

## Fístula pancreatogastrocutánea: presentación comentada de un caso

### Pancreatogastrocutaneous fistula: a discussed case presentation

Joel González Salcedo,<sup>I</sup> Luis Pita Armenteros,<sup>II</sup> Emilio Pérez Jomarrón,<sup>III</sup> Ignacio Morales Díaz<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Profesor Titular y Consultante de Cirugía General. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 39 años, bebedor inveterado, intervenido de urgencia por apendicitis aguda, y en dicha operación se encontró pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica y peritonitis extensa. Se realizó lavado peritoneal programado y síntesis de la pared por planos; más tarde presentó fiebre y fue necesario drenar un absceso subaponeurótico. Hubo pérdida de peso y apareció supuración por el orificio residual del drenaje dejado. Se pasó un catéter por dicho orificio para irrigación, la secreción aclaró y más tarde salió líquido de posible origen intestinal. La fistulografía demostró una comunicación entre el estómago y el hipocondrio izquierdo, que obligó a una reintervención. El paciente sufrió un hemoperitoneo y se realizó una relaparotomía para esplenectomía en el posoperatorio inmediato. Después estuvo bien, aunque continuó la pérdida de peso. Luego presentó taquicardia sin fiebre y la tomografía axial computarizada mostró una colección intracavitaria en el hipocondrio izquierdo, la cual fue drenada por vía transparietal.

**Palabras clave:** Fístula pancreática, fístula gástrica, fístula, complicación posoperatoria.

---

## ABSTRACT

This is the case of a heavy drinker patient aged 39, operated on with urgency due to acute appendicitis; during the operation we found a necrotic-hemorrhagic acute pancreatitis and extensive peritonitis. A programmed peritoneal lavage in wall by plans; afterwards he had fever and it was necessary to drain a subaponeurotic abscess. There was a weight loss and a suppuration by residual orifice in drainage made. A catheter was passed through the orifice for irrigation, secretion cleared and then a fluid of possible intestinal origin flowed. The fistulography showed the existence of a communication between the stomach and the left hypochondrium, obliged us to a reintervention. The patient suffered a hemoperitoneum, and thus a second laparoscopy was performed to carry out a splenectomy in the immediate postoperative period. Patient felt well although there was weight loss, tachycardia without fever and computed axial tomography (CAT) showed a intracavitary collection in left hypochondrium, draining by transparietal route.

**Key words:** Pancreatic fistula, gastric fistula, fistula, postoperative complication.

---

## INTRODUCCIÓN

Denominamos *pancreatitis aguda* (PA) a la cascada de eventos que originan un patrón similar de enfermedad cuya gravedad y complicaciones dependen de la causa, y ésta se considera *frecuente* si hablamos de litiasis vesicular, alcoholismo o causa idiopática; *ocasional* si se trata de hiperlipidemia, posquirúrgica o traumática y drogas, e *infrecuente* si mencionamos agentes virales, PA fibroquística y estenosis, tumorales o no, pancreática o peripancreática.

Por otra parte la cascada de eventos origina o evoluciona a complicaciones sistémicas o locales. Las primeras suelen presentarse en fase temprana, hasta el 4to. día, y son responsables de la liberación de citocinas, enzimas pancreáticas y radicales libres que originan hipovolemia, fundamentalmente por pérdidas compartimentales o en el 3er. espacio, hemorragia digestiva, discrasia sanguínea, íleo y falla multiorgánica (FMO). Las segundas se presentan en fase intermedia, al 5to. día o hasta la 2da. semana, y en fase tardía, es decir a partir de la 3era. semana, como son la obstrucción duodenal o de vías biliares y la evolución de la necrosis pancreática estéril a la resolución o formación del pseudoquiste o a la infección iniciadora del FMO o de complicaciones: necrosis del transverso, fístula pancreática, trombosis portal o de la vena esplénica y hemorragias retroperitoneales.<sup>1</sup>

Sin embargo, otros autores consideran el curso natural de la PA grave (aquella con 3 o más criterios de Rawson o escala Apache II mayor de 7, y que se desarrolla en el 10 % de las PA diagnosticadas) sólo bifásica caracterizada por un síndrome de

respuesta inflamatoria sistémica, a aquella que ocurre en las 2 primeras semanas y tiene posible evolución posterior a complicaciones sépticas.

Presentamos un caso que ilustra las definiciones de pancreatitis necrosante, necrosis estéril, colección aguda, absceso pancreático y fistula.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

### Informe en secuencia puntual

*Primero sí y después no:* Varón de 35 años, bebedor fuerte, delgado pero bien nutrido, negro, sin antecedentes patológicos. Acude al hospital por epigastralgias. Presentaba leucocitosis de 12000, amilasemia de 750 U y estudios radiológicos simples sin alteraciones. Ingresó por la presunción de PA. Con más de 24 h persiste la epigastralgia, el dolor referido, aunque moderado, se hace difuso, aparece dolor provocado y reacción peritoneal en la fosa ilíaca derecha; el abdomen ahora estaba moderadamente distendido y el paciente tenía náuseas sin vómitos. Anuncio operatorio: apendicitis aguda.

*Retorno al inicio:* Hallazgos laparotómicos: 1L de líquido serohemático, páncreas muy aumentado con lesiones de necrosis y hemorragia y lesiones múltiples de cistoesteatonecrosis. Lavado de la cavidad con 8 L de solución salina y unas 36 h después, en el lavado peritoneal programado (LPP) no hay extensión de las lesiones antes encontradas y el líquido ahora es claro, límpido, inodoro y escaso. Cierre del abdomen por planos previa colocación de drenajes de tipo Ravding en la transcavidad de los epiplones y parietocólico izquierdo, que se exteriorizan por ambos hipocondrios.

*Complicaciones varias:* Días después, abdomen sin variaciones significativas. Dolor en las masas gemelares izquierdas; el angiólogo plantea trombosis venosa profunda y aplica fraxiheparina. Una semana más tarde por el orificio de salida del drenaje en el hipocondrio derecho (HD) brota pus cremoso, existe fiebre, leucocitos  $16/10^9$ , toma del estado general y la hemoglobina que ya había sufrido descensos, cae a 7 g/L. Apoyo nutricional, uso de antibióticos nuevamente y al mismo tiempo se pasa, por el antes referido orificio, sonda rectal fina y por ella un catéter de abordaje venoso central para irrigación de goteo rápido intermitente con salida por la sonda rectal recolectora. Esta técnica percutánea fue realizada por uno de los autores al inicio del decenio de 1970 para tratar colecciones intraabdominales en contacto con la pared anterior del abdomen. Método novedoso en esa época, hoy se usa de preferencia con una sonda de doble luz y en general en colecciones menores de 100 g e incluso guiada por tomografía computarizada y, con más limitaciones, con ecografía. Este drenaje cerrado puede realizarse también mediante laparoscopia, eventualmente endoscópica, o bien con técnicas mixtas o combinadas con cielo abierto.<sup>2</sup> Dos o tres días después la sonda con su catéter se habían caído, la fiebre persistía y sólo había ligera mejoría del estado general. Anuncio operatorio: Absceso intraabdominal.

*Nuestra verdad sólo es parte de otra verdad:* Se encontró gran cantidad de pus infraaponeurótico en forma de una laguna. Lavado y luego paracentesis; ésta resulta blanca y se decidió no abrir el peritoneo expuesto. Quedó la herida abierta para posible cierre por tercera intención.

*Otra vez el pus:* Se mantuvo la alimentación oral y parenteral, pero el paciente continúa en estado catabólico. Pasan unos días, otra vez apareció el pus por el orificio del drenaje en el HD y días después impresiona a veces salir leche o yogurt o grumos de alimentos ingeridos. Fistulografía: trayecto al parecer de un absceso intraabdominal. De nuevo se colocó una sonda rectal fina, catéter e irrigación, en esta ocasión la sonda llegó más lejos, y pronto se evidenció aspecto organoléptico entérico en el fondo del frasco recolector. Ecografías repetidas: no colección intraabdominal.

*Fistulografía:* Se le dio de tomar al paciente azul de metileno y vomitó casi de inmediato; no se obtuvo nada por la irrigación, pero cuando el paciente se colocó en decúbito lateral izquierdo para que no refluyera el contraste inyectado por la sonda, se dibujó el estómago totalmente.<sup>3-5</sup> Además, se encontró un derrame pleural izquierdo, sin que el paciente presentara síntomas respiratorios. Se decidió continuar la irrigación y mantenerse expectante, bisturí en alto, en tanto se incrementan las medidas de sostén.

*Para adelante y para atrás:* Con las irrigaciones el líquido recolectado se torna claro y con menos grumo, pero persiste la taquicardia, el estado catabólico y fiebre intermitente. En breve fue llevado al quirófano.<sup>6</sup> A través del hipocondrio izquierdo (HI) a cavidad, se encontró lesión de un asa yeyunal que se reparó en 2 planos. Un proceso fibrinoplástico bien constituido limita material caseoso no fétido alrededor de una indudable esplenomegalia. Abierta la trascavidad de los epiplones (TE), al seguir el trayecto fistuloso del HD, se visualiza el páncreas algo aumentado, endurecido y algunas lesiones de cistoesteatonecrosis, pero no se encontró la comunicación gástrica. Lavado amplio de la región, esplenectomía dejando parte del bazo adherida a la cola del páncreas. Drenaje de Ravding exteriorizado caudal a la incisión en el HI y Penrose que emerge por el archiconocido orificio del HD. Salió sangre por el drenaje de Ravding y, de recuperación, se regresó el paciente al quirófano. Sangrado del ligamento triangular del hígado seccionado para bascularlo y dar mayor campo operatorio. Ampliación por sección condral de los últimos arcos costales. Hemostasia en el ligamento esplenorrenal y esplenocólico. Cierre por planos con subtotales internos.

*De nuevo pus:* Nuevo antibiótico y regreso a la nutrición oral, pero al 4to. día al retirar el drenaje izquierdo aparece pus achocolatado, en cantidad de 100 a 200 mL. Dos días después dehiscencia por sepsis del tercio derecho de la incisión subcostal izquierda. Pasa a ciprofloxacina oral y en la herida comienza a formarse tejido de granulación; no obstante en paciente cae en estado hipercatabólico con pérdida de 4 kg en 7 días, a pesar de la oxigenación hiperbárica.

Hubo febrícula, taquicardia, eritrosedimentación en tres cifras, ecografía (no de alta resolución) negativa, pero la tomografía muestra colección en el área de la esplenectomía. AO, 27 días después del hemoperitoneo, Absceso intraabdominal con fístula cutánea. Se drenó 200 a 300 mL de pus en zona transparietal, caudal a la incisión del HI. Se prolonga la oxigenación hiperbárica y se administran inmunoglobulinas. A los 2 meses y medio de su última operación la herida cerró por 2da. intención.

## **DISCUSIÓN**

El drenaje izquierdo, colocado al realizar el LPP, al salir por el HI y no por el flanco, permitió otra colección, séptica o no, producto de una PA persistentemente activa, (condición no evaluada a plenitud por carecer de prueba evaluadora de

interleucina-6, péptido activador de la tripsina, lipasa y no haber aplicado escalas pronósticas). Resultó insuficiente su drenaje por el HD, pero se falsearon las imágenes de la ecografía por la existencia de alteraciones en la pared abdominal suprayacente y estar colapsada la cavidad de la colección, lo cual impidió terapéuticas percutáneas o de imagenología invasiva.

