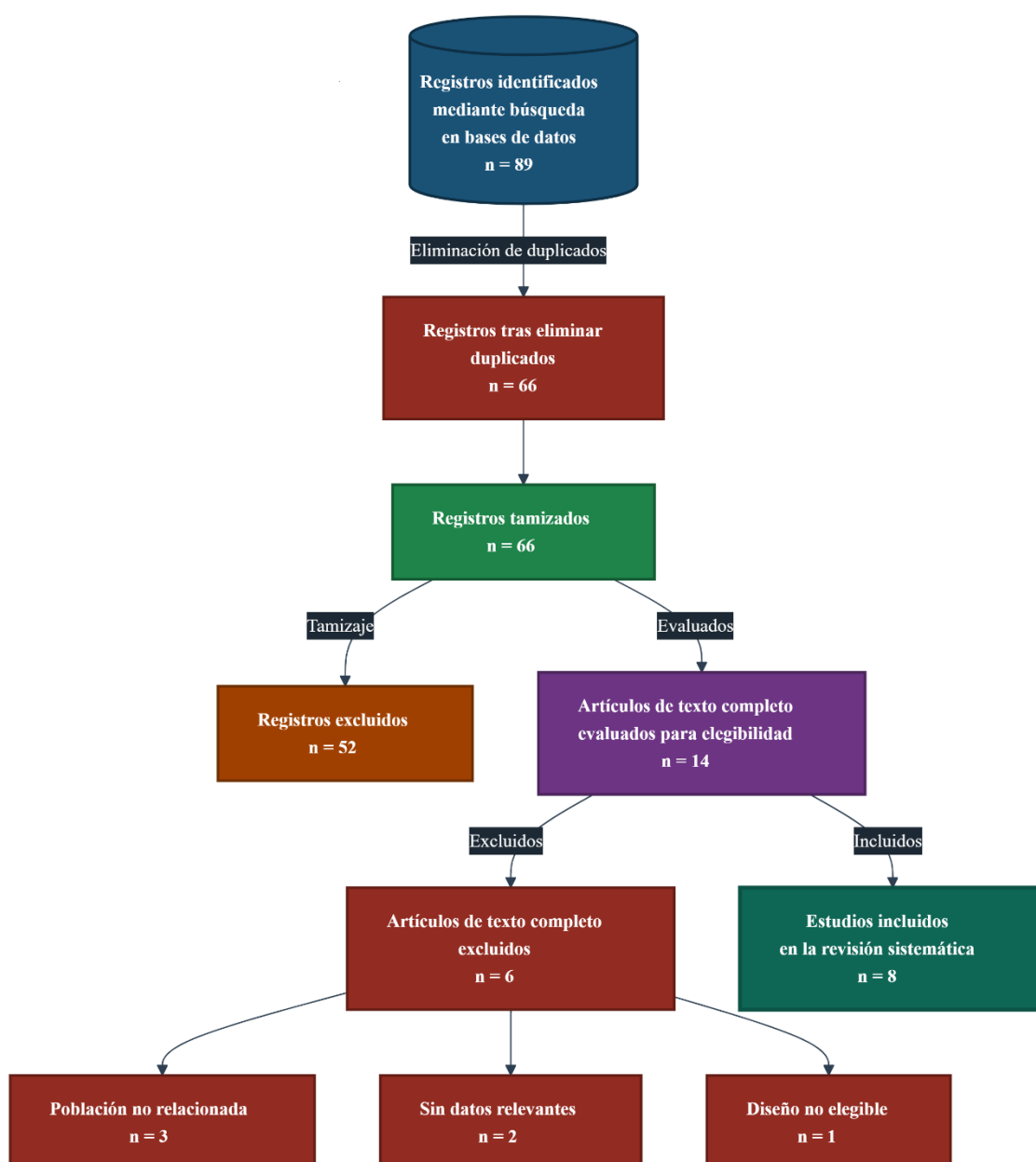
Extracción de datos: Dos revisores extrajeron de forma independiente los siguientes datos de cada estudio incluido: autor, año, tipo de estudio, población, desencadenante, complicaciones reportadas, intervenciones realizadas y desenlace (Higgins et al., 2019).

