

Cirujano General

Volumen 27
Volume

Número 2
Number

Abril-Junio 2005
April-June

Artículo:

Perforación yeyunal en una paciente
con pancreatitis aguda.

Informe de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



medigraphic.com

Perforación yeyunal en una paciente con pancreatitis aguda. Informe de un caso

Jejunal perforation in a female patient with acute pancreatitis

Dr. Ernesto Cobos González, Dr. Víctor E. Valdespino Castillo, Dr. Eric Romero Arredondo, Dra. Eréndira Domínguez Pérez, Dr. Evencio Marcos Castañeda Ortiz, Dr. Gustavo Varela Gutiérrez

Resumen

Introducción: Una de las complicaciones letales de la pancreatitis aguda es la perforación de víscera hueca, de las cuales las más frecuentes son las de colon, estómago y duodeno, que con más frecuencia ocurren después de necrosectomía.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con pancreatitis aguda y perforación intestinal.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Describimos el caso de una mujer de 57 años de edad quien se presentó con un evento de pancreatitis aguda, y se complicó con perforación yeyunal, fístula interna y oclusión intestinal alta (sin necrosectomía previa), que ameritaron tratamiento quirúrgico con cierre primario de la perforación.

Discusión: La acción de las enzimas de las colecciones pancreáticas y el estado de hipoperfusión asociado a las pancreatitis severas pueden explicar las perforaciones intestinales en esta entidad. El manejo habitual de esta complicación es desfuncionalizar el tubo digestivo, siempre que la localización anatómica de la perforación así lo permita.

Conclusión: Las perforaciones yeyunales en pancreatitis aguda sin necrosectomía previa son un evento poco frecuente y su diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha.

Abstract

Introduction: One lethal complication of acute pancreatitis is perforation of hollow viscus, the most frequent of which are colon, stomach, and duodenum. This complication occurs most frequently after necrosectomy.

Objective: The purpose of this work is to describe a case of a patient with acute pancreatitis and bowel perforation.

Setting: Third level health care hospital.

Case report: We describe the case of a 57 year-old woman who was admitted for acute pancreatitis and complicated with jejunal perforation, internal fistula, and high bowel obstruction (without prior necrosectomy), that required surgical treatment through primary closure of the perforation.

Discussion: The effect of the enzymes in the pancreatic collections, as well as the state of hypoperfusion associated to severe pancreatitis may explain intestinal perforations in this pathology. Common management of this complication is with digestive tract diversion, as long as the anatomical location of the perforation allows it.

Conclusion: Jejunal perforations in acute pancreatitis, without prior necrosectomy, are infrequent events, and diagnosis demands a high index of suspicion.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, perforación yeyunal. *Cir Gen 2005;27:152-155*

Key words: Acute pancreatitis, jejunal perforation. *Cir Gen 2005;27:152-155*

Introducción

El carácter sistémico de la pancreatitis aguda hace que su morbimortalidad se atribuya con más frecuencia a las

complicaciones de la enfermedad que a la propia inflamación de la glándula. Entre las complicaciones letales más frecuentemente publicadas, se incluyen las infec-

Departamentos de Cirugía General, The American British Cowdray Medical Center I.A.P., Hospital Regional No. 1 "Gabriel Mancera" del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Recibido para publicación: 5 de octubre de 2004.

Aceptado para publicación: 30 de enero de 2005.

Correspondencia: Dr. Ernesto Cobos González. Meseta No. 1, Lomas de Bellavista, Atizapán de Zaragoza, Estado de México, CP 52994 Tel. (0155) 5393-1756, Correo Electrónico: ernesto2001mx@yahoo.com.mx

ciosas (abscesos pancreáticos), el desequilibrio hidroelectrolítico y la falla orgánica múltiple (cardíaca, renal, hematológica y/o pulmonar). Con menos frecuencia se han publicado casos de hemorragia¹ embolización grasa o trombótica y, excepcionalmente, perforaciones de viscera hueca.² De estas últimas, las que se han observado con más frecuencia son las del colon transvers³ aunque la necrosis y perforación de segmentos de duodeno, yeyuno o estómago, como consecuencia de una pancreatitis necrosante y un absceso, también han sido descritas.^{4,5} La recomendación terapéutica para casos de perforación yeyunal o colónica es la resección del segmento afectado con desfuncionalización del tubo digestivo a través de un estoma y fístula mucosa,⁶ siempre que la localización de la perforación así lo permita. A continuación presentamos el caso de una paciente que presentó una perforación yeyunal secundaria a un evento de pancreatitis aguda, su tratamiento médico-quirúrgico y evolución.

