



P-139 - DESINSERCIÓN DE PAPILA DUODENAL EN CIRUGÍA GÁSTRICA ¿UNA COMPLICACIÓN INFRAREPORTADA?

Garrido Benito, Beatriz; Sánchez Corral, Julio; Ots Gutiérrez, José Ramón; Cornejo López, Marian; Baeza Carrión, Ana; Gómez García, María Eugenia; Ripoll Martín, Roberto; Oliver García, Israel

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: La desinserción de papila duodenal (DPD) es una complicación infrecuente, pero probablemente infrareportada, con escasa bibliografía al respecto, motivo que dificulta la toma de decisiones terapéuticas en el momento de advertir la lesión de forma intraoperatoria. Presentamos un caso de DPD durante realización de gastrectomía total, con reparación intraoperatoria y evolución satisfactoria.

Caso clínico: Varón de 69 años con antecedente de úlcera péptica. Diagnosticado de adenocarcinoma de cardias localmente avanzado, se inicia adyuvancia con esquema FLOT. En el TAC de control existe respuesta parcial y neumobilia de nueva aparición, aparentemente sin causa. Se programa para realización de gastrectomía total + linfadenectomía D2. Durante la misma, se evidencia importante fibrosis peripilórica que dificulta la disección a ese nivel. Tras sección con endograpadora a menos de 2 cm del píloro, se evidencia salida de bilis secundaria a desinserción papilar, quedando esta incluida en la pieza. Así pues y dado que el diagnóstico intraoperatorio se produce con la anastomosis esófago-yejunal y pie de asa realizado, se decide resección de cabeza pancreática y duodeno adyacente y montaje en nueva (segunda) "Y de Roux" transmesocólica con anastomosis pancreático-yejunal termino-lateral con intususcepción, y anastomosis hepatoyeyunal termino-lateral, con un segundo pie de asa distal al primero. Se completa la cirugía con colecistectomía. Durante el post-operatorio el paciente presenta fistula pancreática (5º día), y fuga de anastomosis esófago yeyunal evidenciada en TAC con contraste el 7º día, colocándose prótesis a dicho nivel. El 10º día presenta salida de escaso material bilioso por el drenaje, confirmándose fuga de anastomosis hepático yeyunal en colangio-resonancia. Tras manejo conservador, el paciente se va de alta tras 29 días de ingreso. La endoprótesis se retira a las 6 semanas de su colocación, sin incidencias. La anatomía patológica definitiva confirma adenocarcinoma pobremente diferenciado en anillo de sella (pT3N1) y presencia de ampolla de Vater a 1 cm del píloro. La DPD es una de las complicaciones más graves y temidas en cirugía gástrica, con pocos casos descritos y por tanto con poca experiencia sobre su manejo. Como causas que predisponen a su lesión iatrogénica podemos mencionar las anomalías anatómicas (desembocadura en primera porción duodenal) o proceso inflamatorio local (antecedente de patología ulcerosa), originando retracción duodenal, como creemos sucedió en el caso descrito. No existe bibliografía acerca de si el tratamiento neoadyuvante pudiera haber contribuido a dicha inflamación local, dada la aparición de neumobilia sin causa en el TAC de control. El montaje intraoperatorio en dos asas (una para la anastomosis esófago-yejunal y otra para las anastomosis pancreato y hepaticoyeyunal) permitió el manejo mediante prótesis de la fuga esófago yeyunal. El resto de complicaciones pudieron ser manejadas de forma conservadora de forma satisfactoria.



Discusión: Tras la revisión de la literatura, existen muy pocos casos descritos de DPD aunque su incidencia posiblemente esté infrareportada. En el caso que presentamos, el montaje realizado en dos asas ha presentado buenos resultados, si bien la morbimortalidad de esta complicación es muy elevada.