

INFORME DE CASO

Pancreatectomía total. Informe de caso

Rafael Miranda Pedroso^{1*} 

¹Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “Dr. León Cuervo Rubio”, Pinar del Río, Cuba

*Rafael Miranda Pedroso. mirandapedroso1965@gmail.com

Recibido: 18/01/2020 - Aprobado: 14/03/2020

RESUMEN

Introducción: la pancreatectomía total es una intervención infrecuente, con unas indicaciones no claramente definidas y unos resultados postoperatorios no estandarizados.

Información del paciente: paciente masculino, de la raza negra, de 37 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y gastritis crónica y ser bebedor habitual que acudió al Cuerpo de Guardia por dolor en epigastrio mientras ingería bebidas alcohólicas, fue ingresado en la Sala de Terapia Intensiva del Hospital “Dr. León Cuervo Rubio” con el diagnóstico de pancreatitis aguda. Su evolución no fue favorable, se le realizaron ecosonograma abdominal y tomografía axial computadorizada multicorte y se constató páncreas aumentado en toda su extensión y líquido libre en cavidad, se le realizó laparotomía exploratoria y se observó la presencia de líquido oscuro libre y restos de tejido pancreático, se le realizó pancreatectomía total por pancreatitis necrohemorrágica.

Conclusión: se describe el primer caso de pancreatectomía total en la provincia, con resultados satisfactorios en su evolución clínica.

Palabras clave: pancreatectomía; pancreatitis aguda necrotizante; pancreatitis

ABSTRACT

Introduction: total pancreatectomy is an uncommon intervention, with not clearly defined indications and non-standardized postoperative results.

Case report: a 37-year-old black male patient with a history of high blood pressure, diabetes mellitus and chronic gastritis and a habitual drinker who attended in emergency in the Guard Corps due to anepigastric pain while drinking alcoholic beverages was admitted to the Intensive Care Unit of the "Dr. León Cuervo Rubio" Hospital with the diagnosis of acute pancreatitis. His evolution was not favorable, an abdominal ultrasonogram and a multi-slice computerized axial tomography were performed and it was found that the pancreas had increased in all its extension and that there was free liquid in the cavity. An exploratory laparotomy was performed and it was observed that there was free dark liquid and remains of pancreatic tissue.

Conclusion: the first case of total pancreatectomy in the province is described, with satisfactory results in its clinical evolution.

Key words: pancreatectomy; pancreatitis; acute necrotizing; pancreatitis

INTRODUCCIÓN

La pancreatometomía es la intervención quirúrgica que se realiza para extirpar el páncreas, tanto la totalidad como una parte. En algunos casos es posible que también se extirpen otras estructuras cercanas. La pancreatometomía total (PT) es una intervención infrecuente, con unas indicaciones no claramente definidas y unos resultados postoperatorios no estandarizados.^(1,2)

La frecuencia de ingresos por pancreatitis aguda (PA) en las unidades de cuidados intensivos varía de acuerdo con el grado de gravedad de la enfermedad. Se estima que el 3,2% de los pacientes con PA leve, el 18,5% de los que presentan PA moderada y el 84,6% de los que desarrollan una forma clínica grave requieren tratamiento intensivo.^(3,4)

La necrosis pancreática se presenta entre el 10 y el 20% de los pacientes con pancreatitis, tiene una mortalidad de 10 a 25% y se agrega infección a la necrosis entre el 40 y el 70%. Inicia en las primeras 24 a 48 horas y es secundaria a la activación de las enzimas pancreáticas dentro de los acinos pancreáticos, lo que provoca muerte celular y trombosis de la microvasculatura.⁽⁵⁻⁷⁾

La PT es un procedimiento quirúrgico infrecuente y tiene una alta mortalidad por complicaciones como la diabetes mellitus, las diarreas y la desnutrición.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino, de la raza negra, de 37 años de edad, con antecedentes de hipertensión arteria (HTA), diabetes mellitus y gastritis crónica y de ser bebedor habitual que acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio" de la Provincia de Pinar del Río, por presentar dolor en epigastrio mientras ingería bebidas alcohólicas. El dolor era intenso, constante y se irradiaba a los hipocondrios y a los flancos y se acompañaba de náuseas, vómitos constantes, falta de aire y decaimiento. El Especialista en Medicina Interna de guardia lo examinó y le indicó algunos complementarios.

Examen físico (datos positivos):

Piel: palidez, frialdad, sudoración

Respiratorio: polipnea, murmullo vesicular audible, no estertores, frecuencia respiratoria de 26xminuto, saturación de O₂ de 90%

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y taquicárdicos

Tensión arterial sistólica: 160mmhg

Tensión arterial diastólica: 90mmhg

Tensión arterial media: 133mmhg

Frecuencia cardíaca: 120xminuto

Abdomen: globuloso, que sigue movimientos de la respiración, con ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio, timpanismo abdominal aumentado.

