



## V-24 - BYPASS DUODENOYEYUNAL LAPAROSCÓPICO POR PÁNCREAS ANULAR

C. Cerdán Santacruz, M. Conde Rodríguez, A. García Botella, M.E. Pérez Aguirre, L.I. Díez Valladares y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El páncreas anular es una malformación congénita rara cuya prevalencia real sigue siendo desconocida. En series de autopsias afecta en torno a 1/20.000 nacidos vivos mientras que la incidencia asciende a 1/250 en series practicadas de CPRE. Dado que la población a la que se practica CPRE puede estar muy seleccionada en general se considera una prevalencia en torno a 1/20.000. El páncreas anular es una malformación congénita derivada de un defecto embriogénico en la que existe una fusión anómala del proceso uncinado con el páncreas dorsal, ya sea alrededor del duodeno o también existen variantes de páncreas anular en torno al confluente porto-espleno-mesaraico, siendo este último generalmente un hallazgo casual y asintomático. Las formas de páncreas anular que rodean al duodeno suelen hacerlo en torno a la segunda porción duodenal (74%) y tienen una forma bimodal de presentación con un pico en la infancia, manifestándose generalmente como cuadro obstructivo, de ahí su diagnóstico más precoz, y otro entre la cuarta a sexta décadas de la vida, en los que la clínica predominante suelen ser cuadros de pancreatitis aguda de repetición. El diagnóstico se hace necesariamente mediante técnicas de imagen como el TC, colangio-RM o CPRE. Algunos autores admiten que en los últimos años ha aumentado el número de diagnósticos de este tipo de patología, en relación con la mayor facilidad de acceso a este tipo de pruebas, así como a las mejoras técnicas de las mismas. Presentamos el caso de un paciente recientemente atendido en nuestra Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática con este diagnóstico.

**Caso clínico:** Paciente de 47 años fumador importante y exbebedor, sin otros antecedentes personales de interés, que presenta una historia clínica de unos 6 meses de sensación dispéptica y plenitud precoz con las comidas. En los últimos dos meses el cuadro clínico ha empeorado presentando vómitos de repetición y prácticamente intolerancia oral. En cuanto a la exploración física no hay ningún dato relevante salvo una pérdida de peso moderada en los últimos meses. Dentro de las pruebas complementarias que se solicitan la analítica con hemograma, coagulación, bioquímica básica, perfil hepático y enzimas pancreáticas resulta normal. Se realiza ecografía abdominal en la que se aprecia una gran dilatación gástrica sin poder determinar la causa con precisión por lo que se decide hacer un TC abdominal. El TC resulta diagnóstico mostrando una importante dilatación gástrica secundaria a una obstrucción duodenal a nivel de segunda porción generada por tejido pancreático que rodea el 100% del duodeno siendo diagnosticado de páncreas anular. Ante estos hallazgos y dada la clínica del paciente se decide realizar una derivación duodenal quirúrgica para paliar la sintomatología.

**Discusión:** El tratamiento quirúrgico del páncreas anular está contemplado exclusivamente cuando este se hace sintomático, generalmente como obstrucción intestinal alta, con intolerancia oral y vómitos de repetición. Las distintas opciones técnicas admitidas consisten en una derivación duodenal ya sea en un asa o con reconstrucción en Y de Roux. El abordaje laparoscópico para cualquiera de estas opciones está descrito y admitido en la literatura dentro de grupos con experiencia en cirugía laparoscópica y con dedicación específica en patología hepato-bilio-pancreática. Presentamos el abordaje laparoscópico de una derivación duodeno-yeyunal en un asa retrocólica, técnica elegida en nuestro caso para salvar la obstrucción generada a nivel de segunda porción duodenal por el anillo de tejido pancreático.