



Cartas científicas

Colangitis por obstrucción de asa aferente tras duodenopancreatectomía cefálica



Cholangitis due to afferent loop obstruction after cephalic duodenopancreatectomy

La obstrucción del asa aferente es una complicación infrecuente y potencialmente grave tras la realización de una duodenopancreatectomía cefálica. Pannala et al.¹ comunican una frecuencia de obstrucción del asa aferente tras duodenopancreatectomía cefálica del 13%, aunque otros autores la citan en un 2,5%². El tiempo medio de aparición es de 1,2 años, siendo la causa más frecuente la enteropatía por radiación (37,5%), seguida de la recidiva tumoral (33%) y las adherencias (17%)¹.

Se presenta el caso de una mujer de 54 años, intervenida de adenocarcinoma de cabeza de páncreas, en la que se realizó una duodenopancreatectomía cefálica (técnica de Whipple) con reconstrucción en asa de Child transmesocólica. El examen histopatológico evidenció un adenocarcinoma ductal con afectación ganglionar (pT3N1). Recibió quimioterapia adyuvante con gemcitabina y capecitabina, y 14 meses después se realizó una PET-TC por elevación del Ca 19,9 hasta 259 U/l, hallando una recaída local anterior al polo renal derecho de 15 mm y SUV máximo de 5,1, motivo por el cual se inició tratamiento con gemcitabina durante 6 meses. En la nueva PET-TC de control se objetivó la misma lesión, de idéntico tamaño, pero con SUV máximo de 2,6. Se intervino hallando un implante tumoral localizado en el espacio Morrison, anterior al riñón derecho y adyacente al asa aferente (fig. 1A), realizando la exéresis del mismo. El informe histopatológico fue de adenocarcinoma de páncreas.

La paciente acudió a urgencias un mes después por fiebre, ictericia y dolor abdominal. En la exploración física presentaba ictericia de piel y mucosas, distensión abdominal, y dolor abdominal difuso y a la puño-percusión en fosa lumbar derecha. En la analítica destacaban: bilirrubina total 6,36 mg/dl, PCR 19 mg/dl y 8.710 leucocitos (neutrófilos 83,5%). La ecografía abdominal informó de dilatación de la vía biliar intrahepática e hidronefrosis derecha grado III por estenosis de la unión pieloureteral. Se realizaron una TC (fig. 2A y B), que evidenció dilatación del asa aferente y de asas de intestino

delgado, y una colangio-RM (fig. 2C y D), que informó de vía biliar dilatada, sobre todo de radicales intrahepáticos izquierdos, que presentaban una morfología arrosariada y buen paso a través de la hepático-yeyunostomía. También se realizó una endoscopia digestiva alta a través del asa aferente, sin conseguir visualizar la hepático-yeyunostomía y la pancreático-yeyunostomía debido a obstrucción de la misma.

Con el diagnóstico de pielonefritis derecha, se realizó una nefrostomía percutánea, y con el diagnóstico de colangitis secundaria a obstrucción del asa aferente, se intervino hallando una cicatriz retráctil en el lecho quirúrgico que producía una estenosis a nivel de la unión pieloureteral del riñón derecho, y un acodamiento con obstrucción del asa aferente, así como hernia interna en donde el intestino delgado adoptaba una posición supramesocólica a través de ojal mesocólico (fig. 1B). Se realizó una yeyuno-yeyunostomía latero-lateral manual en el asa aferente (segmento distendido con segmento colapsado), reducción del asa de intestino delgado herniada y cierre de ojal mesocólico (fig. 1C). El postoperatorio transcurrió sin incidencias, resolviéndose la colangitis y recibiendo el alta hospitalaria al octavo día.

Existen varias opciones de tratamiento de la obstrucción del asa aferente tras una duodenopancreatectomía cefálica, que van a depender del estado general del paciente, el tipo de reconstrucción (asa de Child o Y de Roux) y la localización de la obstrucción en relación con la pancreato-yeyunostomía y hepático-yeyunostomía.

Si el estado general del paciente es malo, con escasas expectativas de vida, tanto por progresión tumoral como por comorbilidad asociada, se prefieren tratamientos poco invasivos, como la colocación de un stent mediante endoscopia o radiología intervencionista. Si el estado general es bueno con amplias expectativas de vida la primera opción terapéutica será la cirugía.

