

○ CASO CLÍNICO

Manejo endoscópico de fístula pancreática por trauma del conducto de Wirsung; informe de un caso

Endoscopic management of a pancreatic fistula after traumatic injury to the duct of Wirsung: A case report

Edgardo Suárez-Morán, Carlos A. Cerda-Galomo, Dirceo R. Martínez-Velázquez, F Martínez-Silva

Resumen

Las fístulas pancreáticas ocurren como consecuencia de la rotura traumática, parcial o total, del conducto pancreático, así como por cirugía o como complicación de una pancreatitis aguda severa. La colocación transpapilar de prótesis pancreáticas se ha convertido en el método de elección para el tratamiento de estas fístulas, con un éxito de 55% a 100% y mejorando el pronóstico final en estos pacientes.

Palabras clave: Prótesis pancreática, fístula pancreática postraumática, pancreatitis, conducto pancreático, pancreatografía, México.

Introducción

Las fístulas pancreáticas ocurren como consecuencia de la ruptura traumática, parcial o total, del conducto pancreático, así como también por cirugía, o

Abstract

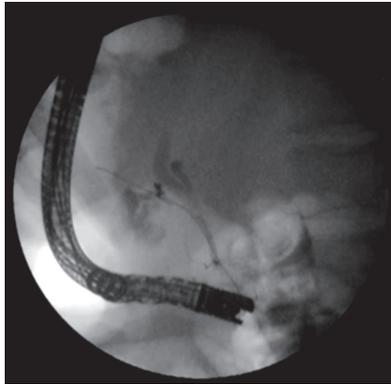
Pancreatic fistulas occur as a result of partial or complete traumatic rupture of the pancreatic duct, as well as from surgery, or as a complication of severe acute pancreatitis. Transpapillary placement of pancreatic stents, has become the method of choice for the treatment of these fistulas, with a success rate of 55% to 100% and improving the final outcome in these patients.

Keywords: Pancreatic stent, postraumatic pancreatic fistula, pancreatitis, pancreatic duct, pancreatography, Mexico.

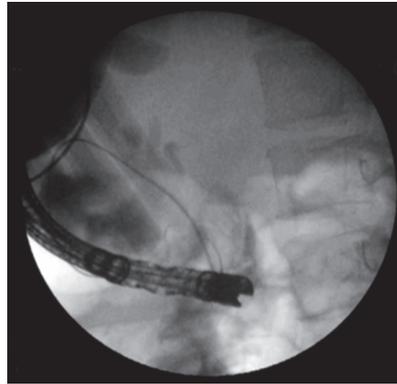
como complicación de una pancreatitis aguda severa. La colocación transpapilar de prótesis pancreáticas se ha convertido en el método de elección para el tratamiento de estas fístulas, con un éxito del 55-100% y mejorando el pronóstico final en estos pacientes.



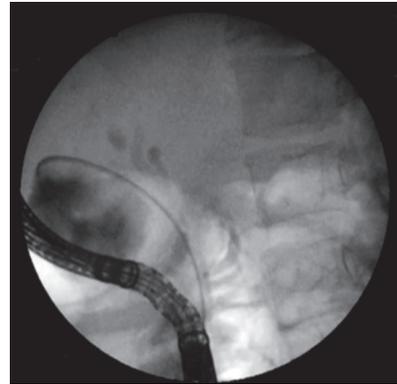
○ **Figura 1.** Canulación del conducto de Wirsung con guía hidrofílica.



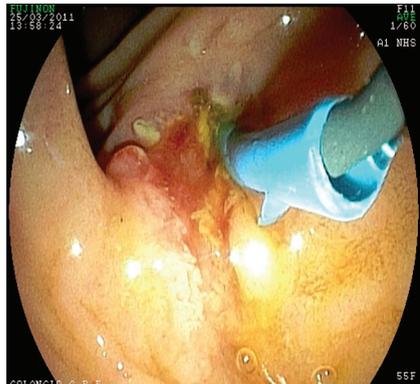
○ **Figura 2.** Canulación del Wirsung con fuga del medio de contraste hacia el retroperitoneo, confirmando fistula postraumática del páncreas.



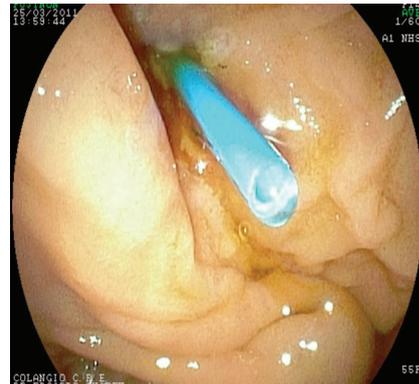
○ **Figura 3.** Colocación de prótesis a través de interrupción del conducto pancreático.



○ **Figura 4.** Prótesis pancreática.



○ **Figura 5.** Prótesis, drenando líquido pancreático al duodeno.



