



P-251 - PRÓTESIS ENDOSCÓPICA TRANSGÁSTRICA EN EL MANEJO DE LA FÍSTULA PANCREÁTICA POSTOPERATORIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

López Fernández, José; García Plaza, Gabriel; Alcalá Serrano, Francisco Javier; Larrea Y Olea, Javier; Cabrera García, Mercedes Elisa; Hernández Hernández, Juan Ramón

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: A pesar de todos los avances y las modificaciones técnicas desarrolladas en las últimas décadas, la fistula pancreática postoperatoria continúa siendo la principal causa de mortalidad, morbilidad, incremento de la estancia hospitalaria e impacto económico tras la cirugía pancreática. Tiene una incidencia estimada entre el 3-45% en centros de alto volumen. Según la ISGPS se define como un valor de amilasa en drenajes superior a tres veces el valor sérico; y se clasifica en grado A si no tiene repercusión clínica, grado B si ésta implica un cambio clínicamente relevante en el manejo postoperatorio del paciente, y grado C si éste precisa de reintervención, fracaso orgánico o muerte.

Caso clínico: Paciente mujer de 75 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica con un stent, colecistectomizada e intervenida hace 40 años por hidatidosis hepática. Es estudiada por dolor abdominal realizándose un TC en el que se objetiva masa de aspecto neoproliferativo en cuerpo y cola de páncreas de 50 × 38 mm que contacta ampliamente con tronco celiaco y unión de la vena esplénica con la vena mesentérica superior. Se completan estudios con ecoendoscopia y PAAF, con material sugestivo de adenocarcinoma de páncreas. Se realiza pancreatectomía corporo-caudal con esplenectomía y resección venosa porto-mesentérica con anastomosis termino-terminal. La amilasa en drenaje quirúrgico al 3º día postoperatorio fue de 144 U/L, y al 5º de 25 U/L, por lo que este día se retiraron los drenajes. Al 8º día postoperatorio la paciente fue dada de alta. Tres días después, acude de nuevo al hospital por dolor abdominal y vómitos, y una analítica con leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados. Se realiza TC abdominal identificándose una colección retrogástrica en el lecho quirúrgico de 46 × 40 × 76 mm de diámetro, que se manejó de forma conservadora en un primer momento con tratamiento antibiótico. Ocho días después se realizó nuevo TC de control con aumento del tamaño de dicha colección. Se realizó ecoendoscopia para colocación de prótesis HOT-Axios® de 10 × 15 mm en pared gástrica posterior, con salida espontánea de abundante material purulento. Desde entonces, la paciente evolucionó de forma favorable, comenzando con tolerancia progresiva a la dieta y resolución de datos de infección en analíticas de control. En el nuevo TC de control que se realizó seis días después de la colocación de la endoprótesis la colección se había resuelto por completo, por lo que se retiró con una nueva endoscopia y la paciente fue dada de alta. El estudio histológico de la pieza quirúrgica fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de páncreas con márgenes libres (pT3N1).

Discusión: La fistula pancreática postoperatoria puede dar manifestaciones clínicas tardías a pesar de valores de amilasa normales en los drenajes quirúrgicos. La colocación de una endoprótesis transgástrica es una herramienta útil y segura para el drenaje de colecciones posquirúrgicas secundarias a fistulas pancreáticas

postoperatorias. La colaboración multidisciplinar entre cirujanos, radiólogos y digestivos es fundamental para el manejo de la fistula pancreática postoperatoria tipo B de la ISGPS.