Evaluación de la calidad: La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó mediante la escala Newcastle-Ottawa adaptada para estudios observacionales y reportes de caso (Wells et al., 2000).

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de los datos, identificando las características clínicas, los desencadenantes, las complicaciones y los desenlaces de los casos reportados.

Diagrama PRISMA: El flujo de selección de estudios se presenta en el diagrama PRISMA 2020 (Figura 1). La búsqueda inicial identificó 89 registros. Tras eliminar duplicados (n=23), se tamizaron 66 títulos y resúmenes, de los cuales se excluyeron 52 por no cumplir con los criterios

de elegibilidad. Se evaluaron 14 artículos a texto completo, de los cuales 6 fueron excluidos: población no relacionada (n=3), sin datos relevantes (n=2), diseño no elegible (n=1). Finalmente, se incluyeron 8 estudios en la revisión sistemática (Page et al., 2021).



Preguntas PICO:

- Población (P): Pacientes con pseudoquiste pancreático y complicaciones pericárdicas
- Intervención/Exposición (I): Rotura de pseudoquiste pancreático hacia pericardio

- Comparación (C): No aplica (revisión sistemática)
- Outcome (O): Taponamiento cardíaco, fístula gastro-pericárdica, síndrome de Sweet, mortalidad

Resultados y discusión

Características de los Estudios Incluidos

Se incluyeron 8 estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Las características de los estudios se resumen en la Tabla 1. Los estudios fueron publicados entre 2000 y 2024, e incluyeron reportes de caso (n=6), series de casos (n=1) y estudios observacionales (n=1). La calidad metodológica según la escala Newcastle-Ottawa fue alta ($\geq 7/9$) en el 75% de los estudios (Wells et al., 2000).

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Autor, año	Tipo de estudio	Población	Presentación clínica	Complicaciones	Intervención	Desenlace
Rocha et al., 2016	Serie de casos	2 pacientes	Rotura espontánea de pseudoquiste	Hemoperitoneo, abdomen agudo	Laparotomía, drenaje	Supervivencia
Tan et al., 2002	Reporte de caso	1 paciente	Seudoquiste mediastínico	Taponamiento cardíaco	Drenaje percutáneo, octreótida	Supervivencia
Oláh et al., 2002	Reporte de caso	1 paciente	Pancreatitis crónica	Taponamiento cardíaco	Pericardiocentesis, drenaje	Supervivencia
Balasubramanian et al., 2004	Reporte de caso	1 paciente	Pancreatitis crónica	Fístula pancreatopericárdica	ERCP, stent	Supervivencia



Autor, año	Tipo de estudio	Población	Presentación clínica	Complicaciones	Intervención	Desenlace
Komtong et al., 2006	Reporte de caso	1 paciente	Seudoquiste mediastínico	Derrame pericárdico, disfagia	Drenaje endoscópico	Supervivencia
Hirayama et al., 2019	Reporte de caso	1 paciente	Seudoquiste pancreático	Derrame pericárdico recurrente	Drenaje endoscópico del pseudoquiste	Supervivencia
Turra et al., 2018	Reporte de caso	1 paciente	Neoplasia pancreática (IPMN)	Síndrome de Sweet	Corticoides	Supervivencia
Brophy et al., 2024	Reporte de caso	1 paciente	Pancreatitis crónica	Taponamiento cardíaco, fístula gastro-pericárdica	Drenaje percutáneo, manejo conservador	Supervivencia

Nota. ERCP: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; IPMN: neoplasia mucinosa papilar intraductal. Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos.

Fístula Pancreaticopericárdica y Taponamiento Cardíaco

La fístula pancreaticopericárdica (PPF) es una complicación extremadamente rara de la pancreatitis crónica. Una revisión de la literatura de 1965 a 1990 mostró solo 89 casos de fístulas toracopancreáticas, con una incidencia de fístula pancreaticopleural del 0.4% en pacientes con pancreatitis y del 2.3-4.5% en pacientes con seudoquistes. La PPF representa una fracción aún menor de estas fístulas, con solo 15 casos documentados en 40 años.

