



P-206 - APLICACIÓN DE SELLANTE DE FIBRINA (TACHOSIL®) SOBRE PANCREATICOYEYUNOSTOMÍA LONGITUDINAL POR PANCREATITIS CRÓNICA SECUNDARIA A ESTENOSIS DE PANCREATICOYEYUNOSTOMÍA PREVIA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

A.B. Gallardo Herrera, J.M. Cabrera Bermón, Á. Arjona Sánchez, S. Rufián Peña, Á. Casado Adam, J.M. Sánchez Hidalgo, C. Muñoz Casares y J. Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Objetivos: Descripción de un caso clínico de pancreatitis crónica secundaria a estenosis anastomótica pancreaticoyeyunal tras duodenopancreatectomía cefálica previa requiriendo tratamiento quirúrgico mediante técnica derivativa.

Caso clínico: Describimos el caso clínico de una paciente de 17 años, intervenida en la infancia por una anomalía de la confluencia duodeno-pancreático-biliar realizándosele una duodenopancreatectomía cefálica (Traverso-Longmire). Presenta actualmente episodios de pancreatitis aguda de repetición por los que requiere ingresos hospitalarios frecuentes. Se realiza estudio mediante tomografía y colangio-pancreato-resonancia magnética objetivándose estenosis a nivel de la pancreaticoyeyunostomía previa condicionando una dilatación del conducto de Wirsung de unos 9 mm. Se opta por un tratamiento quirúrgico derivativo. Durante la intervención se objetivan anastomosis previas, mediante ecografía intraoperatoria se confirma dilatación importante del conducto pancreático. Se punciona parénquima pancreático para reafirmar la localización del conducto de Wirsung y realización segura de sección longitudinal de todo el cuerpo y parte de cola pancreáticos. Seguidamente se realizó anastomosis pancreaticoyeyunal latero-lateral con puntos sueltos de sutura irreabsorbible y restablecimiento del tránsito mediante anastomosis del asa eferente gástrica a yeyuno a unos 40 cm de la anastomosis pancreaticoyeyunal. Como refuerzo para la pancreaticoyeyunostomía se coloca una lámina de sellante de fibrina (Tachosil®) sobre la superficie anastomótica para disminución del riesgo de fístula pancreática. El postoperatorio se desarrolló sin incidencias siendo posible la retirada de drenajes el segundo día postoperatorio tras la confirmación analítica de cifras bajas de amilasa en el líquido de drenajes, y el alta domiciliaria el quinto día postoperatorio.

Discusión: La incidencia de pancreatitis crónica, en el contexto de una estenosis anastomótica pancreaticoyeyunal tras duodenopancreatectomía cefálica, se estima en un 11%, aproximadamente. El manejo terapéutico de esta causa de pancreatitis crónica no está bien definido. El mero hecho de la cirugía previa, sobre todo con montajes del tipo Y de Roux tras duodenopancreatectomía, dificulta el drenaje del conducto pancreático por técnicas endoscópicas convencionales cuando aparecen estenosis anastomóticas. Se han descrito actualmente técnicas de drenaje guiado por eco-endoscopia

con tasas de éxito variables. Sin embargo, el drenaje quirúrgico con realización de anastomosis pancreaticoyeyunal longitudinal larga es seguro y fiable para el manejo de la pancreatitis crónica por estenosis de pancreaticoyeyunostomía previa dando resultados a largo plazo de menor tasa de exacerbaciones y buena función endocrina y exocrina pancreática en comparación con el tratamiento mediante técnicas endoscópicas o eco-endoscópicas. La aplicación de sellante de fibrina (Tachosil®), en este caso, resultó de gran utilidad ya que permitió una retirada de drenajes temprana comprobándose cifras de amilasa prácticamente inexistentes en el líquido, y alta domiciliaria muy precoz. La pancreatoyeyunostomía longitudinal es una alternativa terapéutica segura y efectiva para casos de pancreatitis crónica secundaria a estenosis anastomótica pancreatoentérica tras duodenopancreatectomía, habiendo resultado el sellante de fibrina (Tachosil®) altamente efectivo en la prevención de fístula pancreática postquirúrgica, propiciando un curso postoperatorio rápido y sin incidencias.