



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-213 - PANCREATITIS ENFISEMATOSA, UNA ENTIDAD INFRECUENTE PERO GRAVE Y POTENCIALMENTE LETAL

J. Trébol López, R. Sánchez Jiménez, M.C. Cecilia Mercado, M. Borrego Galán, C.A. Blanco Álvarez, J.A. Carmona Sáez y C.M. Francos Von Hunefeld

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Resumen

Objetivos: Presentar tres casos recientes de pancreatitis enfisematosa (PE, pancreatitis necrotizantes infectadas por gérmenes productores de gas) que presentaron diferentes evoluciones para ampliar el conocimiento de este cuadro grave y potencialmente fatal.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 70 años con ceguera, HTA, dislipemia, ansiedad y hernia de hiato. Acude por epigastralgia diagnosticándose pancreatitis aguda analíticamente. A las 48 horas se realiza TAC con retroneumoperitoneo derecho y páncreas aparentemente normal. Se sospecha complicación (perforación duodenal) y se indica laparotomía. Caso 2: varón, 78 años con HTA, SAOS, HBP y depresión. Acude por dolor abdominal con irritación peritoneal difusa objetivándose en TAC PE con trombosis de vena esplénica. Se decide laparotomía por la repercusión abdominal. Caso 3: varón de 79 años pluripatológico (nefropatía membranosa, HTA, aterosclerosis, DM-2, dislipemia, obesidad, FA, hiperuricemia) que acude por dolor y distensión abdominales de una semana de evolución. En radiología simple neumoperitoneo y en TAC neumoperitoneo masivo y retroneumoperitoneo peripancreático. Se indica laparotomía por sospecha de perforación de víscera hueca. Resultados: Caso 1: no se objetiva perforación y sí necrosis retroperitoneal con gas; se realizan lavados, desbridamiento y colocación de drenaje. Postoperatorio con fístula pancreática que evacúa papilla pancreática y cede progresivamente con tratamiento conservador. Alta al mes y medio, retirada de drenaje al segundo mes y TAC control a los 3 meses satisfactorio. Caso 2: se realiza lavado, colecistectomía y colocación de drenaje en transcavidad sin abrir celda pancreática. Con antibioticoterapia desaparece el gas. Desarrolla complicaciones: pseudoaneurisma sangrante de arteria esplénica que precisa embolización y posteriores absceso pancreático y necrosis infectada que precisan laparotomía, drenaje, necrosectomía e instauración de sistema de lavado. Se complica con fístula intestinal que cede con tratamiento conservador y estenosis duodenal que obliga a gastroenterostomía. Fallece en este último postoperatorio por reapertura de fístula intestinal y síndrome compartimental con fallo multiorgánico tras 168 días de ingreso. Caso 3: se inestabiliza preoperatoriamente; se objetiva neumoperitoneo masivo (sin perforación de víscera hueca), signos de hipoperfusión visceral y pancreatitis necrohemorrágica con gas en celda pancreática que está rota. Se realizan lavados, necrosectomía, instauración de sistemas de lavado de celda pancreática y colocación de sonda nasointestinal. Cultivo positivo (*Escherichia coli* y *Clostridium tertium*, formadores de gas). Fallece a las 24 horas por fracaso multiorgánico refractario progresivo.

Discusión: La PE es infrecuente, sobre todo cuando asocia neumoperitoneo sin perforación visceral como en el tercer caso. Es una complicación grave de la pancreatitis aguda grave, que se diagnostica mediante TAC (abundante gas en celda pancreática). Aunque anteriormente se recomendaba cirugía siempre, actualmente su

manejo depende de la situación clínica; se puede comenzar con un manejo conservador, empleando si empeora tratamientos percutáneos y desbridamientos quirúrgicos (todavía el método de referencia). De nuestra casuística, llama la atención la desaparición del gas con tratamiento conservador del segundo caso (aunque presentó múltiples complicaciones de la pancreatitis grave) y que el primero resolvió sin abordar la celda pancreática; la evolución del tercero puede explicarse por la larga evolución y el gran inóculo para generar esa cantidad de gas.