CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):798

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-551 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ROTURA Y MIGRACIÓN DE PRÓTESIS EN FISTULA DUODENAL TRAS PANCREATITIS NECROTIZANTE

Real Noval, Héctor; Cagigas Fernández, Carmen; Magadan Álvarez, Cristina; del Castillo Criado, Álvaro; González Noriega, Mónica Encarnación

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: La pancreatitis aguda necrotrizante, es una forma de presentación grave dentro de las pancreatitis agudas, y con múltiples complicaciones. Dentro de ellas, la necrosis, perforación y fístula duodenal, es infrecuente, y puede ser producida por el daño que produce el exudado pancreático o por alteraciones vasculares y trombosis en las arcadas pancreaticoduodenales. Se presenta un paciente con fístula duodenal manejada con endoprótesis con obstrucción intestinal por rotura y migración de la misma.

Caso clínico: Varón de 64 años de edad con antecedente de pancreatitis aguda necrotizante intervenido quirúrgicamente, realizándose colecistectomía, necrosectomía y drenaje de colección peripancreática. En el postoperatorio desarrolla una fístula duodenal que se maneja con endoprótesis metálica parcialmente recubierta. Acude a Urgencias con cuadro de 12 horas de evolución de distensión abdominal y ausencia de deposiciones y ventoseo. Ante cuadro de obstrucción abdominal se realiza TAC que es informado como cuadro obstructivo a nivel de íleon proximal por rotura y migración de endoprótesis. El paciente es sometido a una intervención quirúrgica urgente en la que se realiza una enterotomía con extracción de prótesis la cual se encuentra fragmentada y colocación de drenaje en zona periduodenal. Evolución satisfactoria del cuadro obstructivo, en el momento del alta, el paciente tolera dieta vía oral. No hay signos de persistencia de fístula duodenal. Como única complicación, el paciente manifiesta infección de herida quirúrgica.

Discusión: Si bien es cierto que, el manejo endoscópico de fístulas con prótesis es una alternativa menos invasiva que la intervención quirúrgica, esta no está exenta de riesgos. En este caso, la migración se produce a distal, enclavándose en íleon ocasionando una obstrucción de alto grado que obliga a intervención quirúrgica para extracción antes de que se produzca la perforación intestinal.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados