



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-239 - Síndrome del Ducto Pancreático Desconectado: a propósito de un caso

Jiménez Fuertes, Montiel; Díaz García, Gustavo; Ruíz-Tovar, Jaime; Sánchez Hernández, Javier; Ferrigni, Carlos; González González, Juan; García Muñoz-Nájar, Alejandro; Durán Poveda, Manuel

Hospital Rey Juan Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome del ducto pancreático desconectado (SDPD) o desconexión del ducto pancreático es una entidad clínica que consiste en la existencia de una discontinuidad anatómica entre una porción de páncreas viable y el tracto gastrointestinal, causada por una necrosis ductal tras una pancreatitis grave o tras un traumatismo pancreático.

Caso clínico: Paciente hombre de 45 años exalcohólico, con antecedentes de pancreatitis crónica enólica con varios episodios de reagudización, colecistectomizado, que consulta por dolor invalidante en hemiabdomen izquierdo que se irradia a la pierna. Como antecedente de interés, el paciente presentaba varias colecciones retroperitoneales de origen pancreático que habían sido drenadas mediante drenajes percutáneos. Se realizó TAC abdominal, que evidenciaba nuevamente una colección retroperitoneal de 9,6 × 7 × 20 cm que se originaba en la cola del páncreas y se extendía caudalmente sobre el psoas, desplazando medialmente el riñón izquierdo. El páncreas presentaba una atrofia difusa, sin dilatación del conducto hasta la zona distal de la cola, existiendo una zona de 2 cm en la cola previa la dilatación sin clara visualización del mismo. Inicialmente se realizó tratamiento médico y drenaje percutáneo de la colección, que sólo se redujo de forma parcial. Tras ello, se propuso tratamiento asociado con endoprótesis pancreática, que no fue factible por encontrarse el conducto no dilatado y desconectado distalmente, por lo que finalmente se realizó esplenopancreatectomía distal y limpieza de la cavidad retroperitoneal mediante cirugía abierta. Tras ello el postoperatorio transcurrió con normalidad, siendo dado de alta sin incidencias al séptimo día.

Discusión: El SDPD es una entidad clínica en la que existe una ausencia de continuidad entre el tejido pancreático viable y el tubo digestivo, que cursa con la aparición de una colección o de una fístula pancreática externa, ya que el segmento pancreático aislado continúa con su función exocrina. No existen datos claros sobre su incidencia, aunque se estima que entre un 10-30% de las pancreatitis graves desarrollan un SDPD. Es fundamental el diagnóstico y debe diferenciarse (mediante TAC, resonancia magnética y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) del pseudoquiste pancreático, la disrupción ductal parcial, la necrosis pancreática tabicada y otros síndromes relacionados. La localización más frecuente es en el cuello, especialmente en las pancreatitis litiásicas y en los traumatismos pancreáticos. Debe sospecharse cuando existe una colección o fístula pancreática tras una necrosectomía que no se solventa. Los pacientes con SDPD tienen mayor probabilidad de diabetes mellitus, problemas metabólicos y nutricionales por la

pérdida de proteínas y electrolitos e hipertensión portal. Las complicaciones más frecuentes sin tratamiento son colecciones recurrentes, ascitis y pseudoaneurismas con hemorragias asociadas. El tratamiento puede ser endoscópico mediante CPRE o por drenaje interno guiado con ecoendoscopia, pero estas técnicas presentan éxito inferior a largo plazo que la cirugía, si bien la resección quirúrgica presenta mayor morbimortalidad. No existen algoritmos universalmente aceptados, pero la tendencia actual es el tratamiento endoscópico y, si fracasa o no es posible, la resección o la derivación quirúrgica, que es el tratamiento definitivo.