



P-143 - FÍSTULA GASTROESPLÉNICA COMO COMPLICACIÓN DE UNA PANCREATITIS

Forneiro Pérez, Rocío; Lendínez Romero, Inmaculada; Ubiña Martínez, Alfredo; Martínez Domínguez, Ana Patricia; Rodríguez Morillas, Diego; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

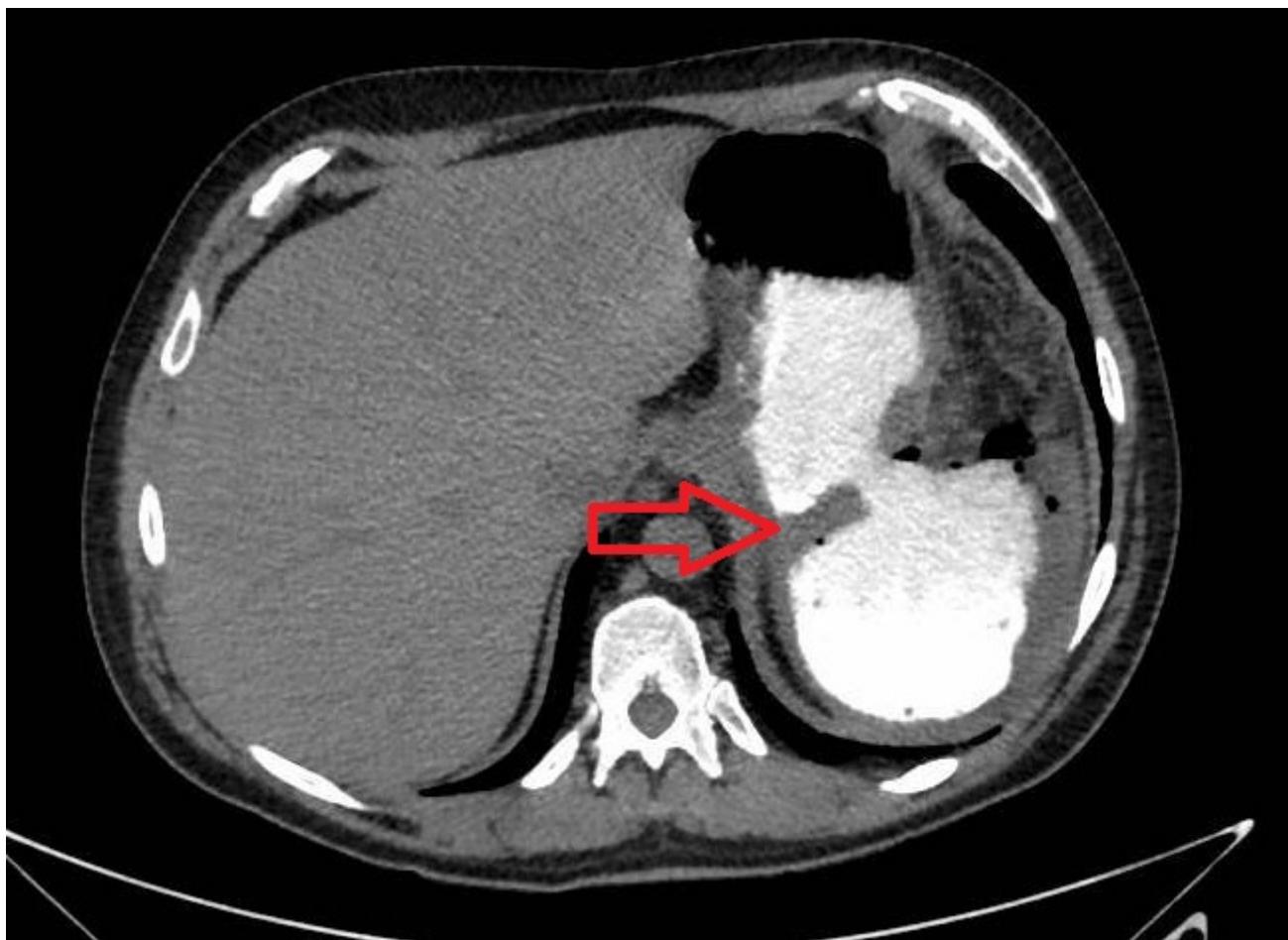
Resumen

Objetivos: Las fistulas gastroesplénicas son patologías extremadamente raras, casi siempre secundarias a linfomas difusos de células B grandes esplénicos o gástricos (75%). Otras posibles etiologías son la úlcera gástrica benigna, el absceso esplénico, la enfermedad de Crohn y la gastrectomía tubular. La supervivencia del paciente depende del origen de la fistula. En nuestro caso, presentamos a un varón con una fistula secundaria a una pancreatitis aguda necrotizante.

Caso clínico: Varón de 44 años, diabético con antecedentes de pancreatitis aguda grave con necrosis pancreática que requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Ingresó por un segundo episodio de pancreatitis aguda. Inicialmente presentó insuficiencia renal y acidosis metabólica que requirió ingreso en la UCI con necesidad de vasopresores y antibioterapia de amplio espectro. Al séptimo día apareció fiebre alta dolor abdominal en el flanco izquierdo y astenia. Las pruebas de laboratorio muestran una leucocitosis de 18.000 con neutrofilia, PCR elevada y trombocitosis superior a 1.000.000. La TC abdominal sin contraste intravenoso realizada al ingreso, solo mostró necrosis encapsulada retrogástrica en relación con una pancreatitis aguda necrotizante previa y cambios inflamatorios intra y periglandulares que podrían ser compatibles con reagudización. Un mes después se solicitó resonancia y TC abdominal con contraste (fig.) para controlar la colección pancreática, que reveló una extensa colección hidroárea que sustituía al parénquima esplénico, mostrando un grueso tracto gastroesplénico fistuloso hacia la curvatura mayor gástrica con abundante extravasación de contraste oral a la colección esplénica, y un plastrón inflamatorio que abarcaba la cola del páncreas. Tras estos hallazgos, se suspendió la nutrición enteral y se inició la nutrición parenteral.

Resultados: El principal diagnóstico diferencial de la fistula gastroesplénica son los abscesos esplénicos, entidad poco frecuente y generalmente secundarios a traumatismos, infecciones abdominales o a la diseminación hematogena como en la endocarditis bacteriana. La sintomatología consiste en dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo hasta en un tercio de los pacientes asociado a astenia y fiebre. La principal complicación, aunque excepcional, es la hemorragia masiva debido a la proximidad del fondo gástrico al bazo. La TC abdominal con contraste oral e intravenoso muestra la presencia de una cavidad dentro del bazo con nivel aéreo y la existencia de una comunicación anómala entre el estómago y el bazo. Un papel importante es el de la endoscopia digestiva pues permite confirmar la presencia de la fistula y tomar biopsias para descartar malignidad en caso de sospecha. Cuando se diagnostica dicha fistula, con o sin hemorragia activa, la resección quirúrgica radical con esplenectomía y gastrectomía total o parcial es la opción de tratamiento más habitual. En algunos casos, se requiere una pancreatectomía distal. Cuando la hemorragia

activa es el síntoma de presentación, y el paciente está hemodinámicamente estable, la embolización de la arteria esplénica puede servir como tratamiento definitivo mediante radiología intervencionista.



Conclusiones: Ante un paciente con pancreatitis que evoluciona de manera tórpida y con aparición de fiebre y aumento del dolor abdominal, aunque es escaso número de veces, una fistula gastroesplénica puede esconderse detrás de dicho empeoramiento.