Descripción del caso

Una mujer de 57 años de edad se presentó al servicio de urgencias, con un cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal, náusea, vómito y fiebre. Al examen físico se encontró una paciente con obesidad mórbida, taquicárdica, febril, con dolor a la palpación en región epigástrica y mesogastrio. Se realizó tomografía computada de abdomen que evidenció pancreatitis aguda con colecciones peripancreáticas (Baltasar E)⁷ (**Figura 1**). Se contabilizaron en ese momento cuatro criterios de Ranson y 12 puntos de APACHE II, por lo que se clasificó a la paciente como portadora de pancreatitis aguda severa de acuerdo a la clasificación de Atlanta.⁸ Ingresó a terapia intensiva, donde se inició tratamiento con restitución de líquidos y electrolitos, y apoyo nutricional (inicialmente enteral a través de sonda nasoyeyunal, y posteriormente parenteral total). Fue egresada de terapia intensiva seis días después, pero persistía con intolerancia a la vía oral y vómito postprandial, por lo que se solicitaron tránsito intestinal con bario y endoscopia de tubo digestivo alto. El primero evidenció apertura de la arcada duodenal y una fuga del material de contraste de origen yeyunal (**Figura 2**). La endoscopia sólo reveló un estómago retencionista. La tomografía computada de control, realizada siete días después, reveló reabsorción importante de las colecciones peripancreáticas, pero confirmaba la presencia de una colección con material de contraste fuera de la luz del tubo digestivo proximal (**Figura 3**). Ante el cuadro de oclusión intestinal alta y la evidencia radiológica de una fístula del tubo digestivo superior, se decidió realizar laparotomía exploradora. Se abordó la cavidad peritoneal con una incisión subcostal bilateral. Se encontró evidencia de saponificación. Se revisaron estómago y duodeno, sin encontrarse lesiones. Se exploró el páncreas a través del ligamento gastrocólico, encontrándolo con inflamación y colecciones en proceso de reabsorción, sin evidencia de necrosis o absceso. Una colección de material baritado cubría un asa acodada de yeyuno a 5 cm del ligamento de Treitz, la cual presentaba una perfora-

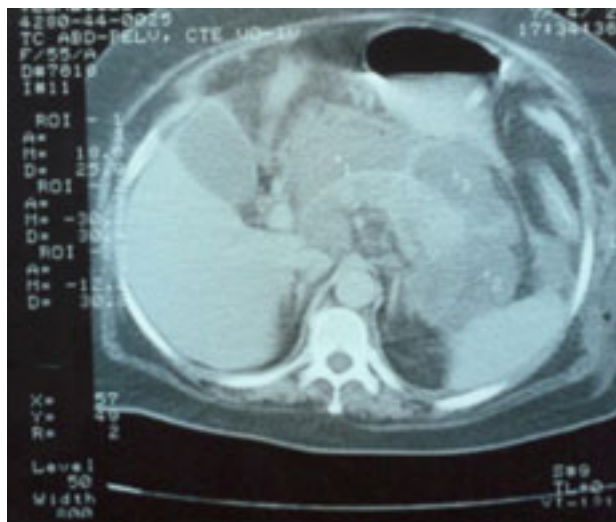


Fig. 1. Tomografía computada de abdomen.



Fig. 2. Tránsito intestinal con bario.

ción sellada de aproximadamente 5 mm. Se liberó dicha asa y se resecaron los bordes de la perforación, para después realizar un cierre tipo Mickulicz. Se colocó un drenaje cerrado hacia el sitio de la reparación. Evolucionó satisfactoriamente, se retiró el drenaje y fue egresada a su domicilio en el 16° día postoperatorio en buenas condiciones generales. El informe histopatológico definitivo de los bordes yeyunales sólo mencionó fibrosis y datos de inflamación crónica.

Discusión

Las fístulas del tracto gastrointestinal en pacientes con pancreatitis aguda se presentan más frecuentemente en

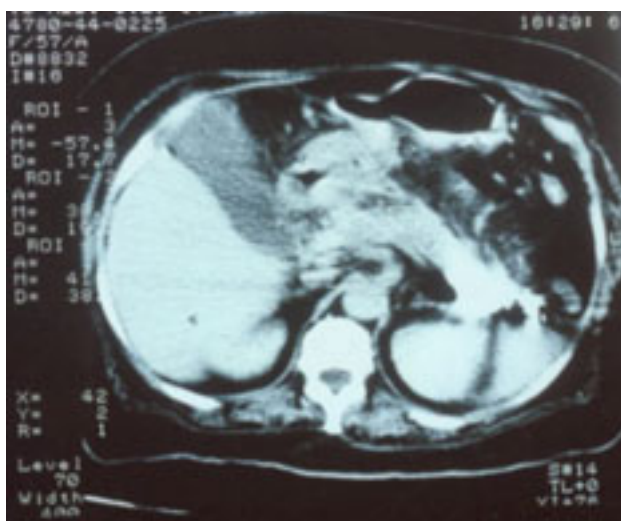


Fig. 3. Tomografía computada de control.

pacientes a los que se les ha practicado necrosectomía pancreática. Entre el 40 y 50% de dichos pacientes presentan estas lesiones.⁹ En contraste, las perforaciones en pacientes no sometidos a necrosectomía, son mucho menos frecuentes. La serie de Tsiotos,¹⁰ que incluyó a 61 pacientes con pancreatitis en nueve años, comunicó solamente cuatro perforaciones espontáneas: tres duodenales y una colónica; ninguna fístula yeyunal. Se ha especulado que las colecciones peripancreáticas ricas en enzimas y productos inflamatorios, que son liberadas tempranamente en el curso del proceso necrosante, disecan a través de los tejidos retroperitoneales hacia el colon transverso o el duodeno, con una subsecuente trombosis vascular, que resulta en isquemia y necrosis segmentaria de la pared intestinal.¹⁰ Otra hipótesis sugiere que la isquemia intestinal puede ocurrir como consecuencia de un estado de hipoperfusión, que resulta de una inadecuada resucitación inicial de la hipovolemia o de la respuesta hemodinámica secundaria al síndrome séptico.¹¹ Últimamente se ha descrito la acción de endotelinas que son liberadas en el proceso pancreático y que actúan como potentes vasoconstrictores.¹²

Aún más raras resultan las perforaciones de la vesícula o de la vía biliar en pacientes con necrosis pancreática. Schein y cols. publicaron un caso de necrosis de la vesícula biliar en un paciente con necrosis pancreática,¹³ y Chaudhary un biliperitoneo secundario a una lesión de conducto biliar.¹⁴ Ambas perforaciones fueron espontáneas.

El caso que aquí se presenta, resulta singular por tratarse de una perforación espontánea de yeyuno y fístula interna secundaria a un evento de pancreatitis aguda. Los hallazgos quirúrgicos y la ausencia de micro-organismos patógenos con capacidad de perforación de la pared intestinal (como citomegalovirus) en el examen histopatológico, así como la presencia de material baritado fuera de la luz intestinal, sustentaron el diagnóstico.

