

Fístula pancreatocutánea secundaria a pancreatitis postoperatoria tras cruce duodenal laparoscópico

José Bueno, Nieves Pérez, Carlos Serra, Rafael Bou, Javier Miró y Aniceto Baltasar

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de Los Lirios. Alcoy. Valencia. España.

Resumen

El cruce duodenal por laparoscopia (CDxLP) es una variante de la derivación biliopancreática y representa un tratamiento eficaz para la obesidad mórbida. A pesar de los buenos resultados aportados en la pérdida de peso del paciente, esta técnica bariátrica no está exenta de complicaciones postoperatorias derivadas sobre todo del efecto malabsortivo intestinal y de la dehiscencia anastomótica. En muy escasas ocasiones se han descrito casos de complicación pancreática secundaria a este tipo de cirugía.

Presentamos un caso de obesidad mórbida intervenida por CDxLP que desarrolló en el postoperatorio un episodio de pancreatitis edematosa y que se inició con una fistulización externa cutánea a través del trayecto labrado por los trocares de laparoscopia.

Palabras clave: *Cruce duodenal. Cirugía bariátrica. Derivación biliopancreática. Cirugía laparoscópica.*

PANCREATOCUTANEOUS FISTULA SECONDARY TO POSTOPERATIVE PANCREATITIS AFTER LAPAROSCOPIC DUODENAL SWITCH

Laparoscopic duodenal switch is a variant of biliopancreatic diversion and is an effective treatment for morbid obesity. Although this bariatric procedure provides excellent weight loss results, it produces postoperative complications, mainly due to the effect of intestinal malabsorption and anastomotic dehiscence. In a very few patients, pancreatic complications due to these bariatric techniques have been reported.

We report a case of morbid obesity with postoperative edematous pancreatitis following laparoscopic duodenal switch that presented as cutaneous fistulization through the route followed by the laparoscopic trocars.

Key words: *Duodenal switch. Bariatric surgery. Biliopancreatic diversion. Laparoscopic surgery.*

Introducción

El cruce duodenal por laparoscopia (CDxLP) es una técnica establecida en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, como una variante del *bypass* o derivación biliopancreática de Scopinaro¹. Aunque complejo, es perfectamente reproducible por vía laparoscópica, con buenos resultados a largo plazo, pero presenta importantes complicaciones²⁻⁴. La morbilidad innata al CDxLP conlleva la aparición de efectos secundarios propios del efecto malabsortivo intestinal y complicaciones graves,

como la dehiscencia anastomótica. Otras complicaciones postoperatorias menos frecuentes son: oclusión intestinal, hemorragia, infección de la herida quirúrgica o iatrogenia propia de la técnica³. Sin embargo, en muy escasas ocasiones se han descrito casos de pancreatitis secundarias a esta cirugía.

Caso clínico

Mujer de 58 años, con obesidad mórbida e índice de masa corporal de 57 kg/m², que fue ingresada para la realización de cirugía bariátrica. Presentaba como antecedentes importantes la realización de una colecistectomía 5 años atrás. Se practicó un CDxLP mediante 6 trocares y se realizó una gastrectomía subtotal vertical y *bypass* biliopancreático con asa común de 65 cm, asa digestiva de 250 cm y asa biliopancreática yeyunal de 250 cm, según técnica descrita con anterioridad^{2,4}, y sin que hubiera incidencias intraoperatorias. El postoperatorio inmediato cursó con normalidad y la paciente fue dada de alta hospitalaria a los 7 días de la intervención.

Correspondencia: Dr. J. Bueno Lledó.
Padre Rico, 7, puerta 6. 46008 Valencia. España.
Correo electrónico: buenolledo@hotmail.com

Manuscrito recibido el 22-7-2003 y aceptado el 15-4-2004.

Fig. 1. Placas circulares de erosión cutánea provocadas alrededor de los orificios fistulosos externos, correspondientes a 2 heridas quirúrgicas de los trocares.

A los 8 días del alta acudió a la consulta presentando dolor abdominal de instauración progresiva las últimas 48 horas, y grandes placas de celulitis con zonas de necrosis cutánea en las heridas quirúrgicas del hipocóndrio derecho y epigástricas, de 5-6 cm de diámetro (fig. 1). La tomografía computarizada (TC) abdominal mostró una pancreatitis aguda cefálica edematosa sin signos de necrosis ni colección pancreática, con mínimo líquido libre en zona pararenal derecha y engrosamiento dérmico alrededor de trayectos previos de los trocares (fig. 2). El análisis bioquímico confirmó la naturaleza pancreática de la fístula, y el cultivo bacteriológico de la herida fue negativo.

La paciente ingresó con dieta absoluta, fluidoterapia, nutrición parenteral, octeótrido y antibioterapia de amplio espectro. Se realizaron desbridamientos múltiples de las heridas hasta encontrar tejido de granulación sano, mientras el débito de las 2 fístulas cutáneas fue reduciéndose en los días posteriores. La paciente recibió el alta hospitalaria a los 14 días del reingreso, una vez resuelto el proceso pancreático. Actualmente, a los 3 meses de la intervención, presenta franca mejoría de las lesiones cutáneas (fig. 3) y se encuentra asintomática desde el punto de vista abdominal.

Discusión

La fistulización cutánea secundaria a pancreatitis aguda tras CDxLP a través de las heridas laparoscópicas es un hallazgo nunca descrito en la bibliografía.

La mayoría de las fístulas pancreáticas externas (FPE) surge como complicación de la cirugía electiva pancreática, biliar o gástrica, o consecuencia de una pancreatitis aguda, con mayor frecuencia asociada a necrosis severa⁵. Las FPE postoperatorias se exteriorizan a causa de la colocación de drenajes intraabdominales, a través de la herida quirúrgica o por los drenajes percutáneos de colecciones intraabdominales⁶. En nuestro caso, el trayecto labrado por los trocares fue una ayuda a la fistulización cutánea del proceso pancreático.

Analizando los factores influyentes en el desarrollo de esta complicación, creemos que la colecistectomía previa no ejerció una influencia importante (intraoperatoriamente no ocurrieron incidencias ni complicaciones técnicas secundarias a la cirugía abdominal previa). La detección tardía de la fístula podría explicarse por el retraso en la consulta de la paciente, que acudió más por las lesiones cutáneas que por la clínica del proceso pancreático.

Fig. 2. Imagen de la tomografía computarizada abdominal en la que se observa la desestructuración de la cabeza pancreática y el trayecto fistuloso externo hacia la piel.

Fig. 3. Resolución de las lesiones dérmicas con buen tejido de granulación y cicatrización satisfactoria por segunda intención.

Para la confirmación diagnóstica, la ecografía y especialmente la TC fueron muy sensibles para detectar las FPE. Aunque la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) supone un avance importante en este diagnóstico, sobre todo cuando se programa el tratamiento quirúrgico⁷, en el caso del CDxLP resulta poco eficaz debido a que la papila es inaccesible al endoscopio a causa de la reconstrucción del tránsito digestivo.

Más del 80% de las FPE cierran espontáneamente con tratamiento conservador⁷. Para el éxito es importante la participación activa del gastroenterólogo, el cirujano y el radiólogo intervencionista; el drenaje percutáneo es útil en las FPE con débito alto o resistentes a las medidas conservadoras⁸. Además del reposo digestivo para reducir la secreción pancreática exocrina, la nutrición parenteral y los suplementos hidroelectrolíticos, se hace relevante el cuidado de la piel en las FPE, al presentarse severas erosiones cutáneas y hemorragias en un 17-

35%⁹. Con el objeto de minimizar la exposición cutánea al contenido de la secreción pancreática, se pueden colocar protectores o drenajes cutáneos cerrados. En algunos casos se hace necesaria la supervisión de un especialista terapeuta de estomas¹⁰. Si se ha producido una lesión cutánea, habrá que evitar la colonización bacteriana y realizar un desbridamiento de esfacelos para optimizar la granulación de tejido sano¹¹. Asimismo, diversos estudios han demostrado que el octeótrido reduce significativamente el débito de la FPE y disminuye el tiempo de cierre de la fístula, por lo que debe considerarse como un tratamiento complementario eficaz^{6,11,12}.

El abordaje quirúrgico de la FPE está indicado cuando el tratamiento conservador y el drenaje percutáneo fracasan. El tipo de intervención dependerá de la anatomía de la FPE, asesorada preoperatoriamente con pruebas de imagen como la TC, la fistulografía o la CPRE (esta última, dependiendo de la técnica bariátrica), para determinar la zona de la fistulectomía y la resección pancreática⁵.

En nuestro caso, las medidas conservadoras y las curas locales intensivas fueron suficientes para solventar el cuadro clínico. Aunque se trate de una complicación infrecuente, subrayaremos la necesidad de una cuidadosa disección duodenal durante el montaje del *bypass*, con el fin de evitar lesiones inadvertidas de la cápsula pancreática y posibles complicaciones posteriores.

Bibliografía

1. Scopinaro N, Adami GF, Marinari GM, Gianetta A, Traverso E, Friedman D, et al. Bilio-pancreatic diversion. *World J Surg* 1998;22:936-46.
2. Baltasar A, Bou R, Miro J, Bengochea M, Serra C, Pérez N. Laparoscopic biliopancreatic diversion with duodenal switch: technique and initial experience. *Obes Surg* 2002;12:245-8.
3. Baltasar A, Bou R, Miró J, Pérez N. Cruce duodenal por laparoscopia. *Cir Esp* 2001;70:102-4.
4. Marceau P, Hould FS, Lebel S, Marceau S, Biron S. Malabsorptive obesity surgery. *Surg Clin North Am* 2001;81:1113-27.
5. Ridgeway MG, Stabile BE. Surgical management and treatment of pancreatic fistulas. *Surg Clin North Am* 1996;76:1159-71.
6. Fotoohi M, D'Agostino HB, Wollman B, Chon K, Shahrokni S, Van Sonnenberg E. Persistent pancreatocutaneous fistula after percutaneous drainage of pancreatic fluid collections: role of cause and severity of pancreatitis. *Radiology* 1999;213:573-8.
7. Howard TJ, Stonerock CE, Sarkar J, Lehman GA, Sherman S, Wiebke EA, et al. Contemporary treatment strategies for external pancreatic fistulas. *Surgery* 1998;124:627-32.
8. Cabay JE, Boverie JH, Dondelinger RF. Percutaneous catheter drainage of external fistulas of the pancreatic ducts. *Eur Radiol* 1998;8:445-8.
9. Martin FM, Rossi RL, Munson JL, et al. Management of pancreatic fistulas. *Arch Surg* 1989;124:571-3.
10. Dearlove JL. Skin care management of gastrointestinal fistulas. *Surg Clin North Am* 1996;76:1095-109.
11. Tsiotos GG, Smith CD, Sarr MG. Incidence and management of pancreatic and enteric fistulas after surgical management of severe necrotizing pancreatitis. *Arch Surg* 1995;130:48-52.
12. Prinz RA, Pickleman J, Hoffman JP. Treatment of pancreatic cutaneous fistulas with a somatostatin analog. *Am J Surg* 1988;155:36-42.