CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):39

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-227 - MANEJO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS ENUCLEACIÓN DE INSULINOMA

Fernández Ramos, María; García Muñoz, Patricia; Bernal Bellido, Carmen; Marín Gómez, Luis Miguel; Cepeda Franco, Carmen; Álamo Martínez, José María; Gómez Bravo, Miguel Ángel; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Los tumores neuroendocrinos representan de un 1 a un 2% de todas las lesiones pancreáticas, con una incidencia de 1 de cada 100.000 personas por año. Actualmente la cirugía representa el único tratamiento curativo para este tipo de tumores, ya sea mediante enucleación, resección laparoscópica o resección laparotómica. Estas técnicas no presentan diferencias significativas en cuento a morbilidad, mortalidad o incidencia de fístulas pancreáticas. Las fístulas pancreáticas constituyen una complicación frecuente tras la cirugía de páncreas, produciendo morbilidad significativa hasta en un 50% de los pacientes. En 2005 fue publicada la clasificación del Grupo Internacional de Estudio de la Fístula pancreática (ISGPF), que ha provisto de uniformidad al estudio y tratamiento de la fístula. Presentamos el caso clínico de un paciente que tras cirugía de enucleación de insulinoma desarrolla una fístula pancreática de difícil control con medidas conservadoras.

Caso clínico: Paciente varón de 45 años, diagnosticado en consultas de Endocrinología tras hipoglucemias de repetición de insulinoma de 2 cm en cuerpo de páncreas, en tratamiento con diazóxido. Se programa para realización de enucleación laparoscópica de la lesión, que transcurre sin incidencias. En el postoperatorio se evidencia fístula pancreática tipo B de la ISGPF, y tras fracaso del manejo conservador con octreótide y dieta absoluta se plantea la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En dicha CPRE se evidencia fuga en la zona de tumorectomía, por lo que se coloca prótesis plástica. Sin embargo, el débito de la fístula pancreática aumenta tras la CPRE, por lo que se decide solicitar resonancia magnética con secretina. En dicha resonancia se evidencia estenosis del conducto pancreático proximal a la zona de la tumorectomía, en probable relación con cicatrización tras la cirugía realizada y que producía la persistencia de la fístula. Se realiza por lo tanto una nueva CPRE con colocación de una prótesis plástica de mayor calibre y que salve tanto la zona de estenosis como la fuga. Tras la colocación de la segunda prótesis en la zona de la estenosis, el débito de la fístula pancreática cesa. El paciente es dado de alta con estabilidad hemodinámica, sin síntomas digestivos y tolerando dieta oral. Se realiza tomografía que no visualiza colecciones postoperatorias.

Discusión: La fístula pancreática es una complicación frecuente de la cirugía pancreática, pudiendo ser manejada de forma conservadora, técnicas endoscópicas o cirugía según el débito, la repercusión en el estado del paciente o el tiempo de evolución. Entre en arsenal de pruebas diagnósticas de las fístulas, no podemos olvidar la resonancia con secretina, fundamental para el diagnóstico de la estenosis que perpetuaba la fístula del paciente de este caso. Vemos importante en este caso destacar que, gracias al manejo endoscópico de la fístula, no fue necesaria la realización de una segunda cirugía lo que habría conllevado con seguridad mayor

morbilidad para el paciente.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados