

| | |
|----------------|---|
| Caso | (577) Sospecha de fuga pancreática con una causa sorprendente. |
| Autores | Nazaret Orgaz Méndez, Ludmila Protti, Esther Domínguez Ferreras, Jorge López Beneyto, Beatriz Sánchez Neila, Beatriz Olinda Leiva Pomacahua |
| Centro | Hospital General Universitario De Ciudad Real. |

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 59 años, intervenido mediante gastrectomía total, esplenectomía y reconstrucción en Y de Roux, por adenocarcinoma gástrico, dado de alta con drenaje subfrénico izquierdo, que acude a Urgencias a los dos meses de la intervención por presentar salida de abundante líquido “quiloso” de varios días de evolución por el drenaje. Se solicitó TC abdominal urgente, con contraste oral positivo e intravenoso, por sospecha de fuga de la anastomosis vs daño pancreático.

En el TC se identificó gastrectomía con reconstrucción en Y de Roux, muñón yeyunal, muñón duodenal y páncreas, sin alteraciones. Como único hallazgo relevante se observó colocación anómala del drenaje, introducido unos 18 cm a través de la anastomosis, con la punta en asa eferente yeyunal. Tras la administración de contraste oral positivo, se apreció paso del mismo a yeyuno distal, sin identificar imágenes de fuga ni neumoperitoneo.

Tras los hallazgos, el Servicio de Cirugía fue informado y consecuentemente se realizó una retirada parcial, de 8 cm, del catéter. Posteriormente se solicitó TC de control, en el que no se evidenció fuga de contraste a cavidad abdominal pese a la confirmación endoscópica de defecto de cierre de la sutura en la retirada.

DISCUSIÓN

La colocación de drenajes intraabdominales profilácticos tras cirugías gástricas, se utiliza por la mayor parte de los cirujanos de manera rutinaria. El objetivo es detectar, mediante la observación de un débito patológico que no cesa con el tiempo, y drenar, potenciales fugas anastomóticas, pues suponen un alto riesgo de mortalidad para los pacientes¹.

La migración intraluminal de estos drenajes es un problema infrecuente y la literatura relativa a ello es escasa.

Su causa es aún desconocida, pero se cree que puede estar asociada a dehiscencias anastomóticas preexistentes, que faciliten el paso de los drenajes a su través^{1,2}. Los drenajes se colocan bajo observación directa del cirujano, por lo que una colocación intraoperatoria incorrecta parece improbable. Algunos de los posibles factores precipitantes que se han relacionado con la migración intraluminal, son la colocación de los drenajes cerca de anastomosis o de estructuras vasculares u orgánicas³, así como la retirada tardía de los mismos.

Como radiólogos, debemos conocer esta complicación asociada a los catéteres intraabdominales y sospecharla ante unos datos clínicos de débito “similar al

contenido intestinal” prolongado, o un drenaje seroso/quiloso abundante, pues la única forma de confirmarla es mediante pruebas de imagen.

La técnica más apropiada, por su rapidez, buena sensibilidad y disponibilidad, es el TC abdominal sin/con contraste intravenoso, siendo fundamental en estos casos, utilizar contraste oral positivo, para descartar fugas anastomóticas pericatéter. Los catéteres, si son de material de densidad de partes blandas, se visualizarán como un defecto de repleción intraluminal tras contraste oral, aunque en la mayoría de los casos, estos dispositivos serán radioopacos⁴.

Una vez diagnosticada la migración, el manejo suele ser conservador, retirándose el drenaje, lo cual adicionalmente favorecerá el cierre de la dehiscencia².

