



## P-199 - SÍNDROME DEL DUCTO PANCREÁTICO DESCONECTADO Y EVENTRACIÓN SUBCOSTAL COMPLEJA TRAS NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA Y ABDOMEN ABIERTO

López Saiz, María; Morandeira Rivas, Antonio; Riquelme Gaona, Jerónimo; Rojas de la Serna, Gabriela; Cuevas Toledano, Javier; Moreno Sanz, Carlos

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome del ducto pancreático desconectado es una patología poco frecuente tras pancreatitis agudas graves con necrosectomía. Generalmente evoluciona favorablemente con manejo conservador e intervencionista (endoscópico y/o radiológico), precisando en ocasiones tratamiento quirúrgico. Por otro lado, en pacientes con abdomen abierto cicatrizado por segunda intención, el cierre y reconstrucción definitiva de la pared abdominal supone un reto para el cirujano. Presentamos el caso de un paciente que precisó cirugía por síndrome del ducto pancreático desconectado y eventración subcostal bilateral secundaria a abdomen abierto cicatrizado por segunda intención.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 54 años, sin antecedentes patológicos de interés, fumador y bebedor ocasional, que ingresa en nuestro centro por cuadro de pancreatitis aguda litiásica grave. Se realiza de forma precoz CPRE con colocación de prótesis biliar y pancreática. Ingresado en la UCI presenta evolución tórpida, planteándose, en la cuarta semana, cirugía por empeoramiento del cuadro de respuesta inflamatoria sistémica, aumento de la presión intraabdominal y extensa necrosis pancreática sin colecciones definidas susceptibles de tratamiento percutáneo en la TC. Se realiza necrosectomía pancreática y colecistectomía, dejando abdomen abierto que se maneja con sistema de terapia de presión negativa. La evolución es lenta, presentando diferentes complicaciones que impiden la realización de un cierre diferido programado de la laparostomía; destacando sangrado bronquial que precisa embolización y fístula biliar que se maneja de forma conservadora. Una vez solucionado el cuadro de pancreatitis aguda, el paciente reingresa por colección en región de cola de páncreas, objetivándose en TC remanente pancreático en región distal. Se realiza CPRE, confirmándose que el tejido pancreático distal se encuentra desconectado del ducto pancreático proximal. Se practica drenaje endoscópico transgástrico de la colección. El paciente presenta recidiva sintomática de la colección en varias ocasiones, a pesar de tratamiento endoscópico y percutáneo, además de eventración de laparotomía subcostal bilateral con cicatriz queoidea de gran tamaño. Es intervenido mediante laparotomía subcostal bilateral con exéresis de la cicatriz previa. Tras liberación de adherencias intensas se accede a la transcavidad identificándose arteria y vena esplénicas, así como remanente pancreático próximo al hilio esplénico, realizándose esplenopancreatectomía distal. Para la reparación de la pared se lleva a cabo separación de componentes posterior, con disección de la fascia posterior de los rectos y liberación

de los músculos transversos, permitiendo la disección lateral por debajo de los mismos hasta el retroperitoneo. En la zona superior se disecciona el espacio subxifoideo y el peritoneo diafragmático. Tras el cierre posterior se coloca prótesis de polipropileno de 30 × 50 cm, de diámetros longitudinal y transversal respectivamente, fijada con puntos transparietales, puntos a través del último espacio intercostal y adhesivo de fibrina. Posteriormente se procede al cierre de la aponeurosis anterior.

**Discusión:** La esplenopancreatectomía distal es una alternativa en casos de tejido pancreático distal desconectado sintomático y refractario a tratamiento conservador y endoscópico. Por otra parte, la separación posterior de componentes es una técnica segura y eficaz para la reparación de eventraciones subcostales bilaterales complejas.