



P-175 - PANCREATITIS AGUDA ISQUÉMICA POR HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSESOFAGUECTOMÍA INCARCERADA

de Vega, Marta; Fernández Briones, Paula; Muñoz, María; Haro, Pablo; Miliani, Carlos; Martínez-Piñeiro, Juan; Pereira, Fernando

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

Introducción: La hernia diafragmática es una complicación rara tras una esofagectomía abierta estándar. La incidencia varía entre el 0,4% y el 6%. La herniación visceral a través del hiato después de una esofagectomía, puede ser asintomática en los defectos más pequeños, o causar episodios de disnea y obstrucción intestinal de forma crónica. La complicación más grave supone la encarceración masiva de contenido abdominal al tórax causando isquemia intestinal e hipoperfusión órganos abdominales por oclusión vascular de los vasos mesentéricos. El páncreas es muy sensible a la hipoperfusión y La isquemia pancreática con o sin reperfusión representa un mecanismo fisiopatológico que desencadena el desarrollo de una PA isquémica con cambios que pueden moderados hasta irreversibles. La frecuencia de pancreatitis aguda inducida por isquemia supone solo entre el 5-8% de las pancreatitis agudas. Presentamos por su rareza un caso de pancreatitis aguda isquémica con necrosis pancreática por encarceración visceral masiva del contenido intestinal al tórax por hernia diafragmática esofagectomía.

Caso clínico: Paciente de 62 años edad intervenido 7 años antes por cáncer de esófago, realizándose esofagectomía 3 campos abierta. Ingresa por dolor abdominal y vómitos, siendo diagnosticado de pancreatitis aguda grave (clínica y analítica) sin filiar. Por empeoramiento del estado del paciente ingresa en UCI y se realiza TAC abdominal: gran hernia diafragmática con severa herniación de la raíz del mesenterio, de asas de intestino delgado y del colon además de probable obstrucción en asa cerrada de una de las asas de intestino delgado proximal. Signos de pancreatitis aguda con necrosis de la glándula pancreática menor de 30% así como necrosis abundante peripancreática y formación de colección necrótica aguda en espacio pararenal anterior derecho. Se interviene de urgencia, Laparotomía. Hernia estrangulada que contiene colon e intestino delgado (con datos de sufrimiento) y torsión de mesenterio placas de esteatonecrosis en mesenterio. Reducción del contenido, detorsión del mesenterio y comprobación de recuperación de las asas. Hiatorrafia sin malla. Posoperatorio tórpido con ingreso de 64 días persistiendo en TAC necrosis pancreática y peripancreática con colecciones. El paciente continúa seguimiento ambulatorio en Digestivo.

Discusión: La pancreatitis aguda isquémica puede deberse a complicaciones de cirugía mayor (cardíaca, trasplante pancreático), quimioembolización de hepatocarcinoma, *shock* hemorrágico, eventos cardioembólicos (fibrilación auricular, endocarditis, aneurisma ventricular...), afectación

ateroesclerótica de tronco celíaco y arteria mesentérica superior, así como a aneurismas, disección, lesiones traumáticas. Añadimos una nueva etiología de pancreatitis aguda isquémica por oclusión vascular debida a torsión del meso en contexto de incarceration de hernia diafragmática (esofagotomía). El diagnóstico al ingreso fue de PA grave (clínico y analítico) y solo ante el deterioro del paciente y TAC se objetivó la causa. Es raro pensar en etiología distinta a colelitiasis ya que las pancreatitis isquémicas suponen un mínimo porcentaje del total de pancreatitis (< 8%). El pronóstico es incierto. En este caso el paciente tuvo una evolución tórpida on ingreso de 65 días. TAC con necrosis pancreática 30-50% y colecciones peripancreáticas que persisten aunque más pequeñas en TAC de control a 12 meses.