

5. Chen N, Slater K. Solitary fibrous tumour of the liver—report on metastasis and local recurrence of a malignant case and review of literature. *World J Surg Oncol.* 2017;15:27.

Alba Correa Bonito^a, Patricia Muñoz-Hernández^b, Ángela de la Hoz Rodríguez^a, Jesús Delgado Valdeza^a y Elena Martín Pérez^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: alba.bonito90@gmail.com (A. Correa Bonito).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.10.016>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Traumatismo pancreático: manejo de una fístula pancreática compleja



Pancreatic trauma: Complex pancreatic fistula management

El traumatismo pancreático es infrecuente, representa el 1-4% de las lesiones traumáticas abdominales graves¹. Se ocasiona habitualmente por contusiones abdominales, compresión anterior directa o traumatismos de alta energía donde se produce una desaceleración importante, y menos frecuentemente por lesiones penetrantes. La prueba de elección para su diagnóstico es la TC abdominal con contraste, la cual tiene una sensibilidad y especificidad del 85% para detectar lesiones pancreáticas^{2,3}. Aun así, esta tiende a infradiagnosticar este tipo de lesión y no es útil para evaluar la integridad del ducto pancreático. Para su evaluación se debe realizar una colangio-RM o eventualmente una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que evidencie si existe fuga de contraste^{4,5}.

Las complicaciones más frecuentes del traumatismo pancreático son: hemoperitoneo, pancreatitis, fístula pancreática, pseudoquistes, absceso intraabdominal, estenosis ductal y pseudoaneurisma de la esplénica, entre otros³.

Las lesiones pancreáticas se pueden asociar a lesiones de otros órganos, especialmente el duodeno^{1,5} y el bazo, y están localizadas más frecuentemente en el cuerpo/cola⁵. Existen varias clasificaciones de traumatismos pancreáticos, siendo la más conocida la de la *American Association for the Surgery of Trauma*⁶.

Describimos el caso de un paciente de 48 años que presenta diversas heridas incisas a nivel abdominal, en hipocondrio derecho, por agresión con arma blanca. A su llegada a urgencias está hemodinámicamente inestable por lo que se decide cirugía emergente, identificando hemoperitoneo abundante por hemorragia de la arteria gastroepiploica derecha y una laceración hepática. A los 10 días de la intervención presenta dolor abdominal, fiebre y tendencia a la taquicardia realizándose una TC abdominal, objetivando una colección periduodenal con abundante líquido libre (fig. 1A). Se obtiene

muestra del líquido, cuyo análisis bioquímico demuestra amilasas >12.000U/l, y se coloca drenaje (*pigtail*) para drenar la colección. Se realiza una colangio-RM, evidenciando dos colecciones (la mayor de 14 cm, caudal al cuello pancreático) sin alteraciones aparentes en la vía biliar ni el páncreas, y se indica una CPRE sin éxito, por compresión duodenal.

A las 5 semanas se reinterviene por sepsis de origen abdominal, observando una colección periduodenal y líquido libre sin otros hallazgos, dejando drenajes aspirativos. En el postoperatorio precoz se evidencia un débito por los drenajes de unos 300cc de líquido marrónáceo con determinación de amilasas muy elevadas. Una fistulografía 2 meses después de la primera cirugía visualiza el conducto de Wirsung distal (fig. 1B).

Posteriormente presenta un cuadro séptico asociado a una colección retrogástrica evidenciada por TC, que se trata con antibioterapia y colocación de *pigtail* con salida de líquido pancreático purulento. Se realiza CPRE opacificándose únicamente la parte proximal del conducto pancreático, correspondiente al páncreas ventral, sin continuidad con el páncreas dorsal ni extravasación de contraste (sugiriendo un páncreas *divisum*) (fig. 1C).

En TC posteriores existe estabilidad radiológica, con salida de unos 400cc diarios de líquido pancreático claro a través del drenaje. Debido a que a pesar del tratamiento conservador persiste la fístula pancreática, se decide cirugía electiva a los 5 meses del ingreso. Se secciona el cuello pancreático donde se sospecha el origen de la fístula. Se sutura el páncreas proximal y se realiza una pancreaticoyeyunostomía término-lateral ductomucosa en Y de Roux (fig. 2).

El paciente presentó una colección perianastomótica que requirió colocación de un nuevo *pigtail* y una infección de la herida quirúrgica (crecimiento de *Escherichia coli*). Mejoría posterior siendo alta a los 6 meses de la agresión. En el

