

Cartas al Editor

Síndrome del ducto pancreático desconectado: transección completa del páncreas secundaria a pancreatitis aguda

Palabras clave: Páncreas. Pancreatitis. Síndrome del ducto pancreático desconectado.

Sr. Editor:

El síndrome del ducto pancreático desconectado (SDPD) se define como la falta de continuidad anatómica del conducto pancreático de tal forma que una parte de tejido pancreático viable queda aislada del tracto gastrointestinal. Las causas más frecuentes de este síndrome son la pancreatitis aguda y el trauma pancreático, estimándose una incidencia en pancreatitis aguda del 10-30% (1,2). Sin embargo, no hay datos epidemiológicos fiables, en la práctica clínica esta ruptura se evidencia raramente y tanto el manejo diagnóstico como el terapéutico son controvertidos. Presentamos un caso extremo de síndrome del ducto pancreático desconectado con ruptura completa del conducto y del parénquima pancreático en una pancreatitis aguda, así como el proceso diagnóstico y terapéutico realizado.

Caso clínico

Mujer de 56 años con antecedentes de dislipemia e hipotiroidismo que ingresa en un hospital comarcal con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave idiopática. Durante su ingreso presentó como complicación un gran pseudoquiste a nivel del cuello del páncreas. Se intentó tratar mediante colangiopancre-

atografía retrógrada endoscópica (CPRE) y cateterización del conducto pancreático sin éxito a pesar de los 3 intentos que se llevaron a cabo. En ningún momento se consiguió identificar el conducto pancreático distal al pseudoquiste. Se optó por realizar un drenaje percutáneo que consiguió resolver el pseudoquiste pero que dio lugar a una fístula pancreática externa. Después de 3 meses con tratamiento conservador la paciente fue dada de alta y remitida a nuestro centro para reconsiderar opción terapéutica. En el momento de la evaluación en nuestra unidad la paciente estaba asintomática y la fístula pancreática externa, sellada. No obstante, presentaba una insuficiencia exocrina pancreática tratada de forma adecuada con terapéutica sustitutiva (enzimas pancreáticas). En consecuencia, se decidió mantener una actitud conservadora y seguimiento, incluyendo una evaluación clínica y TAC/RNM o ecografía endoscópica de forma alterna cada 6 meses. Tras 2 años de seguimiento sin sintomatología clínica ni hallazgos relevantes en las exploraciones de imagen, presenta una clínica de dolor abdominal progresivo. Las pruebas radiológicas que se realizan en ese momento ponen de manifiesto un claro aumento del conducto pancreático distal (Fig. 1 A y B), hallazgo que se confirma con la ecografía endoscópica, que, además, sugiere la presencia de tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI). Ante los hallazgos, se decide intervención quirúrgica, evidenciándose la transección completa del parénquima y del conducto pancreático a nivel del cuello con una separación de ambos bordes pancreáticos de 2 cm, espacio ocupado por el eje mesentérico portal. Se realizó pancreatectomía distal con esplenectomía desde la zona de transección pancreática existente. Tras un postoperatorio sin complicaciones fue dada de alta al 7º día. El diagnóstico histológico final fue de pancreatitis crónica sin identificar ningún hallazgo histológico característico de TPMI.

Discusión

El síndrome del ducto pancreático desconectado (SDPD) se caracteriza por la pérdida de continuidad entre una parte viable del páncreas y el tubo digestivo. El segmento pancreático separado del tracto gastrointestinal continúa con su secreción exocrina de forma que puede dar lugar a colecciones intra o

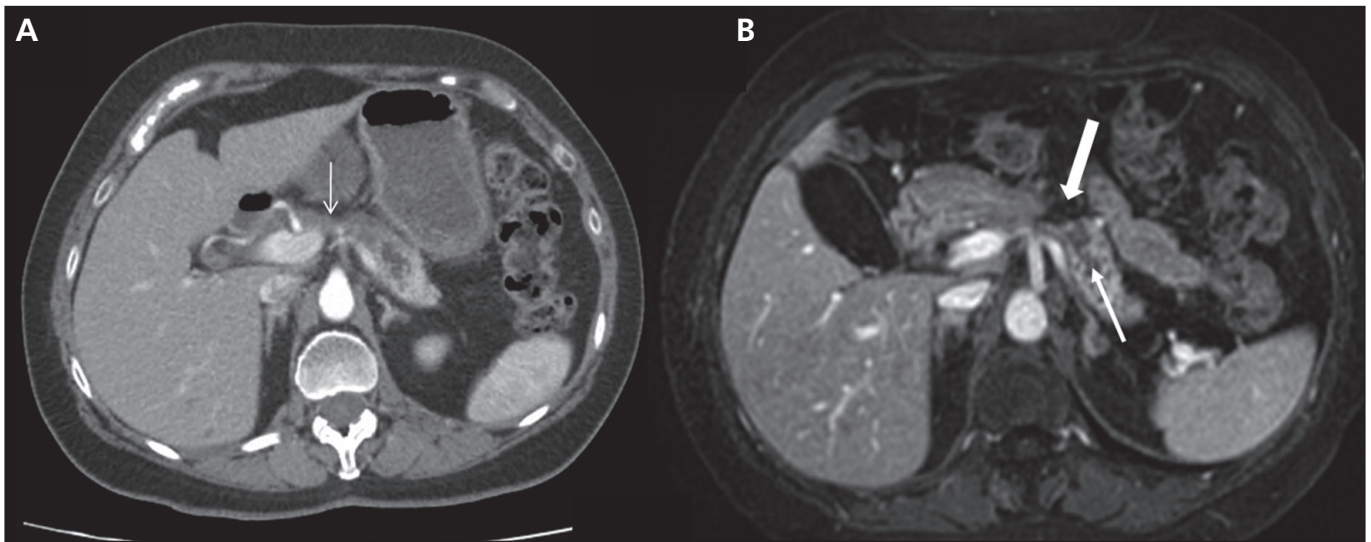


Fig. 1. Imagen radiológica: síndrome del ducto pancreático desconectado. A. TAC: se aprecia la ausencia de parénquima pancreático a nivel de cuello y falta de continuidad del conducto pancreático (flecha fina). B. RMN: se identifica la zona de interrupción completa del parénquima pancreático (flecha gruesa) y dilatación del conducto pancreático distal (flecha fina).

peripancreáticas o incluso a una fístula pancreática externa (1-3). Definido por Kozarek et al. en 1991 (4), su principal causa es la pancreatitis aguda grave, y especialmente cuando ha sido tratada mediante necrosectomía o drenaje percutáneo. Su localización más frecuente es el cuello del páncreas probablemente por la pobre vascularización de esta área pancreática, que la hace más susceptible a la isquemia asociada a la necrosis pancreática. Los criterios diagnósticos de SDPD incluyen la necrosis en cuello o cuerpo pancreático de al menos 2 cm de páncreas, tejido pancreático viable distal a la zona de necrosis y extravasación de material de contraste inyectado en el ducto pancreático en la pancreatografía obtenida mediante CPRE (5).

El principal problema del síndrome del SDPD es que con frecuencia pasa desapercibido en el manejo inicial de estos pacientes, lo que da lugar a la realización de procedimientos terapéuticos inadecuados o innecesarios. A pesar de que todavía es bastante limitada la información disponible en cuanto a historia natural, evolución clínica y algoritmos diagnóstico-terapéuticos, la experiencia acumulada en instituciones de gran volumen permite sacar algunas conclusiones (2,3,5-7): el diagnóstico debe sospecharse en el contexto de pancreatitis aguda grave con necrosis, de manera especial cuando las colecciones o la necrosis afecta predominantemente a la zona central del páncreas; el diagnóstico se basa en los hallazgos de TAC, RNM y CPRE; en caso de sospecha en las pruebas de imagen hay que evitar el drenaje percutáneo, ya que provocaría una fístula pancreática externa de difícil resolución, y en caso de requerir drenaje o necrosectomía, se debe realizar por vía endoscópica; si tras la resolución del periodo agudo de la enfermedad el paciente está asintomático, puede plantearse una actitud expectante pero habitualmente en la evolución aparecerán complicaciones; en tal caso el tratamiento definitivo es quirúrgico, siendo las opciones quirúrgicas la pancreatomectomía distal (con o sin esplenectomía) o la derivación a un asa en Y de Roux dependiendo de las condiciones anatómicas (tamaño de páncreas remanente, diámetro

del conducto de Wirsung) y factores fisiopatológicos (diabetes mellitus e insuficiencia exocrina).

Juan M. Gámez del Castillo¹, Marina Garcés Albir¹,
María Carmen Fernández Moreno¹,
Francisco J. Morera-Ocón¹, Rosana Villagrasa²
y Luis Sabater Ortí¹

*Departamentos de ¹Cirugía General y ²Gastroenterología.
Hospital Clínico. Universidad de Valencia. Valencia*

Bibliografía

- Ramía JM, Fabregat J, Pérez-Miranda M, et al. Síndrome del ducto pancreático desconectado. *Cir Esp* 2014;92:4-10. DOI: 10.1016/j.ciresp.2013.02.024
- Fisher TD, Gutman DS, Hughes SJ, et al. Disconnected pancreatic duct syndrome: Disease classification and management strategies. *J Am Coll Surg* 2014;219:704-12. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.055
- Pelaez-Luna M, Vege SS, Petersen BT, et al. Disconnected pancreatic duct syndrome in severe acute pancreatitis: Clinical and imaging characteristics and outcomes in a cohort of 31 cases. *Gastrointest Endosc* 2008;68:91-7. DOI: 10.1016/j.gie.2007.11.041
- Kozarek RA, Ball TJ, Patterson DJ, et al. Endoscopic transpapillary therapy for disrupted pancreatic duct and peripancreatic fluid collections. *Gastroenterology* 1991;100:1362-70.
- Sandrasegaran K, Tann M, Jennings SG, et al. Disconnection of the pancreatic duct: An important but overlooked complication of severe acute pancreatitis. *Radiographics* 2007;27:1389-400. DOI: 10.1148/rg.275065163
- Murage KP, Ball CG, Zyromski NJ, et al. Clinical framework to guide operative decision making in disconnected left pancreatic remnant (DLPR) following acute or chronic pancreatitis. *Surgery* 2010;148:847-56. DOI: 10.1016/j.surg.2010.07.039
- Pearson EG, Scaife CL, Mulvihill SJ, et al. Roux-en-Y drainage of a pancreatic fistula for disconnected pancreatic duct syndrome after acute necrotizing pancreatitis. *HPB* 2012;14:26-31. DOI: 10.1111/j.1477-2574.2011.00397.x