



www.elsevier.es/cirugia

P-293 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PÁNCREAS DIVISUM MEDIANTE TÉCNICA DE BEGER

H. Marín Ortega, A. Sarriugarte Lasarte, J.I. Santidrián Martínez, O. Gutiérrez Grijalba, L. Fernández Cepedal, M.N. Arana de la Torre, M. Calle Baraja y J.M. Oleagoitia Cilaurre

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: El páncreas divisum (PD) es la anomalía congénita más frecuente del páncreas, aunque solamente una minoría de pacientes desarrollará síntomas, posiblemente debidos a la disfunción del drenaje pancreático a través de la papila menor. Clásicamente el tratamiento se basa en mejorar este drenaje mediante esfinteroplastia de la papila menor, la cual es muy eficaz en los pacientes con ataques recidivantes de pancreatitis, pero que arroja resultados desalentadores en aquellos pacientes con dolor crónico. En estos casos la cirugía resectiva puede proporcionar mejores resultados.

Caso clínico: Mujer de 42 años sin antecedentes diagnosticada de PD por medio de colangio-RMN tras episodio de pancreatitis aguda de etiología no biliar ni alcohólica. Es sometida a esfinteroplastia de papila menor y colocación de stent pancreático. Nuevo episodio de pancreatitis aguda a los 3 meses. En las pruebas de imagen se objetiva migración del stent. En los siguientes 3 años presenta 5 episodios de pancreatitis aguda leve, permaneciendo asintomática entre episodios. Es sometida a 5 CPRE con colocación de stent (8,5 Fr) en 4 ocasiones, con un tiempo medio hasta la migración de 3 meses. Progresivamente comienza a desarrollar dolor crónico en cinturón. La RMN en este punto es normal, sin objetivar dilatación del conducto pancreático dorsal. Dado el fracaso de los tratamientos endoscópicos y la aparición de dolor crónico se plantea la indicación quirúrgica, decidiéndose practicar resección de la cabeza pancreática con preservación duodenal (pancreatectomía de Beger). Reconstrucción por medio de un asa desfuncionalizada en Y-Roux con anastomosis pancreaticoyeyunal ductomucosa. La evolución postoperatoria es favorable, siendo alta al 6º día. En el seguimiento posterior la paciente refiere encontrarse asintomática, con desaparición completa del dolor abdominal.

Discusión: El PD se debe a una fusión incompleta de los procesos ventral y dorsal del páncreas durante el desarrollo embrionario, de modo que el páncreas dorsal drena a través de la papila menor, lo que puede producir hipertensión ductal en los pacientes sintomáticos. Pese a la elevada prevalencia de PD en la población general (5-14%) sólo una minoría de pacientes (5%) desarrollan síntomas, sin que por el momento se haya dilucidado que otros factores intervienen en la patogenia. Parece claro que aquellos pacientes con obstrucción papilar evidenciada en las pruebas de imagen y clínica de pancreatitis recidivante se benefician de mejorar el drenaje pancreático mediante esfinteroplastia de la papila menor, ya sea quirúrgica (alivio del dolor 80-85%, reestenosis 8%) o endoscópica (alivio del dolor 65-75%, reestenosis 20%). No obstante, en aquellos pacientes con dolor crónico los resultados son desalentadores (alivio del dolor 30-35%). En estos casos la cirugía resectiva puede ofrecer mejores resultados. En los pacientes sin dilatación caudal del conducto pancreático la técnica de Beger es de elección, ya que permite eliminar la masa inflamatoria de la

cabeza pancreática y mejorar el drenaje de la glándula, con una morbimortalidad menor que la DPC y mejores resultados funcionales. La indicación de cirugía pancreática resectiva es infrecuente en el PD, pero debería plantearse en aquellos pacientes con fracaso repetido del tratamiento endoscópico y/o dolor crónico.