

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### TRATAMIENTO NO OPERATORIO DE LA FÍSTULA PANCREÁTICA POSTOPERATORIA

Por:

Dr. Luis Alberto Santos Pérez<sup>1</sup>, Dr. Carlos Herrera Cartaya<sup>2</sup> y Dr. Carlos A. Rodríguez Bello<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente ISCM-VC. e-mail: [santosla@capiro.vcl.sld.cu](mailto:santosla@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

**Descriptor DeCS:**

PANCREATITIS AGUDA  
NECROTIZANTE/cirugía  
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS  
FISTULA PANCREATICA/terapia  
DRENAJE/métodos

**Subject headings:**

PANCREATITIS, ACUTE  
NECROTIZING/surgery  
POSTOPERATIVE COMPLICATIONS  
PANCREATIC FISTULA/therapy  
DRAINAGE/methods

La mayor parte de los ataques agudos de pancreatitis son leves y ceden sin secuela alguna en menos de una semana, pero el espectro de esta enfermedad también incluye un cuadro más grave que requiere la intervención radiológica, endoscópica, quirúrgica o ambas, en el que la vigilancia y el tratamiento intensivos pueden aumentar la posibilidad de supervivencia antes de que se produzca la insuficiencia irreversible de múltiples órganos. El páncreas normalmente segrega una gran cantidad de enzimas en forma de precursores inactivos, la gran mayoría líticas, que en presencia del aumento de la presión intraductal en el sistema excretor pancreático (litiasis biliar), reflujo de bilis al conducto de Wirsung, hipertrigliceridemia aguda o preexistente, isquemia, disrupción de algún conducto excretor por trauma u otros mecanismos, aún no dilucidados del todo, desencadenan una cascada inflamatoria asociada a la activación enzimática intraglandular, que ocasiona daño microvascular, trombosis, necrosis hística, saponificación del tejido graso, liberación de radicales libres y, eventualmente, una respuesta inflamatoria sistémica. La pancreatitis aguda grave se asocia a fallas orgánicas sistémicas, a complicaciones locales o ambas, como necrosis, pseudoquiste o absceso. Generalmente, es consecuencia de la necrosis pancreática, aunque la pancreatitis edematosa también puede presentar ocasionalmente algunos signos de gravedad<sup>1</sup>.

La morbilidad y la mortalidad en la necrosis pancreática tratada con intervención quirúrgica es muy alta, y su beneficio en la necrosis pancreática estéril no ha sido probado; por ello, en años recientes, el tratamiento de estos pacientes se ha desviado bastante del desbridamiento quirúrgico temprano o necrectomía, hacia un agresivo cuidado médico intensivo. Los criterios que se consideran para una intervención quirúrgica son mucho más específicos<sup>2,3</sup>, y la prevención de las

complicaciones sépticas (en pacientes con pancreatitis aguda necrótica severa) con imipenem-cilastatin, durante 14 días o más, ha reducido la incidencia de complicaciones y la mortalidad, sin necesidad de recurrir a la cirugía<sup>4,5</sup>. Las fístulas pancreatocutáneas y gastrointestinales son complicaciones frecuentes del tratamiento quirúrgico, por las que la secreción pancreática puede escapar a través de la herida operatoria o los drenajes, que pueden requerir nuevas intervenciones para su reparación<sup>6</sup>. Los pseudoquistes pancreáticos y las colecciones de fluidos peripancreáticos asociados con la pancreatitis aguda han sido tratados exitosamente con técnicas no operatorias (endoscópicas o percutáneas) por más de una década, con clara ventaja, comparadas con el tratamiento operatorio; se ha obtenido para ambas un resultado exitoso en el 60-90 % de los casos. Estos datos apoyan la necesidad de hacer una correcta elección entre el tratamiento operatorio y el no operatorio, siempre que la magnitud de la complicación sea asesorada por un estudio cuidadoso de la anatomía del conducto pancreático, mediante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la cual puede predecir el fallo de estos tratamientos; se debe tener en cuenta, además, la duración de la fístula en los pacientes a quienes se ha realizado drenaje percutáneo<sup>7,8</sup>. Algunos pacientes con hemodinamia estable, que presentan necrosis infectada, han sido tratados con métodos percutáneos en los que los catéteres fueron reemplazados varias veces<sup>9</sup>; por ello, en dos pacientes con diagnóstico de pancreatitis necrótica a los se les realizó necrectomía, porque presentaron como secuela de la operación una fístula pancreatocutánea por sonda, decidimos disminuir el calibre de la sonda de drenaje introduciendo sondas de menor calibre, con el objetivo de reducir el diámetro del trayecto fistuloso. Después de varios recambios, observamos que el drenaje de líquido pancreático disminuyó en ambos pacientes; en uno de ellos se logró el cierre total del trayecto fistuloso, y en el otro, la disminución de su gasto, lo que permitió retirar definitivamente los drenajes.

Aunque este procedimiento no ha sido validado, puede ser una alternativa sin riesgos para el paciente, capaz de acelerar la curación de esta complicación postoperatoria.

### **Referencias bibliográficas**

1. Amaravadi RK, Jacobson BC, Solomon DH, Fischer MA. Acute pancreatitis associated with rofecoxib. *Am J Gastroenterol.* 2002 Apr;97(4):1077-8.
2. Götzinger P, Wamser P, Exner R, Schwanzer E, Jakesz R, Függer R, et al. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival. *Surg Infect.* 2003;4(2):205-11.
3. Tenner S, Banks PA. Acute pancreatitis: nonsurgical management. *World J Surg.* 1997;21:143-8.
4. Maravi-Poma E, Gener J, Álvarez-Lerma F, Olaechea P, Blanco A, Domínguez-Munoz JE. Spanish group for the study of septic complications in severe acute pancreatitis. Early antibiotic treatment (prophylaxis) of septic complications in severe acute necrotizing pancreatitis: a prospective, randomized, multicenter study comparing two regimens with imipenem-cilastatin. *Intensive Care Med.* 2003;29(11):1974-80.
5. Dervenis C, Bassi C. Evidence based assessment of severity and management of acute pancreatitis. *Br J Surg.* 2000;87:257-8.
6. Pickhardt PJ, Bhalla S, Balfe DM. Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology.* 2002;224:9-23.
7. Nealon WH, Walsler E. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas. *Ann Surg.* 2005;241(6):948-60.
8. Baillie J. Pancreatic pseudocyst: part I. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:873-9.
9. Echenique AM, Sleeman D, Yrizarry J. Percutaneous catheter-directed debridement of infected pancreatic necrosis: results in 20 patients. *J Vasc Interv Radiol.* 1998;9:565-71.