

Fístula pancreático-colónica espontánea en paciente con pancreatitis aguda grave



Spontaneous pancreatic-colonic fistula in a patient with severe acute pancreatitis

La formación de fístulas desde el páncreas hacia los órganos vecinos como complicación de una pancreatitis aguda grave es bien conocida, aunque poco frecuente¹. Entre ellas, las fístulas pancreático-colónicas son las más frecuentes, apareciendo habitualmente tras la realización de necrosectomía pancreática, siendo muy poco habitual su desarrollo preoperatorio^{2,3}. Presentamos un caso de pancreatitis aguda grave que se complicó con una fístula pancreático-colónica espontánea.

Mujer de 77 años con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, marcapasos y prótesis aórtica mecánica, que ingresa por primer episodio de pancreatitis aguda grave de origen biliar (colelitiasis sin colecistitis en ecografía). Las TAC realizadas fueron sin contraste iv debido, en un primer momento, a la reagudización de la IRC y a la posterior negativa de la paciente. A las 48 h del inicio de los síntomas y debido a signos de *shock séptico*, se inició antibioterapia con piperacilina-tazobactam y se realizó TAC abdominal urgente, objetivándose: borramiento de la grasa peripancreática sin clara evidencia de colecciones definidas. Al 3.º día se intentó colocar una sonda nasoyeyunal endoscópicamente que fue imposible por la existencia de una estenosis duodenal de aspecto inflamatorio; se inició nutrición parenteral, complicándose más adelante con bacteriemia por *S. epidermidis* y añadiéndose vancomicina al tratamiento. A los 15 días, debido a mala evolución, se realiza nuevo TAC observándose 2 colecciones peripancreáticas: una adyacente a cabeza y otra a cola de 50 × 37 mm y 63 × 57 mm, respectivamente (fig. 1A). Se mantuvo la cobertura antibiótica y la NTP con mejoría clínica y analítica, mantenida tras la suspensión de ambos. Fue dada de alta a los 42 días del ingreso.

A las 24 h acude a urgencias por febrícula, vómitos y dolor abdominal, cumpliendo criterios de sepsis de probable origen abdominal. Se inicia tratamiento empírico con meropenem y se realiza TAC abdominal con contraste oral y enema, observándose: disminución del tamaño de la colección peripancreática de la cabeza, con aparición de gas en su interior, sugestiva de fistulización a tubo digestivo (fig. 1B), confirmándose la existencia de una fístula pancreático-cólica en colono-TAC posterior (fig. 2A). Se inicia tratamiento conservador con dieta absoluta y con levofloxacino-metronidazol, presentando mejoría clínico-analítica, pero persistencia de la fístula. Al suspender la antibioterapia después de 2 semanas, reaparecen leucocitosis y reactantes de fase aguda. Por ello, y por el escaso índice de resolución espontánea de este tipo de fístulas, se decide tratamiento quirúrgico: necrosectomía con resección segmentaria de colon izquierdo y colecistectomía (fig. 2B). Precisa reintervención por dehiscencia de sutura realizándose una reconstrucción tipo Hartmann. Finalmente, la paciente fallece por *shock séptico*.

Las fístulas pancreático-entéricas en el contexto de una pancreatitis aguda son bien conocidas, teniendo una

incidencia del 3-10%^{1,2}. Pueden aparecer en un periodo de 10 a 90 días después del inicio de la pancreatitis. La mayoría aparecen tras la realización de necrosectomía, siendo muy poco habitual su presentación preoperatoria². La rotura de un pseudoquiste/quiste suele ser debido, bien a la cavidad abdominal o mediante una fístula hacia el tracto gastrointestinal, siendo el colon el órgano más frecuentemente afectado seguido del estómago y duodeno^{4,5}.

El 60% de los pacientes cursan con hemorragia digestiva y el inicio de vómitos o diarrea pueden ser también señal de fistulización^{4,6}.

Para su diagnóstico se suelen utilizar la TAC abdominal con contraste (bien vo, rectal o iv) y/o el enema baritado, a pesar de tener menor sensibilidad que la ERCP (técnica diagnóstica clásicamente considerada como la mejor)⁵. La presencia en una TAC convencional de aire en el interior de una zona de necrosis pancreática puede indicar bien infección de la misma o fistulización hacia tracto digestivo. Si se quisiera investigar la localización del orificio de salida de la fístula hacia el tracto digestivo, se podría realizar una endoscopia y ayudarse con la inyección de un marcador como el índigo carmín, el cual muestra la salida como una pequeña erosión. Sin embargo, existen pocos casos en la literatura que se hayan diagnosticado endoscópicamente⁷.