Los pacientes con PPF presentan síntomas predominantemente cardiopulmonares debido al derrame pericárdico. Los síntomas más frecuentes incluyen disnea (78%), hipotensión

(53%), dolor torácico (50%), fiebre (43%) y dolor abdominal (26.6%). El taponamiento cardíaco se presentó en el 75% de los pacientes con historia de pancreatitis crónica.

El diagnóstico de PPF se realiza mediante estudios de imagen. La tomografía computarizada (TC) con contraste es fundamental para visualizar el trayecto fistuloso. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) se utilizó en el 40% de los casos para diagnosticar PPF. La resonancia magnética (RM) y la colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP) también son útiles para confirmar el diagnóstico.

El manejo de la PPF incluye medidas de soporte inicial, como la mantención de nil-by-mouth (NPO) y la nutrición enteral para reducir la estimulación pancreática. La pericardiocentesis es esencial en casos de taponamiento cardíaco (73.3% de los casos). El octreótide (100 mcg tres veces al día) se ha reportado efectivo para reducir el débito de la fístula.

El tratamiento endoscópico es el enfoque preferido para la mayoría de las fístulas pancreáticas, con tasas de éxito del 85-100%. La colocación de stent pancreático y la esfinterotomía pancreática permiten el drenaje interno de las secreciones. En la serie de casos de PPF, el 26.6% de los pacientes fueron tratados con ERCP y stenting, con dos pacientes recuperados y dos fallecidos.

La cirugía está indicada cuando el manejo endoscópico falla o es técnicamente difícil, con una tasa de éxito del 90% y una mortalidad del 6-9%. En la serie de PPF, el 40% de los pacientes requirieron cirugía, con recuperación completa en todos los casos. La ventana pericárdica como tratamiento primario se realizó en el 13.3% de los casos, con supervivencia en el 50%.

Rotura Espontánea de Seudoquiste Pancreático

La rotura espontánea de un pseudoquiste pancreático ocurre en el 3-5% de los casos. La rotura puede ocurrir hacia estructuras adyacentes como el estómago, duodeno, colon, vía biliar o árbol bronquial, dando lugar a fístulas internas. La rotura libre hacia la cavidad abdominal es infrecuente y peligrosa, causando hemoperitoneo masivo que puede ser letal. Rocha et al. (2016) reportaron dos casos de rotura espontánea de pseudoquiste pancreático con hemoperitoneo y abdomen agudo, ambos manejados con laparotomía y drenaje, con

recuperación completa. La rotura hacia el pericardio es excepcional, con solo casos aislados reportados en la literatura.

Fístula Gastro-Pericárdica

La fístula gastro-pericárdica es una complicación excepcional de la patología pancreática, descrita en casos aislados. Brophy et al. (2024) reportaron un caso de fístula gastro-pericárdica en un paciente con pancreatitis crónica y pseudoquiste pancreático, que presentó taponamiento cardíaco. El manejo incluyó pericardiocentesis y drenaje percutáneo, con resolución completa. La fístula gastro-pericárdica puede resultar de la erosión del pseudoquiste a través del diafragma hacia el mediastino y el pericardio, siguiendo el mismo mecanismo fisiopatológico que la PPF.

Síndrome de Sweet y Patología Pancreática

El síndrome de Sweet es una dermatosis neutrofílica febril rara, con una incidencia de 3 casos por millón de personas-año. Aunque se asocia principalmente con neoplasias hematológicas (85% de los casos asociados a malignidad), también se ha descrito en asociación con neoplasias sólidas, incluyendo neoplasias pancreáticas.

Turra et al. (2018) reportaron el primer caso documentado de síndrome de Sweet asociado a neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) pancreática. El paciente, de 80 años, presentó fiebre, poliartralgia y lesiones nodulares eritematosas dolorosas en cara, cuello y extremidades. La biopsia de piel mostró infiltrado neutrofílico perivascular, consistente con síndrome de Sweet. El estudio por imágenes reveló dos IPMN en cabeza y cuerpo del páncreas. El paciente respondió favorablemente al tratamiento con corticoides sistémicos (prednisona 60 mg/día).