Presentación del caso

Mujer de 46 años de edad, sin enfermedad crónica degenerativa. Sufrió caída de una altura de cinco metros, con golpe contuso directo en hemiabdomen superior. Presentó dolor abdominal intenso, constante y generalizado. En el examen bioquímico se encontró elevación de amilasa y lipasa. Se realizó tomografía computarizada, identificándose imagen sugestiva de colección localizada en cabeza y cuerpo de páncreas, sospechando fractura de la glándula pancreática. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), canulándose el conducto de Wirsung (**Figura 1**), bajo control fluoroscópico; se observó salida de material de contraste hacia retro-peritoneo (**Figura 2**). Acto seguido, mediante esfinterotomía y por medio de guía hidrofílica, se colocó la prótesis

plástica cola de cochino en el conducto de Wirsung (**Figuras 3 y 4**), con lo que se logró el drenaje satisfactorio de la glándula pancreática (**Figura 5**). No se presentaron complicaciones durante, ni después del procedimiento. El paciente se mantuvo bajo vigilancia médica. Una tomografía de control demostró disminución de la colección retroperitoneal; también se confirmó la segmentación de la glándula pancreática, ferulizada por la endoprótesis colocada. Una vez alcanzada la mejoría clínica y bioquímica (cinco semanas), se retiró la prótesis y se sometió a la paciente a pancreatomectomía parcial con evolución satisfactoria.

Discusión

Un traumatismo contuso o penetrante puede dañar al páncreas, aunque las lesiones en el órgano



son poco comunes, debido a la localización retroperitoneal de la glándula. El diagnóstico de pancreatitis por trauma es difícil y requiere un alto grado de sospecha. El trauma puede ir desde una contusión leve, hasta una lesión grave, por aplastamiento o sección de la glándula. Estas se producen usualmente en el punto donde el páncreas cruza la columna vertebral; esta lesión puede causar ruptura aguda del conducto y ascitis pancreática. La historia natural, al sanar las lesiones ductales, conduce a la cicatrización y estenosis del conducto pancreático principal con la subsecuente pancreatitis obstructiva, distal al sitio de estenosis.¹

Las fístulas son secundarias a la disrupción parcial o completa del conducto pancreático, causada por trauma, cirugía pancreática o como una complicación de pancreatitis aguda grave. La fuga de secreciones pancreáticas a través de estas lesiones, condicionan el desarrollo de fístulas crónicas, que pueden ser internas o externas. En pacientes con pancreatitis aguda severa, por medio de CPRE se han encontrado fugas del conducto pancreático hasta en 37%, lo que se asocia a alta incidencia de necrosis y aumento en la estancia hospitalaria, por lo que el reconocimiento oportuno de esta complicación y de las colecciones asociadas mejora el resultado final.^{2,3}

Al planear el tratamiento endoscópico, deben quedar claras ciertas consideraciones: la localización de la lesión dentro del sistema ductal, la presencia y tipo de estenosis, si la disrupción es completa o parcial, si hay comunicación con colecciones y sus características anatómicas.² Se han identificado como factores predictivos favorables en el manejo endoscópico de disrupciones distales: una rotura parcial del conducto, lesión a nivel del cuerpo pancreático y prótesis 'puenteando' la misma.⁴

Actualmente la colocación de una prótesis transpapilar en el conducto pancreático principal se ha convertido en el método de elección para el

tratamiento de fístulas y fugas ductales, con rangos de éxito que van de 55% a 100%. La prótesis transpapilar, aunado a la terapia médica, ha tenido éxito en una serie de escenarios: fístulas pancreático-cutáneas refractarias,⁵ ascitis pancreática,⁶ derrame pleural pancreático⁷ y fístulas pancreato-entéricas.⁸ La resolución de las colecciones líquidas y de los síntomas del paciente, determinan la eficacia. Las prótesis se retiran después de cuatro a seis semanas; un periodo menor se relaciona con alta frecuencia de falla, mientras que un periodo más prolongado, incrementa el riesgo de oclusión y alteraciones en la morfología ductal, inducidas por la prótesis.⁹

Conclusión

Se ha incrementado el uso de terapia endoscópica para una gran variedad de alteraciones pancreáticas, incluyendo: pancreatitis crónica, pancreatitis aguda idiopática recurrente, fístulas, secciones del conducto pancreático, drenaje de pseudoquistes y en la prevención de la pancreatitis post-CPRE. Por lo que el conocimiento de la patología pancreática susceptible a manejo endoscópico, su técnica y abordaje, son condiciones obligadas para el endoscopista actual.

Referencias

1. Wilson AU, Moorehead RJ. Current management of trauma to the pancreas. *Br J Surg* 1991;78:1196.
2. Testoni PA. Endoscopic pancreatic duct stent placement for inflammatory pancreatic diseases. *World J Gastroenterol* 2007;13:5971-5978.
3. Elta GH. Temporary prophylactic pancreatic stents: which patients need them? *Gastrointest Endosc* 2008;67:255-261.
4. Wolfsen HC, Kozarek RA, Ball TJ, et al. Pancreaticocenteric fistula: no longer a surgical disease? *J Clin Gastroenterol* 1992;14:117-121.
5. Kozarek RA, Ball TJ, Patterson DJ, et al. Transpapillary stenting for pancreaticocutaneous fistulas. *Gastrointest Surg* 1997;1:357-361.
6. Bracher GA, Manocha AP, DeBanto JR, et al. Endoscopic pancreatic duct stenting to treat pancreatic ascites. *Gastrointest Endosc* 1999;49:710-715.
7. Kozarek RA, Traverso LW. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: An alternative to surgery? *Dig Surg* 1996;13:90.
8. Wolfsen HC, Kozarek RA, Ball TJ, et al. Pancreaticocenteric fistula: no longer a surgical disease? *J Clin Gastroenterol* 1992;14:117-121.
9. Kozarek RA, Ball TJ, Patterson DJ, et al. Endoscopic transpapillary therapy for disrupted pancreatic duct and peripancreatic fluid collections. *Gastroenterology* 1991;100:1362-1370.