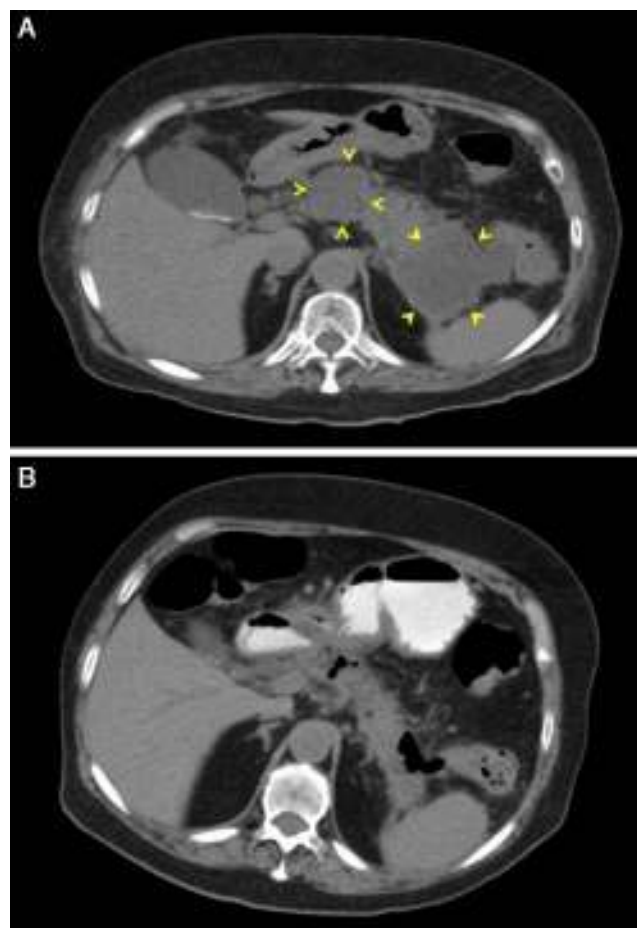


Figura 1 A) Colecciones peripancreáticas: una adyacente a cola y otra a la cabeza. B) Disminución de colección adyacente a la cabeza, con aire en su interior. También se observa aire en la colección de la cola.

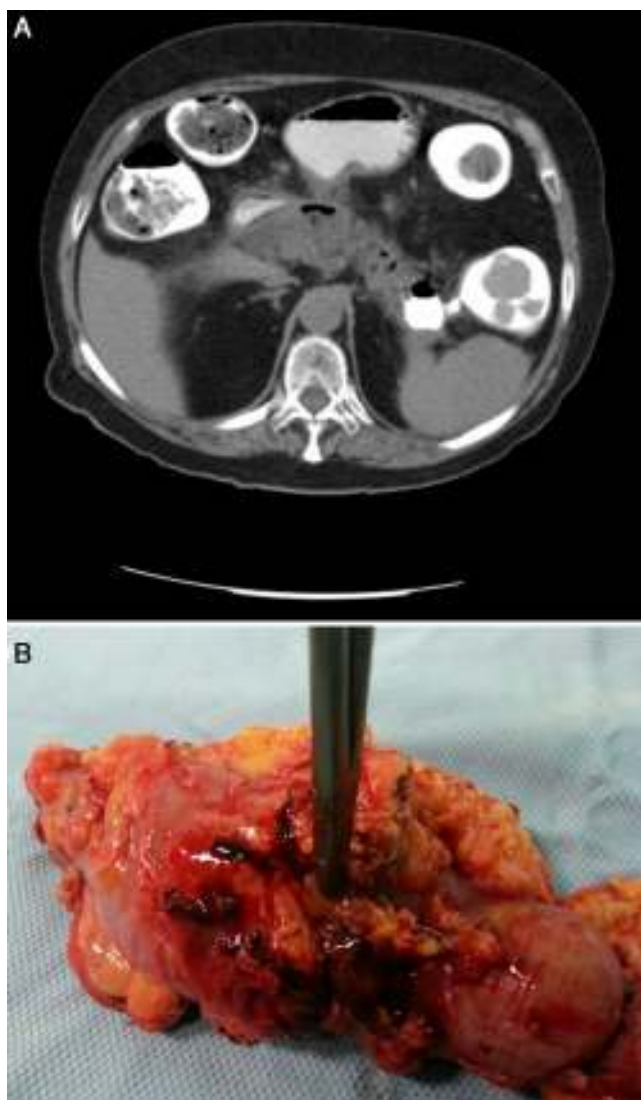


Figura 2 A) Fístula pancreático-colónica hacia colon descendente proximal (confirmación). B) Pieza quirúrgica.