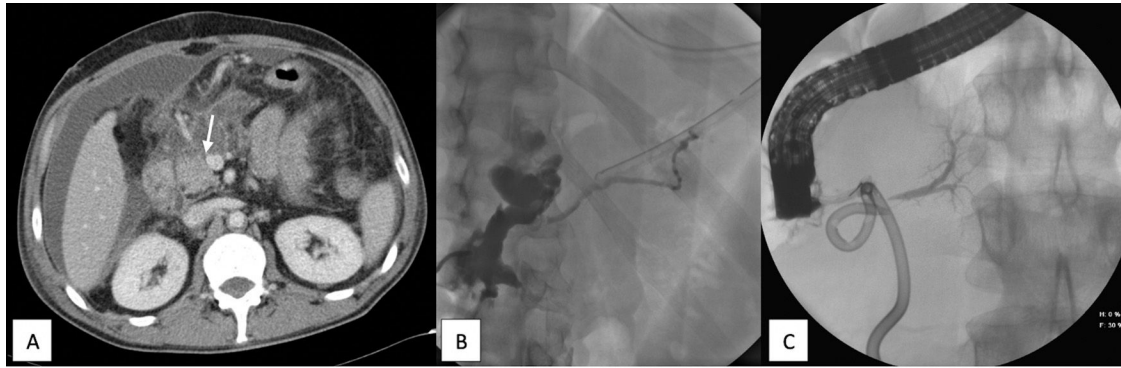


Figura 1 - A) TC abdominal con contraste intravenoso. Colección periduodenal y líquido libre intraabdominal. La flecha muestra el cuello pancreático, lugar más probable donde se produjo la lesión. B) Fistulografía. Se rellena la colección y el conducto de Wirsung distal (páncreas dorsal). C) CPRE. Opacificación del conducto pancreático correspondiente al páncreas ventral sin comunicación con el páncreas dorsal. No existe extravasación de contraste.

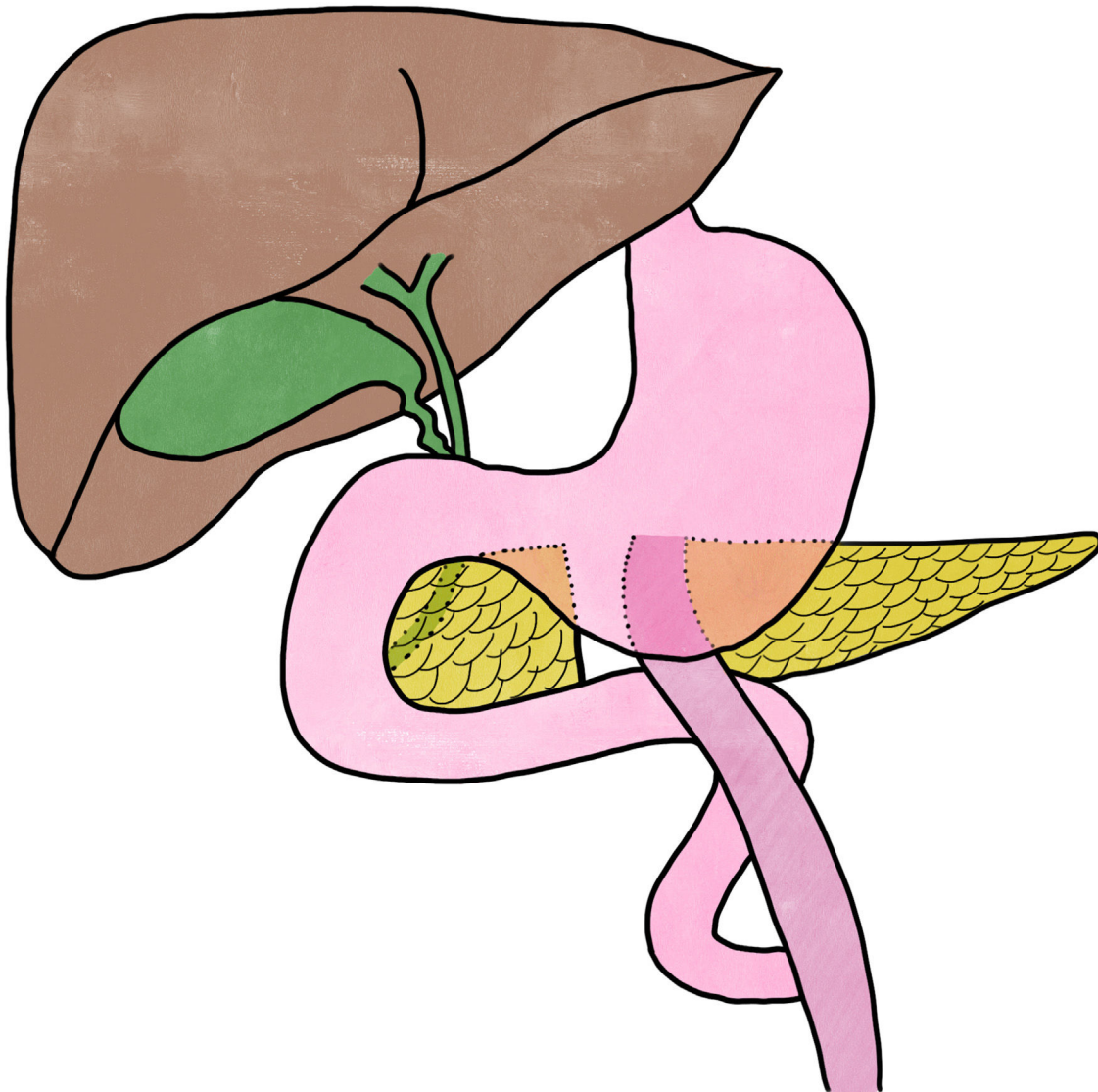


Figura 2 - Esquema de la cirugía realizada: sección del cuello pancreático, sutura del páncreas proximal y realización de pancreaticoyeyunostomía término-lateral ductomucosa en Y de Roux.

seguimiento al año el paciente se encuentra totalmente asintomático, con buena ingesta oral y buen control glucémico.