Además resultó insuficiente la nutrición parenteral de solo 2000 a 2500 kcal/día porque la pancreatitis grave en el 60 % de los casos eleva el metabolismo basal 1,5 veces y era necesario administrar las calorías sobre la base no del peso actual sino del ideal, para alcanzar alrededor de las 4000. (En fístulas de alto gasto, hasta 5000 kcal no proteica y 2,5 de proteína/kg al día y, según la Conferencia de Consenso de Nutrición de la Agresión [Francia, 1998], los triglicéridos no están contraindicados excepto si existe una hipertriglicerinemias significativa, y además son importantes los micronutrientes, fundamentalmente los antioxidantes: vitaminas A, E, C, selenio y zinc).<sup>7-11</sup>

Las irrigaciones tal vez pudieron desempeñar mayor función, pero no hubo un control total sobre ellas por realizarse en la sala y no corregir la posición de la sonda rectal, hecho demostrado al colocarla por segunda vez cuando llegó o se acercó al origen. El drenaje insuficiente derecho y el no poder salir por el HI, hizo que la colección fistulizara al estómago, pero el conjunto de medidas tomadas logró que ésta cerrara.<sup>12</sup>

Hoy se valora la posible asociación del metronidazol y de inhibidores H<sup>2</sup> o de la bomba de protones en las PA. Finalmente la necesidad de reintervención después de la esplenectomía por hemoperitoneo y la inevitable zona cruenta dejada, en un paciente debilitado por 4 operaciones anteriores en 2 meses, crearon las condiciones para la infección agresiva con una hipercatabolia, de la cual salió el paciente al ser drenado el absceso recalentado a través de la pared, gracias a la actitud cooperativa del paciente, medidas coadyuvantes anabólicas, oxígeno hiperbárico, inmunoglobulinas y un sólido trabajo de equipo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez J, Llanos O. Pancreatitis aguda: tratamiento quirúrgico. Bol Esc Med UC. 1992;21:210-4.
2. Kai M, Mueller P. International and surgical treatment of pancreatic abscess. World J. Surg. 1997;21:162-8.
3. Fischer JE. The pathophysiology of enterocutaneous fistulas. World J. Surg. 1983;7:446-50.
4. Edmunds Jr LH, Williams GM, Welch CE. External fistulas arising from the gastrointestinal tract. Ann Surg. 1960;152:445-71.
5. Rubeolowsky J, Machiedo GW. Reoperative versus conservative management for gastrointestinal fistula. Surg Clin North Am 1991;171:147-57.
6. Hill GL. Operative strategy in the treatment of enterocutaneous fistulas World J Surg 1983;7:495-501.

7. Sheldon GF, Gardiner BN, Way LW, Dunphy JE. Management of fistulas. Surg Gynecol Obstet 1971;133:385-9.
8. Makhdoom ZA, Komar MJ, Srill CD. Nutrition and enterocutaneous fistulas. J Clin Gastroenterol 2000;31:195-204.
9. Martínez Ordaz JL, Luque de León E, Suárez Moreno RM, Blanco Benavide R. Fístulas entero cutáneas postoperatorias. Gac Méd Méx. 2003;139(2):145-50.
10. Mc Fayden Jr BV, Dubdrick Sj, Ruberg RL. Management of fistulas with parenteral hyperalimentation Surgery 1973;74:100-5.
11. Tenner S, Bank P. Acute pancreatitis nonsurgical management. World J. Surg. 1997;21:143-8.
12. Reber HA, Roberts C, Way Lw, Dunphy JE. Management of external gastrointestinal fistulas. Ann Surg 1978;188:460-7.

Recibido: 26 de diciembre de 2008.  
Aprobado: 25 de marzo de 2009.

*Joel González Salcedo.* Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». Avenida 26 e Independencia, Puentes Grandes. Playa. La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [luis.pita@infomed.sld.cu](mailto:luis.pita@infomed.sld.cu)