La mayoría de las fístulas dirigidas hacia el tracto gastrointestinal superior pueden ser tratadas de forma conservadora (dieta absoluta, antibióticos y soporte nutricional). Las dirigidas a colon raramente se curan espontáneamente, presentan una mortalidad del 17-67% y su tratamiento más frecuente es el quirúrgico⁸.

El tratamiento quirúrgico se basa en 2 técnicas: a) diversión mediante ileostomía o colostomía y b) resección del tramo colónico afecto⁸. Dependiendo de las complicaciones asociadas, se pueden añadir otras intervenciones como por ejemplo: necrosectomía, drenaje quístico, colocación endoscópica de un *stent* pancreático si existe interrupción del conducto pancreático. En los últimos años han surgido varios artículos con casos de fístulas pancreáticas hacia el aparato digestivo, en los que se ha realizado tratamiento endoscópico con buenos resultados. Sus indicaciones no están bien establecidas, pero podría ser un manejo efectivo y menos invasivo que el quirúrgico. En estos casos, las técnicas empleadas han sido:

- *Endoclips* convencionales: en pequeñas perforaciones < 10 mm, sin inflamación de los márgenes, no siendo eficaces si son de mayor tamaño^{7,9}.
- Sistema *Over-the-Scope Clip*: es un tipo de *clip* formado por una aleación de nitinol, que le confiere efecto memoria y una gran elasticidad, permitiendo aplicar una fuerza permanente y sellar así el orificio fistuloso; precisa previamente un buen drenaje y la ausencia de absceso⁷.
- De forma anecdótica: bandas de ligadura, pegamento (*fibrin glue*) y *endoloop*: se colocan las bandas en los márgenes del orificio fistuloso, formándose pseudópodos, generando una inflamación que sellará el orificio ayudado por el pegamento y, finalmente, se pueden colocar un *endoloop* para estabilizar los márgenes¹⁰.

Tras la revisión realizada a partir de nuestro caso podemos obtener la siguiente conclusión: las fístulas pancreático-colónicas son una complicación poco frecuente y de elevada mortalidad de la pancreatitis aguda grave, cuyo tratamiento suele ser el quirúrgico, aunque en algunos casos seleccionados se podría intentar tratamiento endoscópico.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kochhar R, Massodi I, Singhal M, Dutta U, Nagi B, Wig JD, et al. Pancreatogastric fistula after severe acute pancreatitis: A case report. *Gastrointest Endosc.* 2009;69:269–71.
2. Tsiotos GG, Smith CD, Sarr MG. Incidence and management of pancreatitis and enteric fistulas after surgical management of severe necrotizing pancreatitis. *Arch Surg.* 1995;130:45–52.
3. Fielding GA, Mclatchie GR, Wilson C, Imrie CW, Carter DC. Acute pancreatitis and pancreatic fistula formation. *Br J Surg.* 1989;76:1126–8.
4. Kochhar R, Jain K, Gupta V, Singhal M, Kochhar S, Poornachandra KS, et al. Fistulization in the GI tract in acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc.* 2012;75:436–40.
5. Kwon JC, Kim BY, Kim AL, Kim TH, Park MI, Jung HJ, et al. Pancreatic pseudocystocolonic fistula treated without surgical or endoscopic intervention. *World J Gastroenterol.* 2014;20:1882–6.
6. Berne TV, Edmondson HA. Colonic fistulization due to pancreatitis. *Am J Med.* 1966;111:359–63.
7. Ito K, Igarashi Y, Mimura T, Kishimoto Y, Kamata I, Kobayashi S, et al. Severe acute pancreatitis with complicating colonic fistula successfully closed using the Over-the-Scope Clip System. *Case Rep Gastroenterol.* 2013;7:314–21.
8. Suzuki A, Suzuki S, Sakaguchi T, Oishi K, Fukumoto K, Ota S, et al. Colonic fistula associated with severe acute pancreatitis: Report of two cases. *Surg Today.* 2008;38:178–83.
9. Hwang SO, Lee TH, Park JW, Park SH, Kim SJ. Endoscopic management of multiple colonic fistulae secondary to acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc.* 2010;71:395–7.
10. Will U, Meyer F, Hartmeier S, Schramm H, Bosseckert H. Endoscopic treatment of a pseudocystocolonic fistula by band ligation and endoloop application: Case report. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:581–3.

Esther Merino Rodríguez^{a,*}, Rodrigo Borobia Sánchez^a,
José Manuel Ramia Ángel^b, Susana Rebolledo Olmedo^a,
Roberto de la Plaza Llamas^b y Joaquín Miquel Plaza^a

^a *Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de
Guadalajara, Guadalajara, España*

^b *Servicio de Cirugía general y Aparato Digestivo, Hospital
Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esthermerino780@hotmail.com
(E. Merino Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.03.002>