

Figura 2 – Detalle del infiltrado inflamatorio con numerosos eosinófilos. H-E 40x

nudosa, síndrome de Sjögren⁶⁻⁹ o por ingesta de hierbas medicinales¹⁰.

En ausencia de cualquiera de estas causas precipitantes, debe considerarse que se trata de una CE idiopática, como ocurre en el caso que referimos. La presentación clínica es igual a la del resto de colecistitis aguda y el diagnóstico se basa en la presencia de un infiltrado eosinofílico > 90% en el estudio histológico de la vesícula biliar^{6,8}. En la mayoría de los pacientes la evolución clínica es benigna y el cuadro se resuelve con colecistectomía, generalmente laparoscópica. En caso de que de forma asociada exista un cuadro de gastroenteritis eosinofílica o colecistocolangitis eosinofílica, puede ser necesario el uso de corticoides para completar el tratamiento^{2,3}.

En resumen, la CE es un cuadro clínico que se debe tener en cuenta ya que, si se asocia a eosinofilia periférica, hay que pensar en un gran número de situaciones clínicas en las cuales puede existir infiltración eosinofílica de otros órganos. Además, debemos descartar estas causas para poder definir una CE idiopática, como la del caso del que informamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albot G, Poilleux Olivier C, Libaude H, Cascarigny P. Les cholecystites a eosinophils. *Presse Med.* 1949;39:558-9.

2. Shakov R, Simoni G, Villacin A, Baddoura W. Eosinophilic cholecystitis, with a review of the literatura. *Ann Clin Lab Sc.* 2007;37:182-5.
3. Hurtado Andrade H, Razo García S, Díaz Villanueva D, Rodríguez Villanueva F, Carrera Muiños A, Zárate Osorno A. Colecistitis eosinofílica. Presentación de un caso. *Rev Gastroenterol Mex.* 2010;75:97-102.
4. Fox H, Mainwaring AR. Eosinophilic infiltration of the gallbladder. *Gastroenterology.* 1972;63:1049-52.
5. Sánchez Pobre P, López-Ríos Moreno F, Colina F, Yela C, Manzano M, Rodríguez S, et al. Eosinophilic cholecystitis: an infrequent cause of cholecystectomy. *Gastroenterol Hepatol.* 1997;20:21-3.
6. Hellstrom HR. Eosinophilic and lymphoeosinophilic cholecystitis. *Am J Surg Pathol.* 1994;18:215-6.
7. Kerstein MD, Sheahan DG, Gudjonsson LJ. Eosinophilic cholecystitis. *Am J Gastroenterol.* 1976;66:349-52.
8. Punia RP, Arya S, Jain P, Bal A, Mohan H. Eosinophilic and lympho-eosinophilic cholecystitis. *Indian J Gastroenterol.* 2003;22:153-4.
9. Sahu S, Srivastava P, Chaugan N, Kishore S, Kumar Sachan P, Vijai Bahl D, et al. Eosinophilic cholecystitis: A case report. *The Internet J Surgery.* 2007;9. Disponible en: <http://www.ispub.com>.
10. Adusumilli PS, Lee B, Parekh K, Farrelly P. Acalculous eosinophilic cholecystitis from herbal medicine: a review of adverse effects of herbal medicine in surgical patients. *Surgery.* 2002;131:352-6.

Roberto Fernández Santiago^{a,*}, Noelia Fontanillas Garmilla^b, Gonzalo Gutiérrez Fernández^a, Fidel Fernández Fernández^c y Manuel Gómez Fleitas^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^bServicio de Urgencias de Atención Primaria, Centro de Salud Miera, Liérganes, Cantabria, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rofersant@yahoo.es

(R. Fernández Santiago).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.02.026>

Duodenectomía total con preservación pancreática

Pancreas-preserving total duodenectomy

Un 70% de los pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF) presentan adenomas en el duodeno¹⁻⁴. Existen diversas modalidades terapéuticas para el tratamiento de estas lesiones: extirpación endoscópica, resección local quirúrgica¹⁻⁴ y en

determinados casos se debe extirpar el duodeno¹⁻⁴. Clásicamente, se realizaba mediante duodenopancreatectomía cefálica (DPC), pero en 1995 Chung et al. describieron la técnica de duodenectomía total con preservación pancreática (DTPP), que

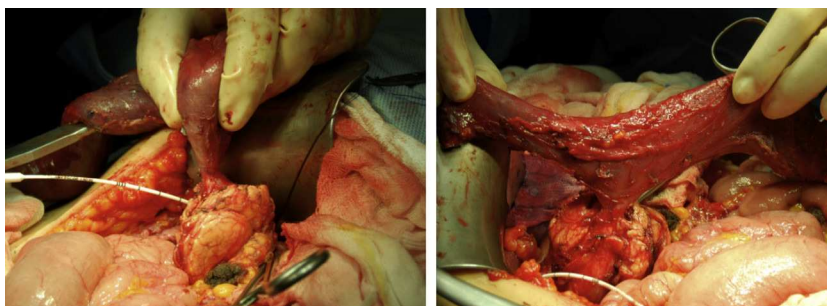


Figura 1 – Páncreas y duodeno unido únicamente por la ampolla de Vater.

ofrece ciertas ventajas sobre la DPC¹⁻⁸. Solo unos 100 casos de DTPP se han publicado hasta 2010^{4,9}. Presentamos un caso de poliposis duodenal (PD) tratado mediante DTPP.

Mujer de 46 años, con poliposis cólica familiar, intervenida en otro centro a los 14 años realizándose pancolectomía con anastomosis ileorrectal, y posteriormente resección de recto y anastomosis ileoanal con reservorio ileal en J a los 25 años. Padre y hermano intervenidos de PAF. La gastroduodenoscopia de seguimiento objetiva en la segunda y tercera porción duodenal múltiples pólipos sésiles y planos, desde milímetros hasta 2,5 cm de tamaño. La biopsia de los 3 pólipos adenomatosos de mayor tamaño (2 a 2,5 cm) confirma una displasia epitelial moderada. Se efectúan una ecoendoscopia y cápsula endoscópica que confirman los hallazgos sin observar otras lesiones intestinales. Ante la existencia de una PD Spigelman grado IV (Johnson), se decide realizar una DTPP.

Técnica quirúrgica^{1,4-8}: se practica una laparotomía subcostal bilateral, sección duodenal con grapadora-cortadora 3 mm distal del píloro y a nivel del ángulo de Treitz. Liberación del duodeno distal y descruzamiento por detrás de los vasos mesentéricos. Maniobra de Kocher amplia, que permite la liberación del duodeno del plano retroperitoneal; colecistectomía y colocación de un catéter transcístico que nos permite por palpación localizar la ampolla de Vater. Se inicia la separación cuidadosa de duodeno infraampular y la cabeza del páncreas y proceso uncinado, seccionando múltiples ramas pancreaticoduodenales. Posteriormente, se realiza la misma maniobra a nivel supraampular. Debemos siempre intentar identificar un posible conducto de Santorini, que no estaba presente en nuestra paciente. Finalmente, conseguimos que páncreas y duodeno solo se encuentren unidos por la

ampolla de Vater (fig. 1). Se realiza un oval en el duodeno, de pequeño tamaño, alrededor de la papila que nos permite finalizar la duodenectomía. Se comprueba que no existen pólipos en los 2-3 mm de mucosa duodenal circundante a la papila. Efectuamos una esfinterotomía para ampliar el drenaje biliopancreático. Tras ello, se sitúa el yeyuno proximal en el lugar que ocupaba el duodeno (neoduodeno) con el mesenterio situado retropancreático y se efectúa una anastomosis ampuloyeyunal mucosa-mucosa monopiano, puntos simples PDS 4/0 no autorizada y anastomosis piloroyeyunal (fig. 2 A y B). Se fija el yeyuno con 2 puntos a la cabeza del páncreas y se coloca un drenaje de silicona aspirativo cercano a ambas anastomosis. La paciente inició tolerancia al 4.º día. El postoperatorio transcurrió con normalidad, no requirió transfusión y fue dada de alta a los 10 días de la intervención. El estudio histológico confirmó la existencia de una poliposis adenomatosa duodenal difusa cientos de pólipos de diversos tamaños (1 a 25 mm), con displasia leve y moderada.

Un 5% de la PD en la PAF desarrollan cáncer duodenal, cifra que se eleva al 36% en los pacientes con PD avanzadas^{4,9}. El objetivo principal en la PD es prevenir la aparición de un cáncer y evitar las complicaciones (sangrado y obstrucción)⁹. Spigelman et al. realizaron una clasificación en estadios de la gravedad de la PD basándose en el número de pólipos, el tamaño, la histología y el grado de displasia^{2,9,10}. Los estadios I al III pueden ser tratados mediante polipectomías endoscópicas o resecciones locales si no hay displasia de alto grado o complicaciones, pero la tasa de recidiva es elevada^{8,9}. En los estadios IV o los III con displasia de alto grado debe realizarse la exéresis completa duodenal^{9,10}.

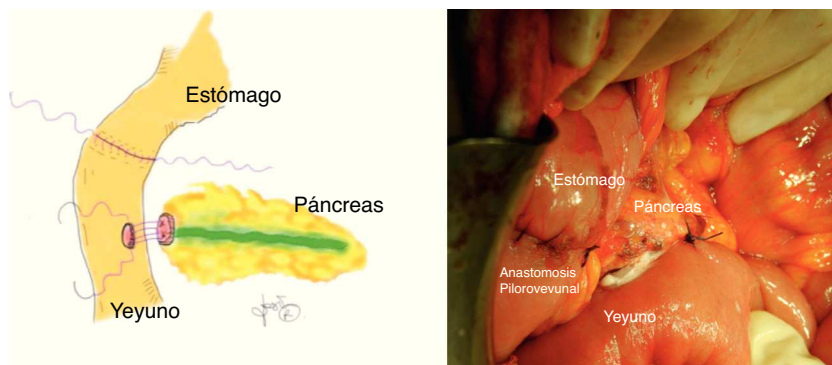


Figura 2 – esquema de la intervención y campo quirúrgico final.