Las opciones terapéuticas endoscópicas o radiológicas son variadas. Así, en caso de reconstrucción en asa de Child,

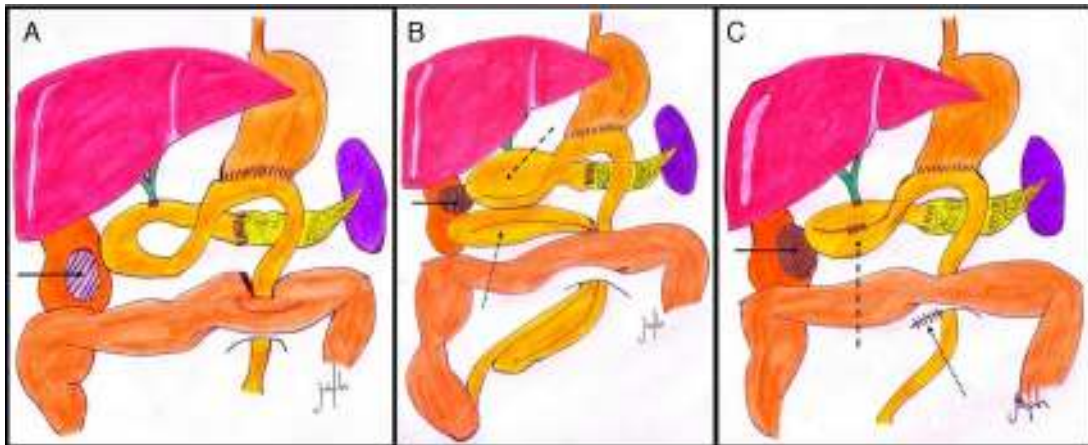


Figura 1 – A) Implante tumoral anterior a riñón derecho (flecha continua); B) Fibrosis a nivel de polo renal derecho (flecha continua), que ocasiona una obstrucción del asa aferente (flecha discontinua) y hernia interna de asas de yeyuno a través del orificio transmesocólico (flecha punteada); C) Fibrosis a nivel de polo renal derecho (flecha continua), anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral del asa aferente (flecha discontinua), y reducción de asas yeyuno con cierre del ojal transmesocólico (flecha punteada).

debido a la proximidad entre gastroyeyunostomía y obstrucción, se podría colocar un *stent* mediante endoscopia³. Si no es posible, se drenará el asa aferente con la colocación de un *stent* vía transhepática⁴, o mediante punción directa del asa obstruida⁵. Sin embargo, debido al riesgo de fuga biliar y peritonitis en el sitio de punción, puede ser necesario fijar el asa aferente a la pared abdominal anterior. En caso de reconstrucción en Y de Roux, debido a la imposibilidad de acceso endoscópico, la colocación de un *stent* vía transhepática será

posible si la obstrucción está cercana a la hepático-yeyunostomía, reservando la punción percutánea en caso de que la obstrucción esté cercana al pie de asa⁶.

Las diferentes técnicas quirúrgicas descritas incluyen: yeyuno-yeyunostomía latero-lateral del asa aferente dilatada con un asa de yeyuno⁴ o con la curvatura menor del estómago⁷, resección proximal del asa aferente y reconstrucción en Y de Roux⁸ o *bypass* del asa aferente en Y de Roux⁹. En la obstrucción del asa aferente en Y de Roux se ha descrito la

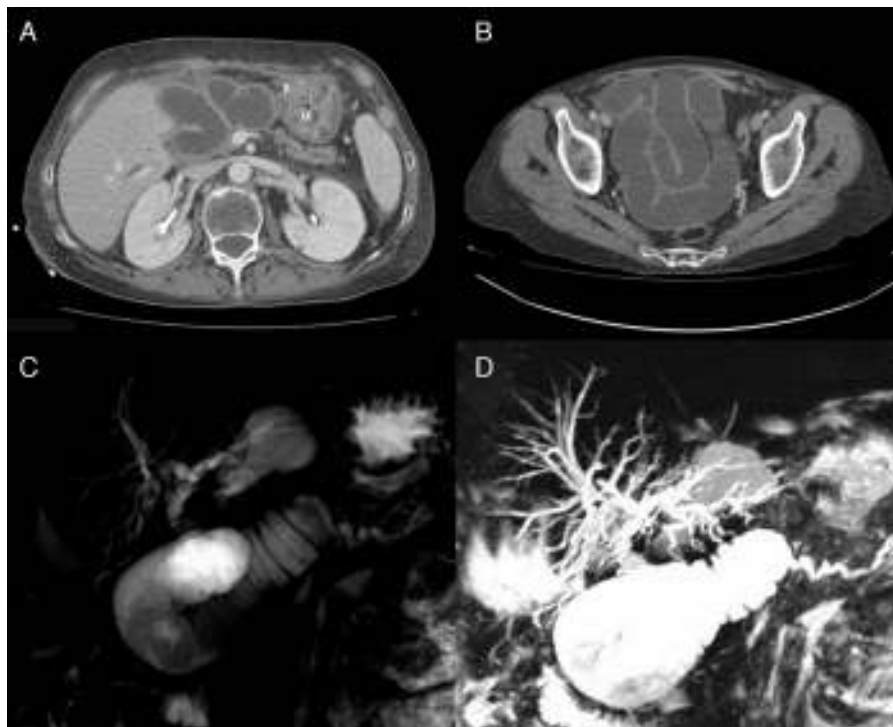


Figura 2 – A) Corte transversal en la TC en la que se observa dilatación del asa aferente y del conducto de Wirsung; B) Corte transversal en la TC en el que se aprecia dilatación de asas de yeyuno en pelvis; C y D) Reconstrucción de colangio-RM en la que se observa obstrucción del asa aferente con dilatación del conducto de Wirsung y la vía biliar extra e intrahepática.

pancreático-yeyuno-yeyunostomía, técnica que evita la revisión de la anastomosis pancreático-yeyunal¹⁰. En nuestro caso se realizó una anastomosis latero-lateral entre los segmentos distendido y colapsado del asa aferente (fig. 1C), una alternativa quirúrgica distinta, que podría ser eficaz en el tratamiento de la colangitis y evitaría la resección intestinal.

Conflicto de intereses

Declaramos que no existen aspectos de financiación o de cualquier otro tipo que puedan llevar a un conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Pannala R, Brandabur JJ, Gan SI, Gluck M, Irani S, Patterson DJ, et al. Afferent limb syndrome and delayed GI problems after pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer: Single-center, 14-year experience. *Gastrointest Endosc.* 2011;74:295-302.
- Hoffman JP, Weese JL, Solin LJ, Agarwal P, Engstrom P, Scher R, et al. A single institutional experience with preoperative chemoradiotherapy for stage I-III pancreatic adenocarcinoma. *Am Surg.* 1993;59:772-80. discussion 780-1.
- Kim JK, Park CH, Huh JH, Park JY, Park SW, Song SY, et al. Endoscopic management of afferent loop syndrome after a pylorus preserving pancreatoduodenectomy presenting with obstructive jaundice and ascending cholangitis. *Clin Endosc.* 2011;44:59-64.
- Spiliotis J, Karnabatidis D, Vaxevanidou A, Datsis AC, Rogdakis A, Zacharis G, et al. Acute cholangitis due to afferent loop syndrome after a Whipple procedure: A case report. *Cases J.* 2009;2:6339.
- Kim YH, Han JK, Lee KH, Kim TK, Kim KW, Choi BI. Palliative percutaneous tube enterostomy in afferent-loop syndrome presenting as jaundice: Clinical effectiveness. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13:845-9.
- Laasch HU. Obstructive jaundice after bilioenteric anastomosis: Transhepatic and direct percutaneous enteral stent insertion for afferent loop occlusion. *Gut Liver.* 2010;4 Suppl 1:S89-95.
- Bakes D, Cain C, King M, Dong Xda E. Management of afferent loop obstruction from recurrent metastatic pancreatic cancer using a venting gastrojejunostomy. *World J Gastrointest Oncol.* 2013;5:235-9.
- Blouhos K, Boulas KA, Salpigktidis II, Konstantinidou A, Ioannidis K, Hatzigeorgiadis A. Total Reconstruction of the Afferent Loop for Treatment of Radiation-Induced Afferent Loop Obstruction with Segmental Involvement after Pancreaticoduodenectomy with Roux-en-Y Reconstruction. *Case Rep Oncol.* 2013;6:424-9.
- Aimoto T, Uchida E, Nakamura Y, Katsuno A, Chou K, Tajiri T, et al. Malignant afferent loop obstruction following pancreaticoduodenectomy: report of two cases. *J Nippon Med Sch.* 2006;73:226-30.
- Blouhos K, Boulas KA, Tsiomita E, Papageorgiou I, Ioannidis K, Hatzigeorgiadis A. Pancreaticojejunostomy during reconstruction of the afferent loop in surgery of radiation-induced afferent loop obstruction following pancreaticoduodenectomy with Roux-en-Y reconstruction. *Updates Surg.* 2014;66:51-7.

José Ruiz Pardo*, Erik Llàcer-Millán, Pilar Jimeno Griñó, Juan Ángel Fernández Hernández y Pascual Parrilla Paricio

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josrp@hotmail.es (J. Ruiz Pardo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.08.004>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Schwannoma esofágico asociado a síndrome de vena cava superior



Esophageal schwannoma associated with superior vena cava syndrome

Los tumores mesenquimales del esófago son raros, siendo los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y los leiomiomas los más frecuentes¹.

Los schwannomas del tracto digestivo se localizan en su mayoría en el estómago e intestino. Su localización esofágica es extremadamente rara y existen pocos casos descritos^{2,3}. Presentamos un caso de schwannoma esofágico con una forma de presentación atípica no descrita en la literatura revisada.

Mujer de 31 años que acudió a su médico por disfonía de 2 semanas de evolución. Fue considerada como disfonía funcional y, por tanto, derivada al otorrinolaringólogo. A los 7 días acudió a urgencias con cefaleas, confusión y disnea súbita. La analítica era normal al igual que la LDH y los marcadores tumorales (CEA, CA 19.9, AFP, β -hCG y β 2-microglobulina). En la exploración destacaba el signo de Boterman con distensión de la vena yugular derecha, edema facial y cianosis al elevar los brazos.