RETRO PERITONEO YEYUNO ANASTOMOSIS EN PANCREATITIS AGUDA SEVERA (WALLED OFF NECROSIS- WON- INFECTADO)

RETROPERITONEUM JEJUNUM ANASTOMOSIS IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS (WALLED OFF NECROSIS-INFECTED WON)

Prof. Dr. Gustavo Machain Vega¹, Dr. Gilberto López², Prof. Dr. Nelson Arellano³

RESUMEN

La Pancreatitis aguda biliar PAB es una enfermedad que se caracteriza por la presentación aguda y brusca de dolor en hemiabdomen superior, en un alto porcentaje relacionado con cálculos en la vía biliar, y pueden presentarse con ictericia o no. La mayoría de los casos son leves, y la recurrencia del mismo cuadro se presente en la forma más severa, con complicaciones locales o sistémicas. Se presenta un caso de PAB moderada recurrente por complicación local con necrosis infectada

Palabras clave: pancreatitis, anastomosis, retroperitoneo, pancreatitis aguda severa.

SUMMARY

The acute pancreatitis is a disease characterized by sudden and acute presentation of pain in upper abdomen, in a high percentage related with gallstones and lithiasis in the bile duct, it may present with jaundice or not and in most cases are mild. A repetition of the same picture occurs more severely, with local or systemic complications. We present a case of moderate recurrent PAB due to local complication.

Key words: pancreatitis, anastomosis, retroperitoneum, severe acute pancreatitis.

INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones de la pancreatitis es la colección necrótica aguda con pared (WON), se trata de una colección líquida y restos necróticos de tejido pancreático, localizada de forma pancreática o peripancreática; rodeada de una pared no epitelizada, como resultado de una pancreatitis aguda, un trauma pancreático. Estos pueden ser de localización intergastrocólica, intergastrohepática, subcólica y otras. El diagnóstico preciso se realiza con tomografía axial computarizada con contraste y pueden permanecer estériles o complicarse con una infección, lo que aumenta enormemente la morbilidad.

CASO CLÍNICO

Paciente consulta por dolor en epigastrio de 48hs de evolución acompañado de náuseas y vómitos en varias oportunidades,

presenta cuadro similar 22 días antes, ingresa por el servicio de urgencias donde es diagnosticado PAB y es tratado, al 5 DDI por la no mejoría del cuadro es trasladado a nuestro servicio.

Acudió a otro centro por dolor en epigastrio, náuseas y vómitos. Dx: PAB. Alta al 10 DDI en sala común.

Al ingreso abdomen blando, depresible, no doloroso con RHA +, se palpa empastamiento en epigastrio.

Laboratorios:

Al ingreso a nuestro servicio:

Hb: 11 g/dl; Hto: 33,6%; GB: 10900/mm³; N:84%; Gluc: 121 g/dl; Urea: 43 g/dl; Creat.: 1,1 mg/dl; Na+: 136 mEq/l; K+: 3,9 mEq/l; BT: 0,54 g/dl; BD: 0,2 g/dl; GOT: 33 U/l; GPT: 48 U/l; FAL: 89 U/l; Amilasa: 101 U/l; TP: 81%

Se realiza Estudio ecográfico al ingreso donde se constata: (*Figuras 1, 2, 3*).

VBIH no dilatas; Colédoco de 7mm;

Vesícula: distendida, paredes finas, litiasis única de 14mm.

Páncreas: aumentado de tamaño, ecoestructura inhomogénea, colección de 130 x 40 x 58 mm en cuerpo y cola, aprox. 150cc.

Durante la internación se realiza TAC c/c donde se constata (*Figura 4*): Páncreas aumentado de tamaño, con áreas inhomogéneas que pueden corresponder a focos de necrosis además colecciones peripancreáticas, el mayor de 12cm de diámetro aproximadamente.

Se realiza el diagnóstico de PAB moderada por complicación local, WON

Paciente se mantiene a febril, estable con intolerancia a la VO por vómitos, se decide colocación de SNY para alimentación, se realiza EDA donde se constata a nivel del antro sobre-elevación de la mucosa, sana, aparentemente por compresión extrínseca que impide la colocación de la SNY.

Al 3 DDI, 33 DDE paciente con buena evolución clínica, se mantiene a febril, estable sin dolor espontáneo, al examen físico abdomen blando depresible no doloroso con RHA +

1. Jefe de Servicio.

2. Jefe de Residentes e Internos Interino.

3. Jefe de la unidad de Trasplante Hepático.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

Autor correspondiente: Dr. Gilberto López. Correo electrónico: gilbertolopez87@gmail.com

Artículo recibido: 12.11.17 - Artículo aceptado: 02.12.17

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

Al 5 DDI 35 DDE, paciente presenta picos febriles, persiste la intolerancia a la VO, pero si tolerancia a la Nutrición enteral, además presenta leucocitosis de 15900, se inicia Imipenem dirigido contra foco probable abdominal, se indica cirugía, con un diagnóstico de WON infectado

Se realiza una Retro Peritoneo Yeyuno anastomosis más una derivación en Y de Roux y colocación de drenaje tubular a nivel de la anastomosis retroperitoneo yeyunal.

Paciente presenta buena evolución post operatoria, se recupera el cultivo del líquido de la celda pancreática obteniéndose una E. Coli sensible a Imipenem, por lo que continua con antibioticoterapia, la biopsia del tejido obtenido en la cirugía retorno compatible con necrosis pancreática y sin tejido epitelial

Posteriormente paciente presenta evolución favorable, con inicio de vía oral con buena tolerancia, y es dado de alta en su día 14 post operatorio, previo retiro de drenaje abdominal con indicaciones y seguimiento ambulatorial. El seguimiento al año es favorable.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda es una entidad nosológica inflamatoria que no se presenta con fibrosis de la glándula. La presentación del dolor como síntoma principal del caso coincide con la literatura. Por tratarse de un caso recurrente de PAB no se objetivaron los parámetros clásicos laboratoriales, pero si los hallazgos imagenológicos ayudaron a certificar el diagnóstico. Según las guías de manejo de la pancreatitis no está indicada

la TAC c/c en pacientes con menos de 7 días de enfermedad, puesto que los hallazgos no serán fidedignos y no se obtendrán datos concluyentes para determinar un tratamiento, en este caso se procedió a la realización de la misma en el 5DDI por el antecedente previo de cuadro similar antes la internación, los hallazgos sugieren una colección pancreática y peri pancreática con áreas inhomogeneas en su interior. La paciente se mantiene estable sin complicaciones clínicas, posteriormente la presencia de fiebre y además la persistencia de la intolerancia a la VO fueron los motivos por los cuales se decide la conducta quirúrgica como esta descrito en las guías de manejo de la pancreatitis, ya que un empeoramiento clínico nos orienta hacia un proceso infeccioso pancreático, fue evaluado por gastroenterología y descartó la posibilidad de drenaje endoscópico, ya que no se tenía buen acceso a la colección desde el estómago, se descarta la posibilidad de un drenaje percutáneo ya que no había plano anatómico correcto para el mismo, la cirugía se realiza sin inconvenientes técnicos, y se deja un drenaje ofrecido a la anastomosis retroperitoneo – yeyunal. Paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta.

Ante la sospecha clínica de infección pancreática es importante el drenaje, la necrosectomía y la antibioticoterapia dirigida.

La cirugía de necrosectomía y drenaje interno digestivo con retroperitoneo yeyuno anastomosis es una opción válida a considerar en las necrosis pancreáticas infectadas.

El resultado obtenido en este caso es favorable, con recuperación adecuada del paciente en su salud, y su calidad de vida y laboral.

BIBLIOGRAFIA

1. Romero Torres R. Tratado de Cirugía. México, DF: Nueva Editorial Interamericana, 1988; t. 2. 820.
2. Klein AS, Lillemoe KD, Yeo CJ, Pitt HA: Liver, biliary tract, and pancreas, in O'Leary JP (ed): *Physiologic Basis of Surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, p 441.
3. Casanova D, Fernandez Cruz L, Pardo F. Cirugía Biliopancreática. Vol 12. 1ra Edición. Madrid: Arán; 2009.
4. Scott-Conner CEH, Dawson DL: *Operative Anatomy*. Philadelphia: JB Lippincott, 1993, p 388.
5. Beger HG, Rau B, Mayer J, Pralle U. Natural course of acute Pancreatitis. *World J Surg* 1997; 21: 130-5.
6. Pizurno D. Necrosis pancreática infectada: Estudio comparativo entre dos sistemas de drenajes post necrosectomía quirúrgica. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* 2002; (1-2): 50 –67.
7. Machain Vega G, Pizurno D. Retroperitoneo Yeyuno Anastomosis. Una nueva técnica quirúrgica para el manejo de Necrosis Pancreática infectada. *Medicina actual*. 2003; 4(1): 10–1.
8. Pizurno D, Machain G, Mallorquin M, Alvarenga O, Cubilla A. Retroperitoneo – Yeyunoanastomosis ¿Una alternativa para tratar colecciones retroperitoneales de material necrótico séptico (MNS) *Cirugía Paraguaya* 1999; 22(2) 30-5.
9. Machain Vega G, Pizurno D. Cirugía pancreática paraguaya. Retroperitoneo yeyunoanastomosis- RPY-Revista Trauma América Latina 2013; 3 (1): 14-21
10. Machain G, Bogado L, Aucejo M. Temas de Técnica Quirúrgica. 2da Edición. Asunción, Paraguay. EFACIM; 2013.
11. Banks P, Bollen T, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, et al. Classification of the acute pancreatitis-2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013; 62: 102-11.
12. Insensmann R, Buchler MW. Infection and acute pancreatitis. *Br J Surg* 1994; 81(1): 707-8.