



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-292 - PÁNCREAS ANULAR, UNA CAUSA INFRECUENTE DE ÚLCERA DUODENAL Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Muñoz López-Peláez, Vicente; Talavera Eguizábal, Pablo; Muñoz Rivas, Ana; Romera Martínez, José Luis; Avellana Moreno, Rocío; Torres García, Antonio

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Presentación del caso clínico de un paciente intervenido por obstrucción intestinal secundaria a páncreas anular. El páncreas anular es una malformación muy infrecuente, se suele asociar a síndromes (con mayor frecuencia a Down) y otras malformaciones como atresia intestinal, malrotación biliar o páncreas divisum. Se debe a una alteración en la migración del tejido pancreático. Existen dos teorías embriológicas, Lecco y Baldwin. La base genética demostrada posterior se basa en alteración de las vías de señalización de genes transmembrana. Existe una presentación bimodal, en neonatos y en adultos entre 20 y 50 años. La clínica más frecuente es dolor abdominal seguido de obstrucción intestinal en el 75%. Menos frecuente la ictericia obstructiva y la historia de úlcera péptica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años con antecedente de agenesia de miembro superior derecho, en seguimiento en consultas por historia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y una úlcera duodenal diagnosticada tras una endoscopia digestiva alta (EDA) tratada con IBPs desde 2011. En una pHmetría se evidenció reflujo biliar. En 2017 presenta intolerancia oral progresiva hasta la obstrucción intestinal. Una nueva EDA evidencia deformidad y compresión extrínseca de bulbo duodenal y obstrucción al paso del endoscopio, y en un tránsito baritado EGD estenosis rígida con paso de contraste filiforme de primera a segunda porción duodenal. En el TAC aparece tejido pancreático rodeando la segunda porción duodenal compatible con páncreas anular, además dilatación gástrica y duodenal. El paciente es intervenido debido a la obstrucción e intolerancia oral realizándose derivación mediante gastro-yeyunostomía con reconstrucción en Y de Roux laparoscópica. El postoperatorio evolucionó sin incidencias y fue valorado en consultas externas donde se evidenció ausencia de los síntomas previos.

Discusión: En el páncreas anular el tratamiento es quirúrgico hasta en el 40% de los pacientes que debutan de adulto y en la mayoría cuando se presenta en recién nacidos. Existen distintas opciones de derivación como la duodeno-yeyunostomía que es la técnica de elección porque evita el reflujo biliar a la cavidad gástrica. La gastro-yeyunostomía, es técnicamente más sencilla, se emplea en casos de úlcera o gran dilatación duodenal por riesgo de dehiscencia anastomótica duodeno-yeyunal. Finalmente la duodeno-duodenostomía se suele realizar en recién nacidos debido a la facilidad para la movilización del duodeno. La sección del páncreas no está recomendada por la alta tasa de fistulas, pancreatitis y recidivas que presenta. Es imprescindible la evaluación de la localización de

la ampolla de Vater para decidir la técnica más favorable. El páncreas anular es una patología muy infrecuente que se asocia con otras malformaciones. La clínica más frecuente es la obstrucción intestinal seguida de ictericia obstructiva. La técnica quirúrgica de elección es la derivación mediante la duodeno-yeyunostomía aunque la gastro-yeyunostomía se puede considerar en determinadas circunstancias. La realización de la técnica mediante laparoscópica es segura llevada a cabo por cirujanos experimentados.