



## P-277 - SÍNDROME DEL CONDUCTO DE WIRSUNG DESCONECTADO

Betoret Benavente, Lidia; Palomares Ortiz, Gloria; Ramos Soler, Francisco José; Baeza Murcia, Melody; Flores Funes, Diego; Pérez Guarinos, Carmen Victoria; García Marín, José Andrés; Aguayo Albasini, José Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome del ducto pancreático desconectado (SDPD) es una complicación importante que ocurre en paciente con pancreatitis necrotizante, cirugía pancreática o pancreatitis crónica. Se caracteriza por una discontinuidad entre una porción de páncreas viable y el tracto gastrointestinal, lo que ocasiona colecciones pancreáticas persistentes, ascitis pancreática o fístula pancreático-cutánea no resuelta. Presentamos un caso de síndrome de desconexión del conducto pancreático tras pancreatitis aguda necrotizante.

**Caso clínico:** Varón de 52 años que acude a urgencias por dolor epigástrico irradiado hacia zona lumbar con elevación de amilasa y lipasa. Es diagnosticado de pancreatitis aguda litiasica grave con necrosis encapsulada central pancreática que se resuelve de forma conservadora. Como complicaciones presenta colecciones peripancreáticas y perigástricas que precisan de drenajes radiológicos y antibioterapia para su tratamiento. Se realiza seguimiento del paciente de forma ambulatoria con alto débito por drenaje radiológico sin posibilidad de retirarlo. Se realiza una colangio-RM con secretina para valorar estado del conducto pancreático por sospecha de síndrome de desconexión del conducto pancreático. Tras la administración de secretina no se detecta fuga de líquido pancreático ni aumento de volumen de las colecciones pero se objetiva discontinuidad entre el conducto pancreático distal y proximal apoyando el diagnóstico. Tras el tratamiento conservador el paciente permanece asintomático con resolución del cuadro.

**Discusión:** El síndrome del ducto pancreático desconectado (SDPD) es una entidad clínica que consiste en la ausencia de continuidad del conducto con el parénquima pancreático distal viable secundaria a un área de necrosis glandular. Su localización más frecuente suele ser cabeza y cuerpo del páncreas. La pancreatitis necrotizante (aguda o crónica) y el traumatismo pancreático son las causas no iatrogénicas más comunes. La prevalencia de SDPD es desconocida, pero los estudios han demostrado que la pancreatitis aguda necrotizante puede complicarse con DPDS en el 16- 23% de los casos. Debe sospecharse ante la aparición de colecciones peripancreáticas recurrentes, pseudoquistes, fístula pancreática externa o pseudoaneurismas con hemorragias asociadas. El diagnóstico generalmente se realiza mediante colangiopancreatografía por RM o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Un retraso en el diagnóstico conduce a un aumento de la morbimortalidad y mayor estancia y coste hospitalario. El drenaje percutáneo de las colecciones guiado por TC se considera la primera línea del tratamiento pero suelen requerir de procedimientos endoscópicos mediante CPRE y colocación de prótesis para la resolución completa. La derivación en Y de Roux (pancreaticogastrostomía, pancreaticoyeyunostomía o fistulotomía) y pancreático-esplenectomía distal son los tipos de cirugía que se recomienda cuando las medidas conservadoras han fracasado, siendo el último recurso por su elevada morbimortalidad.