Complementarios:

Hematocrito: 0,47vol%

Leucograma: leucocitos: 12,9x10⁹/l, polimorfos: 0,80 linfocitos: 0,20

Glicemia: 18mmol/l
Amilasa pancreática: 800U/l
Creatinina: 110micromol/l
Ácido úrico: 560mmol/l
Colesterol: 7mmol/l
Triglicéridos: 12,8mmol/l
Urea: 6,2mmol/l
Alanina-aminotransferasa(ALAT): 35U/l
Aspartato-aminotransferasa (ASAT): 61U/l
Ganma-glutamil transpeptidasa (GGT): 94U/l
Lactatodeshidrogenasa (LDH): 290U/l
Albúmina: 38g/l
Proteínas totales: 68g/l
Calcio: 2,7meq/l
ImbeRt negativo

Ultrasonido abdominal: hígado aumentado de tamaño con aumento de la ecogenicidad y ligera distorsión de su arquitectura, vesícula y vías biliares normales, líquido libre en cavidad de escasa cuantía a nivel de parietocólico izquierdo.

Se decidió, previas consulta y coordinación, ingresar al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de pancreatitis aguda y HTA y diabetes mellitus descompensadas. Se indicó tratamiento médico pero el paciente no tenía mejoría evidente, se apreciaron distensión abdominal, taquicardia, polipnea y fiebre de 38,5°C. Se indicó un ecosonograma abdominal y tomografía axial computadorizada (TAC) multicorte de urgencia.

Ecosonograma: se observa en epigastrio una imagen compleja peri pancreática con celuraridad y tabicada, de más o menos 12 milímetros de diámetro, páncreas distorsionado, no se visualizan conductos.

TAC multicorte: abdomen: hepatomegalia, con ecogenicidad disminuida, páncreas aumentado de tamaño en toda su extensión, heterogéneo y edematoso, con aspecto de una pancreatitis aguda, líquido libre en cavidad abdominal en espacio peri pancreático, interasas y espacio parietocólico izquierdo; tórax: derrame pleural bilateral, predomina base izquierda.

Se solicitó una interconsulta con el Especialista de Cirugía, que decidió llevarlo con urgencia al quirófano para realizar una laparotomía exploratoria. Al abrir el abdomen y llegar a la cavidad de los epiplones se constató una gran cantidad de líquido de color oscuro y de restos de tejido pancreático; se procedió a realizar una pancreatectomía total. Durante el transoperatorio uno de los vasos peri pancreáticos sangró y el paciente se inestabilizó, por lo que se le administraron cristaloides y hemoderivados. Se controló el sangramiento, se estabilizó la hemodinámica, se lavó ampliamente la cavidad, se dejó drenaje en la transcavidad de los epiplones y se cerró por planos hasta llegar a la piel; el paciente fue trasladado nuevamente a la Sala de Terapia Intensiva con el diagnóstico de un síndrome postoperatorio inmediato de una pancreatectomía total por una pancreatitis aguda necrohemorrágica (Figura 1).

Después de varios días de tratamiento médico intensivo se interconsultó el caso con los Especialistas de Gastroenterología y de Endocrinología y se decidió agregar al tratamiento médico, de forma indefinida y de por vida, pancreatina (25mg), una tableta diaria, a las 8,00am, e insulina lenta (U-100), 20 unidades a las 7,00am y 10 a las 7,00pm.

Después de 20 días de ingreso en la Sala de Terapia Intensiva y de tener una evolución estable se decidió, previa coordinación, el traslado del paciente a una Sala de Cirugía. Pasados cinco días de estadía se resolvió su egreso para el hogar con control y seguimiento por los Especialistas de Gastroenterología y de Endocrinología por su área de salud.

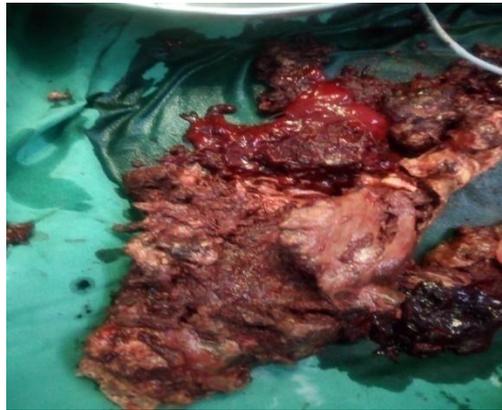


Figura 1. Páncreas necrohemorrágico después de realizar pancreatectomía total

DISCUSIÓN

A este paciente se le realizó una pancreatectomía total porque la pancreatitis aguda que padecía se complicó con una necrosis hemorrágica total del páncreas; era la primera vez que este procedimiento se realizaba en este centro asistencial y en la provincia.

La pancreatitis necrohemorrágica es una enfermedad que tiene unas elevadas morbilidad y mortalidad en un por ciento alto (30%) de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos.^(8,9)

Ranson, en 1974, comunicaba una mortalidad del 100% en las pancreatitis necrohemorrágicas con más de siete puntos y López Benito un 77,2%. El alcohol es la causa del 50 y de hasta el 70% de los casos.⁽¹⁰⁾

Las resecciones pancreáticas son procedimientos quirúrgicos complejos, por lo que tienen un riesgo no despreciable de complicaciones postoperatorias. En los últimos años la mejoría de las técnicas quirúrgicas y el manejo perioperatorio global del paciente, así como la experiencia acumulada en centros de alto volumen, ha reducido las complicaciones postoperatorias en este tipo de intervención.^(11,12)

El paciente, una vez dada el alta clínica, se mantiene con evolución favorable, sin complicaciones, y asiste periódicamente a sus consultas con los Especialistas en

Gastroenterología y Endocrinología. Los resultados satisfactorios de su evolución clínica le permiten incorporarse a la sociedad sin discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casadei R, Ricci C, Taffurelli G, Guariniello A, Di Gioia A, Di Marco M, et al. Is total pancreatectomy as feasible, safe, efficacious, and cost-effective as pancreaticoduodenectomy? A single center, prospective, observational study. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2016 Sep [citado 14/04/2018];20(9):1595-1607. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27418262/>. <https://doi.org/10.1007/s11605-016-3201-4>
2. Forsmark CE, Swaroop Vege S, Mel Wilcox C. Acute pancreatitis. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 Feb [citado 14/04/2018];376(6):598-9. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1616177>. <https://doi.org/10.1056/nejmc1616177>
3. Greenberg JA, Hsu J, Bawazeer M, Marshall J, Friedrich JO, Nathens A, et al. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. *Can J Surg* [Internet]. 2016 Abr [citado 14/04/2018];59(2):128-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4814287/>. <https://dx.doi.org/10.1503/cjs.015015>
4. Gao W, Yang HX, Ma CE. The Value of BISAP Score for Predicting Mortality and Severity in Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 Jun [citado 14/04/2018];10(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4474919/>. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0130412>
5. Setiawan VW, Pandol S, Porcel J, Wilkens LR, Le Marchand L, Pike MC, et al. Prospective Study of Alcohol Drinking, Smoking and Pancreatitis: The Multiethnic Cohort. *Pancreas* [Internet]. 2016 Jul [citado 14/04/2018];45(6):819–25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4905778/>. <https://dx.doi.org/10.1097/MPA.0000000000000657>
6. Maheshwari R, Subramanian RM. Severe acute pancreatitis and necrotizing pancreatitis. *Crit Care Clin* [Internet]. 2016 Apr [citado 14/04/2018];32:279-290. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27016168/>. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2015.12.006>
7. Freitas, PJ, Furtado S, Gilson DL, Oliveira M. Pancreatitis necrohemorrágica: uso de la tomografía computarizada como método auxiliar de diagnóstico. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* [Internet]. 2015 Jul [citado 14/04/2018];17(3):160-162. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/22301>
8. Martínez Hoed J, López Jara V. Morbimortalidad de necrosectomía pancreática abierta. *Acta Méd Costarric* [Internet]. 2017 Dic [citado 14/04/2018];59(4):138-145. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022017000400138&lng=en
9. Marín Ríos D, Águila Meleros O, Torres Ajá L, Puerto Lorenzo J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2014-2015. *Medisur* [Internet]. 2019 Mar-Abr [citado 18/01/2020];17(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3830>
10. Pilamunga Lema CL, Villafuerte Morales HE, Silva Guayasamin LG, Pilamunga Lema IM. Pancreatitis aguda en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba. *CSSN*

[Internet]. 2018 Abr [citado 18/01/2020];9(1):6-11. Disponible en:
<http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/69/63>

11. Alfonso Salabert I, Salabert Tortolo I, Alfonso Prince JC, Álvarez Escobar MC, Torres Álvarez A, Semper González AI. Factores de riesgo para pancreatitis aguda en el Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas. Rev Med Electrón [Internet]. 2017 Dic [citado 18/01/2020];39(6):1259-1268. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000600007&lng=es
12. Piriz Momblant A, Herrera Puentes A, Knight Fernández H. Efectividad de cirugía de Frey en pacientes con pancreatitis crónica del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. Rev Inf Cient [Internet]. 2018 Ago [citado 18/01/2020];97(4):744-754. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000400744&lng=es

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses