



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-148 - TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL MUÑÓN PANCREÁTICO TRAS FISTULA POST PANCREATECTOMÍA CORPORO-CAUDAL

Pérez Xaus, Marc; Sánchez Velázquez, Patricia; Guerrero Ortiz, María Alejandra; Ielpo, Benedetto; Burdío Pinilla, Fernando; Grande Posa, Luis; Pera Román, Miguel

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La fístula pancreática supone una de las complicaciones frecuentes más graves tras una pancreatectomía corporo-caudal, aunque su manejo es principalmente conservador. La tasa de reintervención quirúrgica oscila entre el 3 y 7%, habitualmente por abscesos intraabdominales, peritonitis o shock séptico. El objetivo de este vídeo es presentar el caso de una paciente intervenida de esplenopancreatectomía corporo-caudal laparoscópica por cistoadenoma mucinoso que presentó como complicación una fístula pancreática grado C. Requirió reintervención quirúrgica precoz, pudiéndose resolver la fístula pancreática con sutura del muñón y drenajes por vía laparoscópica.

Caso clínico: Mujer de 32 años con antecedente de pancreatitis aguda en 2018, detectándose durante su ingreso una lesión quística pancreática de 6 cm. La ecoendoscopia y la citología fueron compatibles con cistoadenoma mucinoso. Tras valoración en el comité multidisciplinar se decidió intervención quirúrgica. En la cirugía se evidenció una lesión mucinosa en cuerpo pancreático íntimamente adherida a los vasos esplénicos por lo que se realizó esplenopancreatectomía corporo-caudal laparoscópica, con sección del páncreas con endograpadora carga negra y Seamguard. En el posoperatorio inmediato la paciente inició dolor abdominal que fue aumentando en los días posteriores, focalizando en flanco izquierdo. Las amilasas eran positivas en el drenaje, aunque el TC abdominal no evidenció complicaciones. Al tercer día posoperatorio, tras aparición de fiebre de 38 °C, signos de irritación peritoneal y elevación de los rectantes de fase aguda, se indicó la reintervención quirúrgica urgente. Mediante abordaje laparoscópico se evidenció esteatonecrosis en la zona correspondiente a la celda pancreática, extendiéndose hacia flanco izquierdo. El drenaje se encontraba desplazado, lejos del margen de sección del páncreas. Tras la movilización del estómago, identificamos primero el hem-o-lok de la vena esplénica y posteriormente el muñón pancreático. Este presentaba en su parte caudal una dudosa apertura de la línea de grapas. El resto de la cavidad abdominal, tanto el intestino delgado como el colon, no presentaban afectación. Se realizó refuerzo de la línea de grapas por debajo del Seamguard con sutura continúa barbada de stratafix, lavados y colocación de un drenaje como sistema de lavado continuo. Posteriormente presentó evolución favorable siendo alta hospitalaria a los 11 días de la reintervención sin drenaje intraabdominal ni recidiva de la fístula. Reingresó a la semana del alta por una colección encapsulada de necrosis grasa, no requiriendo drenaje y siendo alta a los 3 días. Evolución satisfactoria posterior en los controles de Consultas Externas.

Discusión: El manejo quirúrgico de la fístula pancreática posoperatoria en la pancreatectomía izquierda es infrecuente. Cuando se instaura, se trata de un reto clínico y quirúrgico debido a su potencial gravedad. El objetivo de la cirugía es asegurar su correcto drenaje y el tratamiento de la peritonitis química asociada, pero en pocos casos se puede actuar sobre el muñón pancreático. En el caso presentado, se pudo resolver una fístula pancreática grave mediante el refuerzo de la línea de grapas por vía laparoscópica y la recolocación del drenaje para lavado continuo, disminuyendo el débito de la misma de forma drástica y permitiendo la resolución del cuadro en pocos días.