

Reparación de fistula pancreática tras Gastrectomía Vertical en paciente con pancreatitis aguda necro-hemorrágica previa

Gómez MA, Ruiz-Tovar J, Diez M, Zubiaga L, Arroyo A, Calpena R.

Unidad de Cirugía Bariátrica. Servicio de Cirugía. Hospital General Universitario de Elche. España. ✉ jruiztovar@gmail.com

Resumen: La fistula pancreática es una complicación poco frecuente de la gastrectomía vertical (GV). Puede producirse durante la sección de los vasos cortos de la curvatura mayor gástrica para acceder a la cara posterior del estómago. Presentamos el caso de una mujer de 49 años, con antecedente de pancreatitis aguda necro-hemorrágica que requirió una necrosectomía pancreática y desarrolló una fistula pancreática posterior: Cinco 5 años después es sometida a una GV como procedimiento bariátrico. A los 22 días de la intervención se diagnostica una colección en ligamento hepato-esplénico y una fistula desde el tubo gástrico. Se colocó una endo-prótesis recubierta para tratar la fistula del tubo gástrico y se re-intervino quirúrgicamente para drenaje de la colección. A través del drenaje de la colección se desarrolló una fistula pancreática que se resolvió de forma conservadora.

Palabras clave: Gastrectomía vertical; Fístula pancreática; Pancreatitis aguda

Introducción

La pancreatitis aguda necro-hemorrágica produce una autodestrucción masiva del parénquima pancreático, incluyendo los ductos pancreáticos. Cuando se realiza un desbridamiento quirúrgico de la necrosis pancreática, a menudo queda una fistula pancreática habitualmente auto-limitada, aunque en ocasiones es necesario realizar una esfinterotomía y colocar una endo-prótesis en el conducto pancreático principal para reducir la presión en todo el árbol pancreático.

La fistula cierra cuando se produce una oclusión de las paredes del conducto, sellándolo mediante una fibrosis cicatricial. La reaparición de la fistula una vez cerrada es un fenómeno muy poco frecuente, ocurriendo sólo en casos de obstrucción proximal del árbol bilio-pancreático. Sin embargo, la manipulación quirúrgica del área dañada también originar la reaparición de la fistula [1-4].

Caso clínico

Mujer de 48 años presentó una pancreatitis aguda necro-hemorrágica 5 años antes, que precisó una necrosectomía pancreática y desarrolló fistula pancreática postoperatoria. Ahora tiene un IMC-44 y es candidata a cirugía bariátrica.

Se intentó realizar una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), pero fue necesario convertir a cirugía abierta por múltiples adherencias intra-abdominales. Durante la sección de los vasos gástricos

cortos se objetivaron adherencias firmes de la cara posterior gástrica con el lecho pancreático, que fueron separados con sumo cuidado. Dado que se consiguieron liberar las adherencias de la cara posterior gástrica sin aparente lesión de la superficie pancreática y que ésta no presentaba un aspecto inflamatorio, se decidió continuar con la técnica bariátrica inicialmente prevista. Se calibró mediante colonoscopia de 13mm (39Fr) y se realizó la sección gástrica con EndoGIA. Se comprobó la estanqueidad del tubo con azul de metileno y aire, sin objetivarse fuga. Se dejó un drenaje tipo Jackson-Pratt a lo largo de la línea de grapas.

Al día siguiente se hizo una nueva comprobación de estanqueidad con azul de metileno, sin observarse su salida por el drenaje. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al 5º día postoperatorio, dejando el drenaje. A la semana del alta la paciente estaba asintomática y sin débito por el drenaje, por lo que se retiró.

El día 22 postoperatorio la paciente acude a Urgencias por fiebre de 39º, sin otra sintomatología asociada. Se realiza TC abdominal objetivando una colección en espacio hepato-esplénico (Fig. 1). Se intenta un drenaje percutáneo guiado por ecografía, pero al colocar el catéter presenta un cuadro de hematemesis de sangre oscura, sin salida del contenido del absceso.

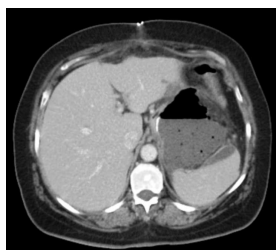


Fig.1- Colección con burbujas gastro-esplénica

Se decide drenaje quirúrgico del absceso y endoscopia digestiva alta intra-operatoria, que objetivó un punto de fuga de 2mm en ángulo de Hiss sin otros focos de sangrado, por lo que se coloca una endo-prótesis. El contenido de la colección era sanguinolento. Se dejó un drenaje colocado en el lecho del absceso.