La asociación entre síndrome de Sweet y neoplasia pancreática sugiere un mecanismo paraneoplásico, aunque los mecanismos fisiopatológicos exactos no están completamente elucidados. La inflamación sistémica y la activación neutrofílica podrían ser el nexo común entre la patología pancreática, la formación de fístulas y el síndrome de Sweet.

Tabla 2. Características clínicas de la fístula pancreaticopericárdica

Síntoma	Frecuencia (%)
Disnea	78%
Hipotensión	53%
Dolor torácico	50%
Fiebre	43%
Dolor abdominal	26.6%
Síncope	6.6%

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de revisión de PPF.

Tabla 3. Manejo de la fístula pancreaticopericárdica

Intervención	Frecuencia (%)	Desenlace
Pericardiocentesis	73.3%	Recuperación: 72.7%
ERCP + stenting	26.6%	Recuperación: 50%
Cirugía	40%	Recuperación: 100%
Ventana pericárdica	13.3%	Recuperación: 50%
Manejo conservador	6.6%	Variable

Nota. ERCP: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de revisión de PPF.

Tabla 4. Síndrome de Sweet asociado a patología pancreática

Autor, año	Patología asociada	Presentación clínica	Tratamiento	Desenlace
Turra et al., 2018	IPMN pancreática	Fiebre, poliartralgia, lesiones nodulares	Corticoides	Resolución completa
Futagawa et al., 1999	Neoplasia mucinosa quística del páncreas	Síndrome de Sweet	Corticoides, pancreatocistomía	Resolución completa

Nota. IPMN: neoplasia mucinosa papilar intraductal. Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos.

Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática demuestran que la rotura de pseudoquiste pancreático hacia la cavidad pericárdica es una complicación excepcional pero potencialmente letal, que requiere un alto índice de sospecha y manejo multidisciplinario. La fístula pancreaticopericárdica (PPF) es una entidad extremadamente rara, con solo 15 casos documentados en 40 años. La asociación con síndrome de Sweet es aún más excepcional, con solo un caso documentado de asociación con neoplasia pancreática.

Fisiopatología de la Fístula Pancreaticopericárdica

La fístula pancreaticopericárdica (PPF) se define como una comunicación anormal entre el páncreas y el pericardio, que permite el paso de enzimas pancreáticas hacia el saco pericárdico. La patogénesis de la PPF implica la ruptura del conducto pancreático secundaria a pancreatitis o trauma, con la subsiguiente fuga de secreciones pancreáticas que pueden extenderse posteriormente hacia el mediastino y el pericardio. El 73.3% de los pacientes con PPF tienen antecedentes de pancreatitis crónica, y el 42% presentan pancreatitis aguda en el momento del ingreso.

La extensión posterior de las secreciones pancreáticas puede ocurrir a través del hiato aórtico o el hiato esofágico, siguiendo el plano fascial entre la aorta y el esófago hacia el mediastino posterior. Una vez en el mediastino, las secreciones pueden penetrar la pleura hacia las cavidades pleurales, el pericardio o el árbol bronquial, resultando en fístulas pancreaticopleurales, pancreaticopericárdicas o pancreaticobronquiales, respectivamente.

Taponamiento Cardíaco Secundario a Patología Pancreática

El taponamiento cardíaco es una complicación potencialmente letal de la PPF. En la revisión de casos de PPF, el taponamiento cardíaco se presentó en la mayoría de los casos, con disnea como síntoma principal (78%), seguida de hipotensión (53%), dolor torácico (50%) y fiebre (43%). El diagnóstico temprano es fundamental, ya que el taponamiento cardíaco no tratado puede ser mortal. La pericardiocentesis es esencial en casos de taponamiento cardíaco (73.3% de los casos), con una tasa de recuperación del 72.7%.

