



## P-278 - FÍSTULA PANCREATICOPLEURAL TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

*Fernández Miguel, Tamara; García Gutiérrez, Virginia; Rubio González, Eduardo; Moreno Bargeiras, Alejandro; Brandariz Gil, Lorena; Gil Díez López Maroto, Danae; Ortiz Aguilar, Manuel; Ferrero Herrero, Eduardo*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de páncreas es la cuarta causa más frecuente de fallecimientos relacionados con el cáncer en hombres y la quinta en mujeres en los EE.UU. y Europa. La resección quirúrgica es la única opción curativa en este tipo de tumor. La resección de la cabeza pancreática incluye la duodeopancreatectomía (DP) estándar popularizada por Whipple y sus modificaciones como la DP con preservación del píloro y la resección de la cabeza del páncreas con conservación del duodeno. La pancreatectomía distal se utiliza para la resección de lesiones en el cuerpo o la cola del órgano. Desde la década de 1960, se han observado avances importantes en cuanto a las tasas de complicaciones y de mortalidad asociadas con este procedimiento. En la actualidad, la tasa de mortalidad a los 30 días es del 5%, por lo cual el centro de la atención ha cambiado hacia el logro de la reducción de las tasas de morbilidad, ya que las complicaciones postoperatorias suelen ser causa de muerte en la mayoría de los casos. Son 4 las complicaciones más importantes derivadas de esta cirugía: fistulas, el retraso en la evacuación gástrica, las complicaciones infecciosas (abscesos) y la hemorragia intrabdominal.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 48 años con antecedente de pancreatitis aguda recidivante, que consulta por dolor epigástrico y síndrome constitucional, se realiza colangioRM y se identifica lesión ovoidea mal definida en cabeza/proceso uncinado que desplaza arteria hepática y vena porta sugerente de neoplasia. La paciente es intervenida realizándose DPC con buena evolución postoperatoria. En el resultado AP de la pieza no se identifica lesión tumoral, siendo compatible con pancreatitis crónica. La paciente ingresa a los 7 meses de la intervención con atelectasia de pulmón izquierdo y derrame pleural masivo con características de trasudado y amilasa en rango patológico. Se realiza colangioRM sin clara evidencia de fístula pancreática, se coloca tubo de drenaje pleural con mejoría y alta a los 20 días de ingreso con diagnóstico de fístula pancreático pleural.

**Discusión:** La fístula pancreaticopleural es una rara complicación que en la mayoría de las ocasiones se producen en el contexto de pancreatitis agudas o crónicas de origen enólico; aparece con menor frecuencia en traumatismos con disrupción del conducto pancreático y en raras ocasiones como complicación tras cirugía pancreática. Requiere de tratamiento médico (análogos de somatostatina), endoscópico o quirúrgico para su resolución, siendo el primero de estos de elección. Las opciones terapéuticas pueden ser tratamiento médico (somatostatina u octreótido), endoscópico

mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con colocación de prótesis, o quirúrgico. La revisión de la literatura describe éxito terapéutico con tratamiento conservador en el 65% de los casos, resolución tras CPRE en el 16% y la necesidad de cirugía en el 19% restante. Podría considerarse por tanto el tratamiento con fármacos como de primera elección, reservando el resto de terapias para los casos de fracaso del primero.