



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-203 - A PROPÓSITO DE UN CASO: DUODENOPANCREATECTOMÍA DE URGENCIA POR ISQUEMIA GASTRODUODENAL Y PANCREÁTICA

Jaimes León, Elka Alejandra; López Antoñanzas, Leyre; García Botella, Sandra; Domínguez, Inmaculada; del Campo, María; Sáez-Cazallas, Carlos; Castillo, Andrea; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La duodenopancreatectomía de urgencia (DPU) es un procedimiento poco usual, complejo, que requiere experiencia, conocimiento y habilidad en el manejo retroperitoneal. La indicación más frecuente es el trauma abdominal con lesiones pancreatoduodenales, grado superior a III (escala: *American Association for the Surgery of Trauma-AAST*), otras indicaciones son úlceras complicadas, tumores, perforaciones e infecciones.

Caso clínico: Mujer 60 años, fumadora, bebedora, sin otros antecedentes. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso, hematemesis y melenas (AINES durante 5 días previos). La exploración física es anodina, pero destaca anemia (Hb 9,1 g) y leucocitosis (27.500 cel). Se realiza endoscopia visualizando úlcera duodenal excavada (20 mm) en cara posterior (Forrest IIa), siendo tratada con adrenalina y alcohol intralesional. Persiste anemia, hipotensión y melenas, por lo que se repite endoscopia urgente en UCI con intubación orotraqueal evidenciando úlcera con gran coágulo; fulguración con ARGON produciéndose sangrado masivo en *jet*. Terapéutica: esclerosis 10cc NA + 15 cc etoxiesclerol. Permanece estable, realizan endoscopia control previa extubación observándose, isquemia/necrosis extensa y severa gastroduodenal. Se realiza TAC, con cambios isquémicos gastroduodenales + estenosis AMS 50%. Dados los hallazgos, se realiza cirugía urgente. Intraoperatoriamente, se evidencia isquemia de la curvatura mayor gástrica, duodeno (múltiples perforaciones), yeyuno proximal, páncreas + trombosis de arteria gastroduodenal. Realizamos gastrectomía subtotal. Duodenopancreatectomía casi total (dejando pequeña porción de cola), tutorizada con drenaje abdominal. Anastomosis en asa (hepaticoyeyuno y gastroyeyuno). Permanece en UCI 22 días, presenta fístula pancreática bien tutorizada. Pasa a planta, donde al tercer día, presenta inestabilidad hemodinámica junto con hematemesis masiva, se reinterviene urgente, observando sangrado en celda pancreática, realizamos hemostasia de arteria esplénica. Pasa 24 horas en la UCI con altas dosis de fármacos vasoactivos. Por inestabilidad, empeoramiento progresivo y mal pronóstico se limita el esfuerzo terapéutico.

Discusión: La causa más frecuente de DPU es el trauma abdominal cerrado con lesiones pancreáticas duodenales (40%), trauma abdominal penetrante (30%), hemorragia masiva por tumores periampulares (15%) y sangrado gastroduodenal por úlceras (10%). Otros casos incluyen perforación intestinal o hemorragia post procedimientos endoscópicos complicados, como en nuestro caso. La DPU está ligada a distintas complicaciones posoperatorias: fístula pancreática, colecciones,

sepsis, fuga anastomótica y asocia gran mortalidad (40-75%). El *gold standard* ante una hemorragia digestiva alta es la endoscopia (eficacia 90%) en dos oportunidades. Si falla, la angiografía intervencionista puede ser una opción. Sin embargo, la región pancreatoduodenal recibe un aporte sanguíneo colateral de la arteria celíaca y mesentérica superior, siendo estas insuficientes para controlar una hemorragia masiva, justificándose la DPU. En nuestro caso debemos replantearnos que, tras el segundo intento endoscópico fallido, la mejor opción hubiera sido quirúrgica, con el fin de detener el sangrado y evitar isquemia, así como disminuir la morbimortalidad de la fístula pancreática planteando un segundo tiempo quirúrgico para reseca el remanente pancreático. La DPU es una cirugía compleja, siendo un reto quirúrgico. Se ha convertido en un procedimiento relativamente seguro en centros experimentados, permitiendo su mayor realización y ampliando las indicaciones. Sin embargo, la DPU por traumatismo o hemorragia incontrolable con amenaza de vida, sigue siendo un procedimiento con alta morbimortalidad.