



P-281 - TROMBOSIS SÉPTICA DE VENA CAVA INFERIOR SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE TUTOR PANCREÁTICO INTERNO TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Díaz García, Gustavo Adolfo; Jiménez Fuertes, Montiel; Ruiz-Tovar Polo, Jaime; Ferrigni González, Carlos; Zarain Obrador, Leire; Alias Jiménez, David; Castellón Pavón, Camilo; Duran Poveda, Manuel

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: La fístula pancreática postoperatoria representa una de las mayores y más determinantes complicaciones tras una duodenopancreatectomía cefálica. Con el fin de minimizar la misma se recurre ampliamente al uso de tutores en el conducto de Wirsung tras la anastomosis pancreatoyeyunal. Presentamos una complicación inusual asociada a la migración de un tutor pancreático interno.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedente de duodenopancreatectomía cefálica tipo Whipple, con pancreatoyeyunostomía terminolateral ductomucosa dejando tutor interno de 8F, por adenocarcinoma ductal de páncreas estadio T3N1M0. Postoperatorio sin complicaciones realizando adyuvancia con radio y quimioterapia. Tras 14 meses de la intervención consulta por fiebre y mal estado general. Hemocultivos con aislamiento polimicrobiano con *Enterococcus faecium* multiresistente. La tomografía axial, resonancia magnética y PET-TC evidencian trombosis parcial de vena cava inferior con impronta sobre la misma del tutor pancreático migrado, asociando imágenes de embolismos sépticos pulmonares. Se instaura tratamiento antibiótico dirigido y anticoagulación sin mejoría por lo que se realiza cavografía e intento de extracción endovascular del tutor sin éxito. Se decide entonces tratamiento quirúrgico realizando extracción del tutor migrado sin incidencias mediante enterotomía sobre el asa yeyunal biliopancreática. Mejoría progresiva posterior con resolución de la trombosis cava y embolismos pulmonares.

Discusión: La fístula pancreática tras duodenopancreatectomía cefálica supone una de las complicaciones más frecuentes y graves, por sí misma y por asociar incremento de otras complicaciones como retraso de vaciamiento gástrico, abscesos intraabdominales o complicaciones hemorrágicas, elevando la mortalidad del proceso y la estancia hospitalaria. Especiales factores de riesgo para la misma son tener un páncreas blando y un ducto pancreático estrecho, inferior a 3 mm. De las diversas técnicas de reconstrucción del muñón pancreático (pancreatoyeyunostomía terminoterminal invaginada, terminolateral ducto-mucosa o pancreatogastrostomía, entre otras) ninguna ha demostrado claras diferencias significativas sobre la reducción de la tasa de fístula pancreática. Con el fin de reducir la misma se comenzaron a colocar tutores en el conducto pancreático principal tras una pancreatoyeyunostomía basándose en el beneficio de la descompresión del conducto favoreciendo un correcto drenaje del mismo y evitando la activación

local de enzimas pancreáticas protegiendo así la anastomosis durante su cicatrización. En momento actual no se puede concluir todavía que el uso de tutores mejoren el curso postoperatorio desde la evidencia científica al existir pocos estudios, heterogéneos, tamaños muestrales reducidos y pocos de ellos aleatorizados. Si bien, en los últimos estudios aleatorizados sí parece evidenciar una reducción estadísticamente significativa de la tasa de fístula pancreática, especialmente sobre páncreas blando. Unos comparan el uso de tutor frente a no uso, en otros comparan el tutor externo frente a tutor interno con beneficio del primero y más recientemente estudios que comparan el uso de tutor externo a caída frente a tutor externo con presión negativa con beneficio de este último. Por último, destacar, que el uso de tutores pancreáticos no está exento de posibles complicaciones como migración, extrusión, hemorragia o complicaciones trombóticas y sépticas como en nuestro caso, no encontrando en la revisión de la literatura un caso similar.