Si bien las perforaciones yeyunales en pacientes con pancreatitis aguda sin necrosectomía previa han sido previamente descritas en textos de cirugía,⁴ las publicaciones menos frecuentes de casos de perforación intestinal asociada a pancreatitis aguda son las de yeyuno.⁵ Chaudhary describió el caso de una paciente con oclusión intestinal alta y pancreatitis aguda, pero con una perforación en la primera porción del duodeno, además de ictericia y hematemesis.¹⁴

El tratamiento convencional de una fístula del tracto digestivo secundaria a un evento de necrosis pancreática es la resección del segmento involucrado con desfuncionalización del tubo digestivo. En la paciente aquí descrita se prefirió resecar los bordes de la perforación y realizar un cierre primario, dada la proximidad de la lesión al asa fija. La opción de resecar el segmento yeyunal afectado y realizar una anastomosis primaria en una paciente con un proceso pancreático inflamatorio vigente, pareció de muy alto riesgo. El tratamiento que se ofreció fue el de menos riesgo y demostró efectividad.

Conclusión

Las perforaciones de víscera hueca en pacientes con pancreatitis aguda sin necrosectomía previa son una complicación rara de la enfermedad. Las fístulas de estómago, duodeno o colon son las más frecuentes. Las fístulas yeyunales son esporádicas. Se requiere de un alto índice de sospecha para hacer el diagnóstico de esta condición. El tratamiento integral de estos pacientes debe incluir nutrición parenteral total; sin embargo, un elevado porcentaje de estas fístulas no cierra espontáneamente, por lo que el tratamiento quirúrgico es la única posibilidad de curación.

Referencias

1. Waltman AC, Luers PR, Athanasoulis CA, Warshaw AL. Massive arterial hemorrhage in patients with pancreatitis. Complementary roles of surgery and transcatheter occlusive techniques. *Arch Surg* 1986; 121: 439-43.
2. Ho HS, Frey CF. Gastrointestinal and pancreatic complications associated with severe pancreatitis. *Arch Surg* 1995; 130: 817-22; discussion 822-3.
3. Van Minnen LP, Besselink MG, Bosscha K, Van Leeuwen MS, Schipper ME, Gooszen HG. Colonic involvement in acute pancreatitis. A retrospective study of 16 patients. *Dig Surg* 2004; 21: 33-38; discussion 39-40.
4. Warshaw AL, Fernández del Castillo C, Rattner DW. Quistes, pseudoquistes y fístulas pancreáticas. En: Zinder MJ, Schwartz SI, Ellis H eds. *Maingot operaciones abdominales* 10ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1998: 1799-1820.
5. Chai JY, Yun SI, Bae SS, Chae HB, Park SM, Youn SJ, et al. A case of jejunal infarction and perforation due to acute pancreatitis. *Korean J Gastroenterol* 2004; 43: 120-4.
6. Negro P, D'Amore L, Saputelli A, Talarico C, Scaccia M, Tuscano D, et al. Colonic lesions in pancreatitis. *Ann Ital Chir* 1995; 66: 223-31.
7. Balthazar EJ. CT diagnosis and staging of acute pancreatitis. *Radiol Clin North Am* 1989; 27: 19-37.
8. Bradley EL 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute

- Pancreatitis, Atlanta, GA, September 11 through 13, 1992. *Arch Surg* 1993; 128: 586-90.
9. Doberneck RC†. Intestinal fistula complicating necrotizing pancreatitis. *Am J Surg* 1989; 158: 581-3; discussion 583-4.
 10. Tsiotos GG, Smith CD, Sarr MG. Incidence and management of pancreatic and enteric fistulas after surgical management of severe necrotizing pancreatitis. *Arch Surg* 1995; 130: 48-52.
 11. Aldridge MC, Francis ND, Glazer G, Dudley HA. Colonic complications of severe acute pancreatitis. *Br J Surg* 1989; 76: 362-7.
 12. Inoue K, Hirota M, Kimura Y, Kuwata K, Ohmuraya M, Ogawa M. Further evidence for endothelin as an important mediator of pancreatic and intestinal ischemia in severe acute pancreatitis. *Pancreas* 2003; 26: 218-23.
 13. Schein M, Assalia A, Schmulevsky P, Meislin V, Hashomonai M. Infected peri-pancreatic necrosis causing gallbladder necrosis by direct extension. *HPB Surg* 1993; 7: 77-9.
 14. Chaudhary A, Dhar P, Sachdev A, Agarwal AK. Surgical management of pancreatic necrosis presenting with locoregional complications. *Br J Surg* 1997; 84: 965-8.

