



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-274 - PERFORACIÓN DE ASA YEYUNAL POR *STENT* INTERNO TRANSANASTOMÓTICO

Kalviainen Mejia, Helga Kristiina¹; Serradilla Martin, Mario²; Aparicio López, Daniel²; Cholz Ezquerro, Jorge²; Serrablo Requejo, Alejandro²; Cantalejo Díaz, Miguel²; Ruiz Quijano, Pablo²

¹Hospital Sant Camil, Barcelona; ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La complicación más temida y grave tras una duodenopancreatectomía es la fístula pancreática. Se reporta con una incidencia del 10% al 20% siendo la principal causa de sepsis posoperatoria. Se han descrito diversos métodos para intentar disminuir la incidencia de fístula pancreática, siendo uno de ellos la colocación de drenajes internos o externos. El uso de estos ha sido ampliamente estudiado y aún existen controversias respecto a su uso.

Casos clínicos: Caso clínico 1: mujer de 53 años con episodios previos de pancreatitis, intervenida de duodenopancreatectomía, reconstrucción con pancreatoyeyunostomía ducto-mucosa con V-lock 3/0 y tutorización de Wirsung. Intervenida al segundo día por dehiscencia de anastomosis hepatoyeyunal en cara anterior, que se refuerza con puntos sueltos de seda 3/0. Reintervenida al quinto día posoperatorio por empeoramiento analítico y persistencia de bilis a través de los drenajes. Durante la cirugía se aprecia perforación en el asa biliopancreática por tutor pancreático. Se realiza retirada del tutor y sutura primaria de la perforación. Caso clínico 2: hombre de 77 años con ampuloma. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica. La reconstrucción se realiza con en 2 asas: Pancreaticoyeyunostomía T-L ductomucosa tutorizada, con V-Lock 3/0 reabsorbible. Al 11^o día posoperatorio es reintervenido observando colección peripancreática con dehiscencia parcial de cara anterior de pancreaticoyeyunostomía y tutor perforando cara posterior de asa yeyunal, siendo necesario desmontar la anastomosis pancreatoyeyunal. Se realiza pancreatectomía total y esplenectomía.

Discusión: La colocación de un *stent* transanastomótico es una práctica ampliamente utilizada, teóricamente el *stent* mantiene la permeabilidad de la anastomosis, descomprime el conducto pancreático hasta que el edema se resuelve, evita la activación enzimática y dirige el líquido pancreático hacia la luz intestinal. Una revisión de Cochrane en 2016 observó que la utilización de *stent* no incrementa la mortalidad ni empeora los resultados posoperatorios o la necesidad de reintervención, pero tampoco reduce la incidencia de fístula pancreática. Se describe que el tiempo medio de expulsión fecal de un *stent* interno es 454 días. Al año, el 41% de los pacientes lo han expulsado, pero el 29,6% tienen complicaciones asociadas. La migración proximal se ha descrito en el 5-6% de los pacientes. La migración distal ocurre en el 8-12%. Se han reportado en la literatura solo 3 casos de perforación intestinal secundaria a migración de un *stent* interno tras duodenopancreatectomía. Nuestros casos son los segundos reportados como perforación durante el

posoperatorio. Aunque se desconocen las causas o factores de riesgo que podrían provocar la migración y perforación intestinal, se describe como factores de riesgo: un *stent* muy largo (15 cm), con textura dura o que se encuentre colonizado por bacterias; un intestino edematoso y un orificio transmesocólico pequeño que podría condicionar la torsión del asa yeyunal. A pesar de que las complicaciones asociadas al uso de un *stent* interno no son frecuentes, su amplio uso sin altos grados de evidencia, ha provocado un incremento en el reporte de complicaciones, por lo que se requieren estudios aleatorizados que avalen esta medida y se individualice su utilización.