



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-565 - PANCREATITIS DEL INJERTO TRAS TRASPLANTE PANCREÁTICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Gil Vázquez, Pedro José; Fernández, Juan Ángel; Ferreras, David; Sánchez Fuentes, Pedro Antonio; Robles, Ricardo; Sánchez Bueno, Francisco; Ramírez, Pablo; Parrilla, Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Objetivos: La pancreatitis del injerto es causada por la activación precoz de las enzimas pancreáticas que autodigieren la glándula y afectan la viabilidad del injerto. Es una de las complicaciones más frecuentes y con mayor morbilidad después del trasplante pancreático. Aquí presentamos dos casos de pancreatitis del injerto acaecidos en nuestro servicio.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 44 años con doble trasplante páncreas-riñón 6 meses antes. Comenzó con fiebre sin foco objetivando elevación de amilasa hasta 232 U/L y lipasa hasta 1.457 U/L con leve empeoramiento de la función renal (creatinina 1,14 mg/d) y con niveles de inmunosupresor en sangre en rango. Se realizó colonoscopia, consiguiendo pasar a íleon terminal y a anastomosis del injerto, objetivando mucosa duodenal inflamatoria secundaria a duodenitis por citomegalovirus (CMV) que se trató con valganciclovir. La elevación analítica de amilasa y lipasa persistió, decidiéndose biopsia del injerto pancreático, apreciando rechazo crónico que se trató con bolos de corticoides, que normalizaron los valores analíticos, siendo alta. Caso 2: varón de 32 años al que se realiza doble trasplante páncreas-riñón. A los 15 días de la cirugía comienza con dolor abdominal a nivel del lecho del injerto pancreático, asociando elevación de niveles de amilasa pancreática en sangre, hasta 476 U/L, así como leucocitosis y neutrofilia. Se realiza ecografía abdominal que evidencia discreta cantidad de líquido peripancreático. Se decide intervención quirúrgica, objetivando pancreatitis aguda severa con líquido pancreático, aspirando dicho líquido y colocando un drenaje. Posteriormente el paciente evoluciona satisfactoriamente, siendo alta hospitalaria.

Discusión: El trasplante pancreático no está exento de complicaciones, siendo las más frecuentes las de la infección abdominal y las hemorragias, seguido de la trombosis del injerto y en tercer lugar la pancreatitis del implante (6%). La definición de pancreatitis del injerto no está del todo clara en la literatura. Los criterios diagnósticos son, el dolor abdominal, la irritación peritoneal a la exploración física, la fiebre superior a 38 °C, la hiperamilasemia (> 110) y los hallazgos radiológicos que demuestre la inflamación pancreática, edema o líquido peripancreático. El diagnóstico diferencial con el rechazo puede ser difícil, pues muchas veces se solapan, sin embargo, quizás no sea tan importante, pues es más interesante una clasificación basada en la cronología de los eventos. Aquí presentamos un caso de pancreatitis aguda temprana que se resolvió tras reintervención quirúrgica, al drenar el líquido peripancreático, y otro caso de pancreatitis tardía, cuya fisiopatología estaba más en relación a la sobreinfección por CMV o al rechazo inmunológico del injerto, que se resolvió con manejo conservador. La pancreatitis del injerto es responsable de muchos fracasos del órgano trasplantado. Un cuadro más agudo suele requerir de un manejo más intervencionista, basados en la

reintervención o en procedimientos endovasculares en casos de trombosis vascular, mientras que en los casos de pancreatitis crónica o en casos de rechazo inmunitario del injerto, el manejo conservador y sobre todo los inmunosupresores juegan un papel importante.