La DTPP consiste en la resección de la totalidad del duodeno con preservación de la cabeza pancreática¹⁻⁸. Está indicada en lesiones neoplásicas o preneoplásicas que afectan difusamente a la mucosa duodenal, pero sin potencial para extenderse a los ganglios linfáticos regionales^{5,7} y no debe ser realizada en pacientes con cáncer confirmado^{3,4}. La indicación más frecuente de DTPP es la PD adenomatosa familiar (pacientes Spigelman IV o III con displasia grave)^{1,7,9}. Otras indicaciones son: grandes adenomas supraampulares, gastrinomas múltiples duodenales o traumatismos duodenales⁴⁻⁷.

Las ventajas de la DTPP frente a la DPC son: mayor conservación de la función intestinal, preservación de tejido pancreático, 2 anastomosis frente a 3, evita una hepaticoyeyunostomía en una vía biliar no dilatada y una anastomosis pancreatoyeyunal en un páncreas habitualmente blando y con un ducto pancreático no dilatado, un tiempo quirúrgico más corto, menor sangrado intraoperatorio y permite un mejor seguimiento endoscópico^{3,4,6-9}. Además las DPC por PD presentan una morbilidad superior a las realizadas por otras indicaciones³.

La morbilidad media de las DTPP publicadas es del 60%: 25% complicaciones menores y un 35% mayores^{2,4}. Las complicaciones descritas son: retraso del vaciamiento gástrico, fístula de las anastomosis piloroyeyunal o ampuloyeyunal, absceso intraabdominal, pancreatitis aguda e infección de la herida quirúrgica^{1,4}. No se ha descrito mortalidad asociada a este procedimiento^{2,4}. La tasa de recidiva tras DTPP es del 9% y ocurre en el pequeño manguito duodenal pospilórico o en la mucosa circundante a la papila⁹.

En conclusión, la DTPP es una técnica compleja con indicaciones muy concretas, que presenta una morbilidad aceptable y aporta ventajas sobre la DPC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chung RS, Church JM, VanStolk R. Pancreas-sparing duodenectomy: indications, surgical technique and results. *Surgery*. 1995;117:254-9.
2. Parc Y, Mabrut JY, Shields C, on behalf of the Mallorca Group Surgical. Management of the duodenal manifestations of familial adenomatous polyposis. *Br J Surg*. 2011;98:480-4.
3. Muller MW, Dahmen R, Koninger J, Michalski CW, Hinz U, Hartel M, et al. Is there an advantage in performing a pancreas-preserving total duodenectomy in duodenal adenomatosis. *Am J Surg*. 2008;195:741-8.
4. Al-Sarireh B, Ghaneh P, Gardner J, Raraty M, Harley M, Sutton R, et al. Complications and follow-up after pancreas-preserving total duodenectomy for duodenal polyps. *Br J Surg*. 2008;95:1506-11.
5. Imamura M, Komoto I, Doi R, Onodera H, Kobayashi H, Kawai Y. New pancreas-preserving total duodenectomy technique. *World J Surg*. 2005;29:203-7.
6. Koninger J, Friess H, Wagner M, Kadmon M, Buchler MW. Die Technik der pancreas erhaltenden duodenektomie. *Chirurg*. 2005;76:273-81.
7. Tsiotos GG, Sarr MG. Pancreas preserving total duodenectomy. *Dig Surg*. 1998;15:398-403.
8. Sarmiento JM, Thompson GB, Nagorney DM, Donohue JH, Farnell MB. Pancreas-sparing duodenectomy for duodenal polyposis. *Arch Surg*. 2002;137:557-63.
9. Johnson MD, Mackey R, Brown N, Church J, Burke C, Walsh RM. Outcome based on management for duodenal adenomas: sporadic versus familial disease. *J Gastrointest Surg*. 2010;14:229-35.
10. Spigelman AD, Williams CB, Talbot IC, Domizio P, Phillips RK. Upper gastrointestinal cancer in patients with familial adenomatous polyposis. *Lancet*. 1989;2:783-5.

Jose Manuel Ramia-Angel^{a,*}, Jose E. Quiñones-Sampedro^a, Roberto De La Plaza Llamas^a, Antonio Gomez-Caturla^b y Pilar Veguillas^a

^aUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com (J.M. Ramia-Angel).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.02.029>