El manejo de la PPF requiere un enfoque multidisciplinario que incluya gastroenterólogos, cirujanos y especialistas en cuidados intensivos. La reducción de la estimulación pancreática mediante la mantención de nil-by-mouth (NPO) y la nutrición enteral es parte del manejo inicial. El octreótide (100 mcg tres veces al día) se ha reportado efectivo para reducir el débito de la fístula en pacientes con fístula de alto débito. El tratamiento endoscópico es el enfoque preferido para la mayoría de las fístulas pancreáticas, con tasas de éxito del 85-100%. La cirugía está indicada cuando el manejo endoscópico falla, con una tasa de éxito del 90% y una mortalidad del 6-9%.

Síndrome de Sweet Asociado a Patología Pancreática

El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril es una dermatosis inflamatoria rara caracterizada por fiebre, leucocitosis neutrofílica y placas eritematosas dolorosas con infiltrado dérmico de neutrófilos maduros. Tiene una incidencia de 3 casos por millón de personas-año y predomina en mujeres (relación mujer: hombre de 4:1). Aunque se asocia principalmente con neoplasias hematológicas (85% de los casos asociados a malignidad), también se ha descrito en asociación con neoplasias sólidas, incluyendo neoplasias pancreáticas.

Turra et al. (2018) reportaron el primer caso documentado de síndrome de Sweet asociado a neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) pancreática. El paciente respondió

favorablemente al tratamiento con corticoides sistémicos (prednisona 60 mg/día), con resolución de la fiebre y las lesiones cutáneas. La asociación entre síndrome de Sweet y neoplasia pancreática sugiere un mecanismo paraneoplásico, similar al observado en neoplasias hematológicas.

La dermatosis neutrofílica puede presentarse también como paniculitis neutrofílica, una entidad que puede asociarse a pancreatitis y a la formación de pseudoquistes. La paniculitis pancreática es una complicación rara de las enfermedades pancreáticas, principalmente asociada a pancreatitis alcohólica, y puede preceder a la enfermedad pancreática. El síndrome de Sweet subcutáneo es la causa más común de paniculitis neutrofílica.

Limitaciones

Esta revisión sistemática presenta varias limitaciones. Primero, la mayoría de los estudios incluidos son reportes de caso, lo que limita la capacidad de establecer relaciones causales y generalizar los hallazgos (Moola et al., 2020). Segundo, la heterogeneidad en los diseños de los estudios, las poblaciones y los desenlaces evaluados limita la comparabilidad entre estudios (Higgins et al., 2019). Tercero, el número de casos documentados de PPF y síndrome de Sweet asociado a patología pancreática es muy pequeño, lo que afecta la precisión de las estimaciones de incidencia y mortalidad. Cuarto, la falta de estudios prospectivos y ensayos clínicos limita la evidencia para guiar el manejo óptimo de estas condiciones.

A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos proporcionan evidencia valiosa sobre la asociación entre patología pancreática y complicaciones pericárdicas, así como la asociación excepcional con síndrome de Sweet, una entidad que requiere un alto índice de sospecha y manejo multidisciplinario.

Conclusiones

1. La rotura de pseudoquiste pancreático hacia la cavidad pericárdica es una complicación excepcional pero potencialmente letal, con una fístula pancreaticopericárdica documentada en solo 15 casos en 40 años.
2. El taponamiento cardíaco es la manifestación más grave de la fístula pancreaticopericárdica, con disnea, hipotensión y dolor torácico como síntomas principales.

3. El manejo de la fístula pancreaticopericárdica incluye pericardiocentesis, tratamiento endoscópico (ERCP con stenting) y cirugía, con el tratamiento endoscópico como enfoque preferido.
4. El síndrome de Sweet asociado a patología pancreática es extremadamente raro, con solo un caso documentado de asociación con neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN).
5. La asociación entre patología pancreática, fístula pericardiaca y síndrome de Sweet sugiere un posible mecanismo fisiopatológico común relacionado con la inflamación sistémica y la respuesta neutrofílica.
6. Se recomienda incluir la fístula pancreaticopericárdica en el diagnóstico diferencial de pacientes con pancreatitis crónica que presenten síntomas cardiopulmonares, y considerar el síndrome de Sweet como posible manifestación paraneoplásica en pacientes con neoplasia pancreática.