Al día siguiente se objetiva salida 100 ml de contenido blanquecino turbio por drenaje. La bioquímica del líquido de drenaje presentó una amilasa de 37.000 U/L, diagnosticándose de fístula pancreática. Se manejó de forma conservadora con octreótido, disminuyendo progresivamente su débito hasta desaparición completa. La paciente fue dada de alta 25 días tras la segunda intervención. La endo-prótesis se retiró de forma satisfactoria a las 4 semanas de su colocación.

Discusión

La GV es una técnica que implica la creación de un "tubo gástrico" de estómago eliminando una gran parte de la curvatura mayor [4,5]. Esta técnica está ganando muchos adeptos en los últimos años, ya que presenta una baja tasa de complicaciones (3-24%), así como de mortalidad (0,39%), es relativamente sencilla de realizar por vía laparoscópica y mantiene el paso de alimentos de manera fisiológica [4,6,7].

Las complicaciones más comunes de la GV incluyen sangrado, estenosis y fugas. Otras de las complicaciones posibles pero muy poco frecuente es la fístula pancreática [8,9]. No obstante, se han descrito incluso casos de fistulización cutánea a través de los orificios de los trócares, secundaria a pancreatitis agudas postoperatorias [10].

La fístula pancreática puede producirse durante la sección de los vasos cortos de la curvatura mayor gástrica para acceder a la cara posterior del estómago. Puede producirse cuando en esta cara posterior existen adherencias al páncreas y especialmente si la sección de las mismas no se realiza de forma cuidadosa,

produciéndose cierta laceración o decapsulación de la superficie pancreática.

Habitualmente no existen adherencias entre la cara posterior gástrica y el páncreas y, en caso de existir suelen ser escasas y laxas, lo que hace que su sección no suponga un riesgo elevado de laceración o decapsulación pancreática. Sin embargo, cuando existen antecedentes de pancreatitis aguda, puede que se haya desarrollado un proceso inflamatorio cicatricial en ese espacio y que esto sea la causa de la presencia de esas adherencias firmes [11]. Hay que tener en cuenta que la obesidad es un factor de riesgo importante de desarrollar colelitiasis y que ésta es la causa principal de pancreatitis aguda [11].

Tras una cirugía de necrosectomía pancreática por pancreatitis aguda severa es lógico pensar que se han podido generar multitud de adherencias entre la cara posterior gástrica y el remanente pancreático. En nuestro caso, a pesar de realizarse una sección cuidadosa de dichas adherencias, no pudo evitarse la reaparición de la fístula pancreática previamente existente. La cara posterior gástrica posiblemente hubiera quedado adherida a la superficie anterior del remanente pancreático y esto ocluyera el conducto pancreático causante de la fístula en el postoperatorio de la primera intervención. Al levantar el estómago para efectuar la GV, posiblemente el conducto pancreático con la solución de continuidad quedara nuevamente abierto y fuera la causa de la reaparición de la fístula pancreática.

Bibliografía

1. Ho HS, Frey CF. Gastrointestinal and pancreatic complications associated with severe pancreatitis. *Arch Surg* 1995; 130: 817-823.
2. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 1998; 42 (Supl. 2): S1-S13.
3. Arvanitakis M, Delhaye M, Bali MA, et al. Endoscopic treatment of external pancreatic fistulas: when draining the main pancreatic duct is not enough. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:516-524.
4. Baltasar A, Serra C, Pérez N, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg* 2005; 15:1124-1128.
5. Gagner M, Deitel M, Kalberer TL, et al. The Second International Consensus Summit for

- Sleeve Gastrectomy, March 19-21, 2009. Surg Obes Relat Dis 2009; 5:476-485.
6. Karamanakos SN, Vagenas K, Kalfarentzos F, et al. Weight loss, appetite suppression, and changes in fasting and postprandial ghrelin and peptide-YY levels after Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: a prospective, double blind study. Ann Surg 2008; 247:401-407.
 7. Langer FB, Reza Hoda MA, Bohdjalian A, et al. Sleeve gastrectomy and gastric banding: effects on plasma ghrelin levels. Obes Surg 2005; 15:1024-1029.
 8. Lalor PF, Tucker ON, Szomstein S, et al. Complications after laparoscopic sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis 2008; 4:33-38.
 9. Trelles N, Gagner M. Sleeve gastrectomy. Oper Techn Gen Surg, 2007; 9:123-131.
 10. Bueno J, Pérez N, Serra C, et al. Fístula pancreato-cutánea secundaria pancreatitis postoperatoria tras cruce duodenal laparoscópico. Cir Esp 2004;76:184-186.
 11. Banks PA, Freeman ML; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2006; 101:2379-2400.