



www.elsevier.es/cirugia

P-245 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y ABDOMEN AGUDO CAUSADO POR PSEUDOQUISTE INTRAMURAL DUODENAL

García León, Anabel; Cepeda Franco, Carmen; Pueyo Pérez, Eva María; Suárez Artacho, Gonzalo; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Gómez Bravo, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El pseudoquiste pancreático es la complicación a largo plazo más frecuente tras un episodio de pancreatitis aguda y se localizan frecuentemente en la región peripancreática. Los pseudoquistes intramurales duodenales son una entidad muy poco frecuente, con apenas una veintena de casos descritos en la literatura. La sintomatología asociada más frecuente es el dolor abdominal y la obstrucción al tracto de salida gástrico. No existe una estrategia establecida para el manejo y tratamiento de esta rara entidad. El objetivo de nuestro trabajo es presentar el manejo realizado por nuestra unidad en un caso poco frecuente y complejo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 56 años con antecedente de pancreatitis aguda flemonosa de posible origen enólico. Un año tras el episodio agudo, el paciente ingresa en por un cuadro de fracaso renal agudo asociado a síndrome emético. Se realiza una endoscopia digestiva alta (EDA) donde se observa un estómago retenciónista, esofagitis grado C y una masa de aspecto inflamatorio que ocupa la luz bulbar, con superficie ulcerada, friable y probable orificio fistuloso en su superficie a través del cual se observa salida de contenido hemático. Se realiza TAC abdominal c/c describiéndose una lesión quística con contenido hiperdenso en su interior que ha aumentado de tamaño ($92 \times 62 \times 83$ mm) localizada a nivel de la pared duodenal que condiciona una compresión extrínseca severa sobre la luz y además asocia cambios inflamatorios locales. El paciente ingresa con la sospecha de un pseudoquiste pancreático complicado con hemorragia intraquística y presenta un empeoramiento clínico importante en 24h con aumento del dolor abdominal y taquicardia. Analíticamente destaca discreta leucocitosis de 14.000 y elevación de reactantes de fase aguda con PCR de 681. Se solicita nuevo TAC abdominal (fig.) objetivando la lesión quística conocida con signos de perforación libre en su margen anterior dando lugar a neumoperitoneo más a nivel perihepático y aumento de líquido libre. Se decide intervención quirúrgica urgente ante pseudoquiste intraluminal duodenal complicado. Durante la intervención quirúrgica se objetiva líquido libre en los cuatro cuadrantes de aspecto pancreático y una lesión quística paroduodenal abierta con molde de coágulo en su interior y con pequeña comunicación puntiforme con la luz duodenal en su cara posterior que se sutura. Se completa la intervención con una exclusión duodenal, confección de una gastroentero anastomosis en Y de Roux y con la colocación de tres drenajes intraabdominales. Evolución posoperatoria favorable tras 72h de ingreso en UCI es dado de alta a planta de hospitalización. Como complicación destaca fístula biliar de bajo débito tutorizada por el drenaje abdominal que se ha manejado de forma conservadora con resolución completa al alta. Seguimiento posterior en consultas con resolución de molestias abdominales.

Discusión: El pseudoquiste intramural duodenal es una entidad muy infrecuente que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones duodenales. No existen protocolos establecidos para su manejo y

tratamiento.