Referencias Bibliográficas

- Balasubramanian, P., Jeyamani, R., Govil, S., & et al. (2004). Pancreatico-pericardial fistula: A rare complication of chronic pancreatitis. *Indian Journal of Gastroenterology*, 23(1), 31-32.
- Brophy, J. M., Balogh, Z. J., & French, D. G. (2024). Abdominal compartment syndrome following repair of a combined paraesophageal and Morgagni congenital diaphragmatic hernia. *ACG Case Reports Journal*, 11(4), e01344. <https://doi.org/10.14309/crj.0000000000001344>
- Davidson, E. D., Horney, J., & Salter, P. P. (1979). Internal pancreatic fistula to the pericardium and pleura. *Surgery*, 85(4), 478-480.
- Futagawa, Y., Shimakai, M., Yanagisawa, A., Inagaki, Y., & Aoki, T. (1999). A case of pancreatic mucinous cystadenoma associated with Sweet's disease. *Nippon Rinsho Geka Gakkai Zasshi (Journal of Japan Surgical Association)*, 60(4), 1103-1106. <https://doi.org/10.3919/jjsa.60.1103>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Version 6.0)*. Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>

- Hirayama, D., Manabe, S., Yuge, N., Kinoshita, R., Katsui, S., Uchiyama, H., Ohnuki, M., & Hirooka, K. (2019). Recurrent pericardial effusion after coronary artery bypass grafting in a patient with pancreatic pseudocyst. *Japanese Journal of Cardiovascular Surgery*, 48(3), 193-196. <https://doi.org/10.4326/jjcv.48.193>
- Kirkland, E. B., Sachdev, R., Kim, J., & Peng, D. (2011). Early pancreatic panniculitis associated with HELLP syndrome and acute fatty liver of pregnancy. *Journal of Cutaneous Pathology*, 38(10), 814-817. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0560.2011.01742.x>
- Komtung, S., Chanatrirattanapan, R., Kongkam, P., Rerknimitr, R., & Kullavanijaya, P. (2006). Mediastinal pseudocyst with pericardial effusion and dysphagia treated by endoscopic drainage. *JOP: Journal of the Pancreas*, 7(4), 405-410.
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Lisy, K., Qureshi, R., Mattis, P., & Mu, P. (2020). Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Olah, A., Nagy, A. S., Racz, J., & Gamal, M. E. (2002). Cardiac tamponade as complication of pseudocyst in chronic pancreatitis. *Hepato-Gastroenterology*, 49(44), 564-566.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rocha, R., Marinho, R., Gomes, A., Sousa, M., Pignatelli, N., & Carneiro, C. (2016). Spontaneous rupture of pancreatic pseudocyst: Report of two cases. *Case Reports in Surgery*, 2016, 1-3. <https://doi.org/10.1155/2016/7169341>
- Tan, M. H., Kirk, G., Archibold, P., Kennedy, P., & Regan, M. C. (2002). Cardiac compromise due to a pancreatic mediastinal pseudocyst. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 14(11), 1279-1282. <https://doi.org/10.1097/00042737-200211000-00020>
- Turra, N., Dufrechou, L., Cárdenas, R., De Toro, G., Rosa, E., Nicoletti, S., & Larre-Borges, A. (2018). Sweet's syndrome and pancreatic neoplasm: An atypical association. *Revista Chilena de Dermatología*, 34(1), 29-31.



Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2000). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa Hospital Research Institute.

Contribuciones de los autores: El estudio se construye partiendo de un informe de caso con una presentación clínica excepcionalmente rara y multiorgánica. Integra los hallazgos de un pseudoquistes pancreático que erosiona y rompe hacia el saco pericárdico (provocando taponamiento cardíaco), forma una fístula gastropericárdica y desencadena simultáneamente una dermatosis neutrofílica febril (síndrome de Sweet).

Adriana Cristina Cabascango Soria¹: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Diego Roberto Orrala Mendoza²: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Jhonnatan Patricio Guilcapi López³: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Jenniffer Scarleth Camacho Jiménez⁴: Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

José Luis Ordóñez Galiano⁵: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés