



INFORME BREVE

Caso Clínico

**Fístula pancreática tipo B: resolución mediante drenaje percutáneo.
Presentación de un caso clínico**

**Pancreatic fistula type B: resolution through percutaneous drainage.
Presentation of a clinical case**

**Fístula pancreática tipo B: resolução por drenagem percutânea.
Apresentação de um caso clínico**

Antoniazzi Pozzer, Guido G¹; Rollet Roses Iver E¹; Perrotta Villacorta María P¹; González Cecilia¹; Schneider Giselle A^{1,2}.

¹Asignatura: Cirugía 2. Cátedra III. Facultad de Medicina, UNNE.

²Docente tutora metodológica y de contenido.

Título abreviado: **Fístula pancreática tipo B. Presentación de caso.**

Contacto: guidoantoniazzi11@gmail.com

Fecha de recepción: 10/07/2025

Fecha de aceptación: 21/07/2025

RESUMEN

La pancreatectomía distal es una cirugía habitual para el tratamiento de lesiones del cuerpo y la cola del páncreas, aunque presenta una alta tasa de complicaciones postoperatorias, siendo la fístula pancreática (POPF) la más frecuente. Se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años sometido a pancreatectomía corporocaudal laparoscópica con preservación esplénica por un tumor neuroendocrino, quien desarrolló en el posoperatorio una fístula pancreática grado B. El manejo consistió en drenaje percutáneo guiado por tomografía, antibioticoterapia empírica y administración



de análogo de la somatostatina intravenosa, con evolución favorable y resolución completa sin necesidad de reintervención.

Palabras clave: Fístula pancreática, drenaje percutáneo, octreotide.

SUMMARY

Distal pancreatectomy is a common surgery for the treatment of injuries to the body and tail of the pancreas, although it has a high rate of postoperative complications, with pancreatic fistula (POPF) being the most common. We present the case of a 41-year-old male patient undergoing laparoscopic corporocaudal pancreatectomy with splenic preservation for a neuroendocrine tumor, who developed a grade B pancreatic fistula postoperatively. Management consisted of percutaneous drainage guided by tomography, empirical antibiotic therapy and administration of intravenous somatostatin analogue, with favorable evolution and complete resolution without the need for reintervention.

Keywords: Pancreatic fistula, percutaneous drainage, octreotide.

RESUMO

A pancreatectomia distal é uma cirurgia comum para tratamento de lesões do corpo e cauda do pâncreas, embora apresente alto índice de complicações pós-operatórias, sendo a fístula pancreática (PFPO) a mais comum. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 41 anos, submetido à pancreatectomia corporocaudal laparoscópica com preservação esplênica para tumor neuroendócrino, que desenvolveu fístula pancreática grau B no pós-operatório. O manejo consistiu em drenagem percutânea guiada por tomografia, antibioticoterapia empírica e administração de análogo de somatostatina endovenoso, com evolução favorável e resolução completa sem necessidade de reintervenção.

Palavras-chave: Fístula pancreática, drenagem percutânea, octreotida.

INTRODUCCIÓN

La pancreatectomía distal, que incluye la resección del cuerpo y la cola del páncreas, es un procedimiento quirúrgico habitual para el tratamiento de lesiones benignas y malignas del páncreas distal. Sin embargo, continúa siendo una intervención con alta incidencia de complicaciones postoperatorias, siendo la fístula pancreática posoperatoria (POPF, por sus siglas en inglés) su complicación más frecuente y potencialmente grave (1).

El Grupo Internacional de Estudio sobre Fístula Pancreática (ISGPF) define la POPF como la presencia de amilasa en el líquido de drenaje por encima de tres veces el valor normal en suero, a partir del tercer día postoperatorio, y la clasifica en grados según su impacto clínico. La clasificación actual distingue entre fugas bioquímicas sin relevancia clínica, y fístulas clínicamente relevantes sin falla orgánica (grado B) y aquellas con falla orgánica o que requieren reintervención (grado C) (2).



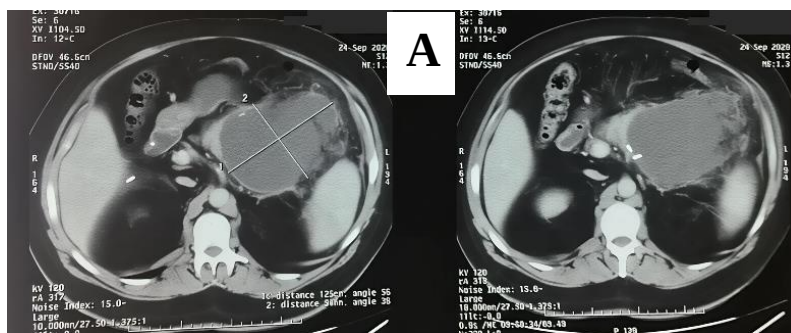
A continuación, se presenta un caso de una fístula pancreática grado B posterior a pancreatectomía corporocaudal laparoscópica con conservación esplénica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 41 años de edad el cuál es intervenido quirúrgicamente por un tumor neuroendocrino de páncreas mediante cirugía laparoscópica en donde se realiza una pancreatectomía corporocaudal con conservación de bazo. Durante el postoperatorio, a las 72 hs, el paciente presentó dolor abdominal localizado en epigastrio y región umbilical de intensidad 9/10 acompañado de fiebre por lo que se realiza tomografía de abdomen y pelvis en donde se evidencia una colección localizada detrás del estómago (**Figura 1**). Se indicó colocación de un drenaje percutáneo utilizando un catéter multipropósito de 10 French con técnica de Seldinger guiado por Tomografía y antibioticoterapia empírica. El paciente evolucionó favorablemente, sin fiebre ni dolor, con débito de 150 ml/día inicialmente purulento, luego citrino con detritus. Se realiza tomografía de control donde se observa la resolución de la colección.

El análisis citoquímico del líquido drenado informa amilasa mayor a 3000 Ui/L por lo que se asumió como fístula pancreática iniciándose un análogo de la somatostatina (Octreotide) por vía endovenosa. A los 30 días se realizó una tomografía de control en la cual no se evidenció ninguna alteración (**Figura 2**). El drenaje permaneció durante 40 días donde la disminución del débito fue progresiva, evolucionó favorablemente y con el cese del débito se decidió el retiro del catéter por resolución completa de la complicación.

Figura Nº1: TAC de Abdomen donde se evidencia la presencia de colección intraabdominal. A. Corte Axial. B. Corte Coronal.



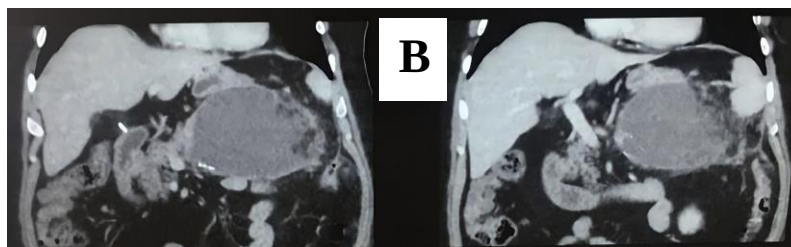
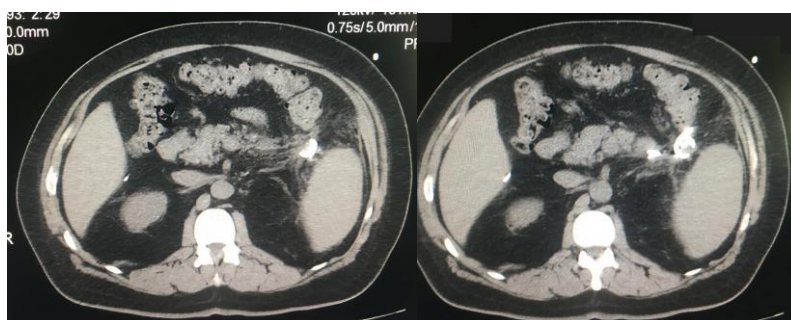


Figura Nº2: Corte Axial de TAC de Abdomen donde se evidencia la presencia drenaje con resolución de la colección.



DISCUSIÓN

La POPF sigue siendo un reto terapéutico luego de resecciones distales del páncreas, con incidencias que pueden alcanzar hasta el 30%, dependiendo de los factores del paciente, características del parénquima pancreático y técnica quirúrgica utilizada (3). En el presente caso, el paciente fue intervenido por un tumor neuroendocrino mediante pancreatectomía corporocaudal laparoscópica con preservación esplénica.

Entre los factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de fístula pancreática tras pancreatectomía distal se incluyen el grosor pancreático mayor a 15 mm, un IMC elevado, y la falta de ligadura del conducto pancreático principal (4, 5, 6).

El diagnóstico de la POPF está basado en la sospecha clínica y el seguimiento minucioso de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica que involucre la cabeza, el cuerpo o la cola del páncreas. Para su diagnóstico, cualquier volumen medible de líquido de drenaje durante o posterior del día 3 de postoperatorio con un nivel de amilasa mayor a 3 veces el límite superior. Sin embargo, para definir estrictamente al caso como POPF, esta condición debe ser clínicamente relevante como ser la presencia de dolor abdominal, leucocitosis y presencia de síndrome febril sugieren una POPF grado B (7, 2). En el caso presentado, el diagnóstico de fístula se realizó mediante análisis del líquido



drenado, el cual informó una amilasa >3000 UI/L, acompañado de fiebre y dolor abdominal. Esto cumple con los criterios revisados por ISGPS en 2016 para definir una POPF grado B, por lo que se decidió la colocación de drenaje y el uso de análogos de somatostatina (2, 3). El tratamiento realizado fue suficiente para lograr la resolución del cuadro. Dicho abordaje es recomendado como primera línea en POPF grados B y C, permitiendo resolver hasta el 95% de los casos sin necesidad de reintervención quirúrgica (2,3).

El seguimiento tomográfico permitió documentar la resolución de la colección intraabdominal, lo cual, junto con la mejoría clínica y el cese del débito, habilitó el retiro del drenaje. Este criterio concuerda con las recomendaciones actuales que indican remover el drenaje una vez que el débito diario sea menor a 20 ml y el paciente esté clínicamente estable (3).

CONCLUSIÓN

La POPF grado B es una complicación frecuente tras la pancreatectomía, incluso en abordajes mínimamente invasivos. En el caso presentado, el enfoque terapéutico basado en drenaje percutáneo con técnica de Seldinger y el uso de análogos de somatostatina, como ser el Octreotide por vía IV, permite una resolución efectiva sin necesidad de otra intervención quirúrgica.

Este caso destaca la importancia del monitoreo clínico e imagenológico temprano en el posoperatorio y su resolución completa sin complicaciones, sugiere la eficacia del tratamiento mini-invasivo en fístulas pancreáticas clínicamente relevantes.



BIBLIOGRAFÍA

1. Jiang L, Ning D, Chen X. Prevention and treatment of pancreatic fistula after pancreatic body and tail resection: current status and future directions. *Front Med*. 2020 Jun; 14(3):251-261. doi: 10.1007/s11684-019-0727-3. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31840199.
2. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, Sarr M, Abu Hilal M, Adham M, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery*. 2017 Mar; 161(3):584-91.
3. Malgras B, Dokmak S, Aussilhou B, Pocard M, Sauvanet A. Management of postoperative pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy. *J. of Visceral Surgery*. 2023 Feb; 160(1):39-51.
4. Kawai M, Tani M, Okada K, Hirono S, Miyazawa M, Shimizu A, Kitahata Y, Yamaue H. Stumal closure of a thick pancreas using stapler closure increases pancreatic fistula after distal pancreatectomy. *Am J Surg* 2013; 206(3): 352-359.
5. Yang F, Jin C, Hao S, Fu D. Drain contamination after distal pancreatectomy: incidence, risk factors, and association with postoperative pancreatic fistula. *J Gastrointest Surg* 2019 Feb 27. [Epub ahead of print] doi:<https://doi.org/10.1007/s11605-019-04155-7>
6. Goh BK, Tan YM, Chung YF, Cheow PC, Ong HS, Chan WH, Chow PK, Soo KC, Wong WK, Ooi LL. Critical appraisal of 232 consecutive distal pancreatectomies with emphasis on risk factors, outcome, and management of the postoperative pancreatic fistula: a 21-year experience at a single institution. *Arch Surg* 2008; 10(143): 956-965.
7. Tarazona E, Gianmarco Camelo-Pardo, Sebastián Pinzón-Vargas, Fabio Andrés García, G. Ruíz-Hernández, Laura Juliana Rengifo. Fístula pancreática: una complicación temida. Experiencia en una unidad de cirugía hepatobiliopancreática de cuarto nivel. *Rev colombiana de cirugía*. 2023 Nov 17.