Las lesiones pancreáticas traumáticas, a diferencia de las hepáticas o esplénicas, suponen un reto para su diagnóstico. El retraso en el diagnóstico puede conllevar un aumento de la morbimortalidad, pudiendo llegar esta última al 34%⁵. Uno de los factores determinantes para decidir el tratamiento y prevenir posibles complicaciones es la integridad del ducto pancreático^{3,5,7}, además de la extensión del daño parenquimatoso, la localización de la lesión, la estabilidad del paciente y la presencia de otras lesiones.

En casos donde el paciente esté hemodinámicamente estable y se demuestre que el ducto pancreático principal está íntegro, se puede realizar tratamiento conservador. En pacientes hemodinámicamente inestables se debe realizar cirugía de control de daños⁷.

El tratamiento quirúrgico de estas lesiones es muy variable. Puede requerir simplemente la colocación de drenajes en caso de contusión y/o laceración, realizar una pancreatectomía distal en secciones completas de la cola del páncreas y, en casos muy seleccionados (y de manera anecdótica) con lesiones que afecten a la cabeza pancreática o al colédoco intrapancreático, está descrita la realización de una duodenopancreatectomía cefálica en dos tiempos^{4,7}. La colocación de stents en el ducto pancreático mediante CPRE en casos seleccionados, evitando así la pancreatectomía distal, también se ha descrito^{4,8}. Si existe lesión del ducto pancreático y se realiza drenaje sin resección pancreática la incidencia de fístula pancreática persistente es muy elevada⁹, excepto en casos donde se realice una pancreático-enterostomía¹⁰.

En el caso expuesto el paciente presenta una fístula pancreática persistente por lesión ductal a nivel del cuello del páncreas. Se opta por realizar una pancreatocoyeyunostomía en Y de Roux cerrando la sección del páncreas proximal. Esta técnica permite preservar el parénquima pancreático evitando que el paciente desarrolle una insuficiencia pancreática exocrina y diabetes mellitus, pero conlleva una mayor dificultad técnica y más complejidad postoperatoria con posibilidad de eventos adversos graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parks RW. Hepatobiliary and pancreatic trauma. En: Garden OJ, Parks RW, editores. *Hepatobiliary and Pancreatic Surgery*. 5.ª ed. Elsevier; 2014. p. 304–25.

2. Fisher M, Brasel K. Evolving management of pancreatic injury. *Curr Opin Crit Care*. 2011;17:613–7.
3. Petrone P, Moral Álvarez S, González Pérez M, Ceballos Esparragón J, Marini CP. Orientación terapéutica del traumatismo pancreático: revisión de la literatura. *Cir Esp*. 2017;95:123–30.
4. Schecter WP, Hirshberg A. Pancreatic and duodenal injuries. En: Jarnagin WR, editor. *Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas*. 5.ª ed. USA: Elsevier; 2012. p. 1815–21.
5. Debi U, Kaur R, Prasad KK, Sinha SK, Sinha A, Singh K. Pancreatic trauma: A concise review. *World J Gastroenterol*. 2013;19:9003–11.
6. Coccolini F, Kobayashi L, Kluger Y, Moore EE, Ansaloni L, Biffi W, et al. Duodeno-pancreatic and extrahepatic biliary tree trauma: WSES-AAST guidelines. *World J Emerg Surg*. 2019;6:8–10.
7. Vasquez JC, Coimbra R, Hoyt DB, Fortlage D. Management of penetrating pancreatic trauma: an 11-year experience of a level-1 trauma center. *Injury Int J Care Injured*. 2001;32:753–9.
8. Chen Y, Jiang Y, Qian W, Yu Q, Dong Y, Zhu H, et al. Endoscopic transpapillary drainage in disconnected pancreatic duct syndrome after acute pancreatitis and trauma: long-term outcomes in 31 patients. *BMC Gastroenterol*. 2019;19:1–9.
9. Kang WS, Park YC, Jo YG, Kim JC. Pancreatic fistula and mortality after surgical management of pancreatic trauma: analysis of 81 consecutive patients during 11 years at a Korean trauma center. *Ann Surg Treat Res*. 2018;95:29–36.
10. Chinnery GE, Thomson SR, Ghimenton F, Anderson F. Pancreatico-enterostomy for isolated main pancreatic duct disruption. *Injury Int J Care Injured*. 2008;39:50–6.

Victoria Lucas Guerrero^a, María Nieves García Monforte^b, Andreu Romaguera Monzonis^b, Jesús Badia Closa^a y Francisco García Borobia^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^bUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjgarcia@tauli.cat (F. García Borobia).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.11.001>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.