



V-120 - PARTINGTON-ROCHELLE, HEPÁTICO-YEYUNOSTOMÍA Y PANCREATOSCOPIA MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICANTE

Olmo García, Rafael; Ciria Bru, Rubén; Durán Martínez, Manuel; Pérez de Villar, José Manuel; Calleja Lozano, Rafael; Ayllón Terán, María Dolores; López Cillero, Pedro; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: La pancreatitis crónica calcificante es una enfermedad inflamatoria crónica que produce fibrosis del parénquima pancreático y concreciones cárnicas en los conductos que con el tiempo generan obstrucción, insuficiencia pancreática y dolor. La principal etiología es el consumo excesivo de alcohol. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando fracasan el tratamiento médico y endoscópico, y puede constar de dos componentes: la derivación del conducto, pero también la resección parcial o total de la cabeza del páncreas.

Caso clínico: Paciente varón de 62 años con pancreatitis crónica calcificante de larga evolución con litiasis mayores de 6mm en conducto de Wirsung que no fueron susceptibles de extracción mediante endoscopia, por lo que se planteó litotricia extracorpórea de estas, de las que recibió dos sesiones. También presentaba estenosis de la vía biliar secundaria a la inflamación de la pancreatitis que requirió dilatación con prótesis plásticas mediante CPRE, con recambios de estas hasta en dos ocasiones. Se realiza pancreate-RM y TAC de abdomen donde se aprecia un conducto de Wirsung dilatado de hasta 9 mm con múltiples litiasis en su interior, y un colédoco dilatado de hasta 12 mm con las prótesis plásticas en su interior bien colocadas y que llegan hasta duodeno. Tras presentación en comité multidisciplinar, y tras haber descartado malignidad en cabeza pancreática, que era la zona donde había inflamación y estenosis graves, se decidió como mejor opción técnica derivación Wirsung-yejunular latero-lateral en un asa en Y (Partington-Rochelle) junto con hepático-yejunostomía. Adicionalmente, se realizó pancreatoscopia intraoperatoria, para la extracción de cálculos pancreáticos y objetivar ausencia de litiasis residuales en partes proximal y distal. Tras la cirugía, posoperatorio favorable, con inicio de tolerancia en el día 5 posoperatorio y alta hospitalaria en el día 8 posoperatorio. Al mes tras la intervención precisó ingreso por dolor abdominal y hallazgos en TAC de una colección adyacente a la anastomosis pancreática y un hematoma adyacente al segmento VI hepático. Se realizó drenaje percutáneo de ambas colecciones con evolución favorable y alta hospitalaria. En la revisión del cuarto mes, presenta mejoría ostensible del dolor con práctica desaparición de este, reducción de dosis de aportes de enzimas pancreáticas exógenas y normalización de tránsito intestinal sin diarrea, y en TAC, conducto de Wirsung sin dilatación, resolución de la colección pancreática y gran disminución del hematoma adyacente al hígado.

Discusión: Caso clínico de alta complejidad. Resultó fundamental para el planteamiento de la intervención anticiparse a las dificultades, de esta forma se decidió realizar una ecografía intraoperatoria para identificar el conducto de Wirsung, que de otra forma hubiese sido complicado por la inflamación de los tejidos, y se

planteó realizar una pancreatoscopia intraoperatoria que permitiese explorar la luz de conducto de Wirsung y extraer las litiasis de su interior. Adicionalmente, podrían haberse planteado técnicas resectivas no radicales de cabeza pancreática (Beger o Frey) o bien cirugía radical (Whipple). No obstante, al descartarse malignidad, esta opción parece una alternativa razonable pues mejoró significativamente los síntomas de la pancreatitis refractarios al tratamiento médico o endoscópico, además de frenar el deterioro de la función pancreática.