

Solución del caso: complicación infrecuente de la pancreatitis severa

Viene de la página 108

Videocolonoscopia: a nivel del ángulo esplénico, presencia de pus (Figura 3) y orificio fistuloso que produjo la dilatación cecal (Figura 4). **Ecoendoscopia:** páncreas con zonas de necrosis y colección a nivel de la cola (Figura 5), cuya punción obtuvo pus (Cultivo: *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas, con resistencia a carbapenemicos y *Cándida* spp). En consenso multidisciplinario se decidió realizar una *laparotomía exploradora*: se realizó una ileostomía por la presencia de una fístula colopancreática y excéresis de la cola del páncreas por la presencia de un absceso. El paciente evolucionó favorablemente. En forma ambulatoria se realizó colon por enema de control (fístula corregida) y luego cierre de ileostomía.

La pancreatitis aguda presenta dos fases: una temprana de síndrome de respuesta inflamatoria y una tardía (> 1 semana), caracterizada por complicaciones locales y sistémicas.¹

La fístula pancreatocolónica es una complicación rara de la pancreatitis severa; Kochhar y col describen una prevalencia de fístulas pancreatoentéricas en el 4% de los casos, de ellas un tercio fueron pancreatocolónicas.² Se desarrollan por una inflamación pericolónica pancreática severa.³ Recientemente, se ha descrito un caso con resolución favorable a través de una sutura mecánica colocada por vía colonoscópica.⁴ El desbridamiento quirúrgico abierto ha sido el tratamiento de elección en los casos de necrosis pancreática infectada y sintomática, con el objetivo de la eliminación completa del tejido necrótico, aunque recientemente se prefiere el laparoscópico.¹⁻⁵

En nuestro caso, se decidió el tratamiento quirúrgico abierto, puesto que el paciente presentaba una necrosis infectada sintomática con colección además de la fístula pancreatocolónica.

Figura 3. Videocolonoscopia: material purulento a nivel del ángulo esplénico.



Figura 4. Videocolonoscopia: trayecto fistuloso con salida de material purulento (en hora 11).



Figura 5. Ecoendoscópica: necrosis con colección en la cola de páncreas.



Referencias

1. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 1400-1415.
2. Kochhar R, Jain K, Gupta V, Singhal M, et al. Fistulization in the GI tract in acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2012; 75: 436-440.
3. Suzuki A, Suzuki S, Sakaguchi T, et al. Colonic fistula associated with severe acute pancreatitis: report of two cases. *Surg Today* 2008; 38: 178-183.
4. Ito K, Igarashi Y, Mimura T, Kishimoto Y, et al. Acute Pancreatitis with Complicating Colonic Fistula Successfully Closed Using the Over-the-Scope Clip System. *Case Rep Gastroenterol* 2013; 7: 314-321.
5. Freeman ML, Werner J, van Santvoort HC, et al. International Multidisciplinary Panel of Speakers and Moderators. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference. *Pancreas* 2012; 41: 1176-1194.