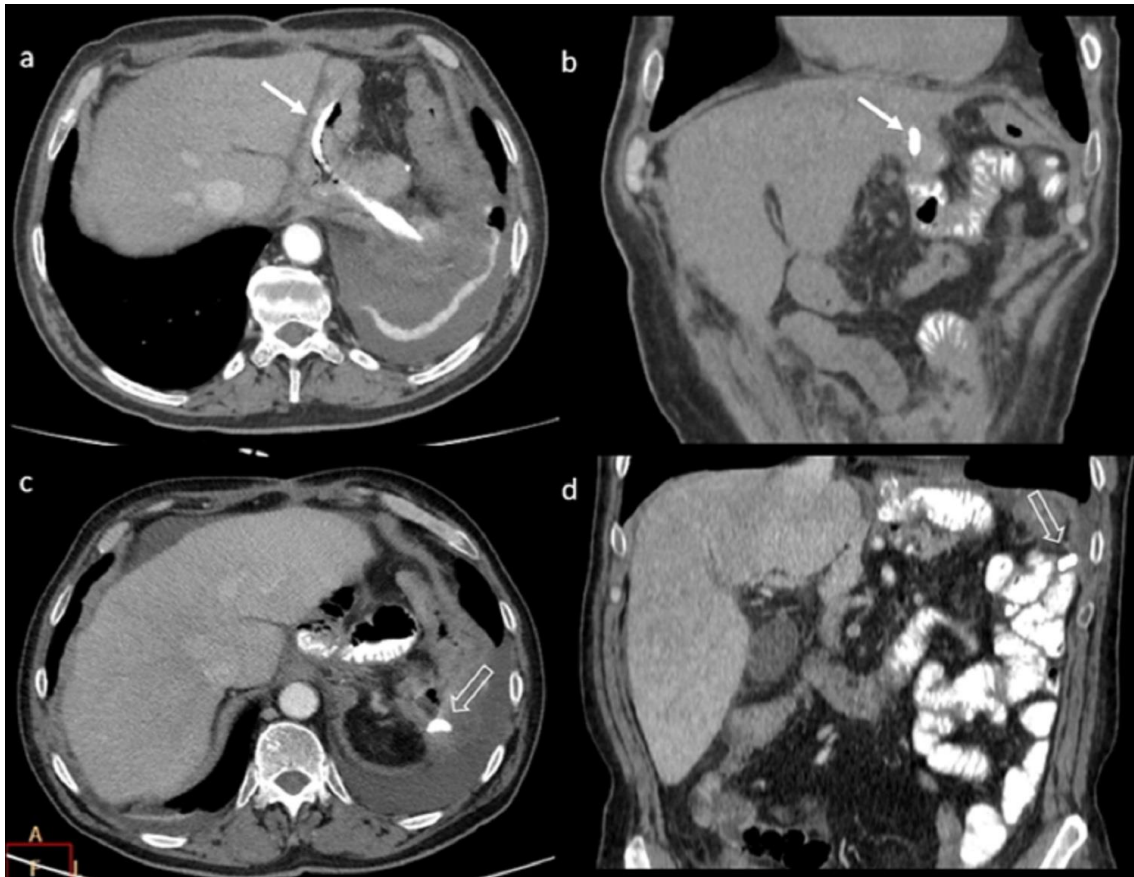
CONCLUSIÓN

La migración intraluminal de los drenajes intraabdominales es un problema poco frecuente y escasamente reportado, que debemos sospechar como radiólogos ante pacientes intervenidos de cirugía gástrica con un débito patológico de larga duración o abundante.

Los catéteres suelen ser radioopacos y su migración intraluminal parece asociarse a fugas anastomóticas preexistentes.

El diagnóstico se realiza mediante TC abdominal con contraste oral positivo para el despistaje adicional de fuga pericatéter, que puede realizarse sin o con CIV.

Su tratamiento será conservador, mediante la retirada del catéter malposicionado, lo que favorecerá además el cierre natural de la fuga si la hubiera.



Imágenes de TC abdominal con contraste intravenoso. Se visualiza presencia de drenaje intraluminal (flecha blanca), en corte axial antes de la administración de contraste oral positivo (A), y tras su administración, en corte coronal (B), sin que se evidencie fuga del mismo a la cavidad abdominal. Tras la retirada parcial del catéter, se repitió TC abdominal con contraste oral positivo e intravenoso, en el que se visualizó el drenaje extraluminal (flecha hueca), en corte axial (C) y en corte coronal (D), sin objetivar fuga de contraste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilmot AS, Levine MS, Rubesin SE, Kucharczuk JC, Laufer I. Intraluminal migration of surgical drains after transhiatal esophagogastrectomy: radiographic findings and clinical relevance. *AJR Am J Roentgenol.* 2007 Oct;189(4):780-5. doi: 10.2214/AJR.07.2322. PMID: 17885045.
2. Narendra Nithan MD, Nan Sandar MD, George Jhagroo MD, Sury Anand MD. Intraluminal Migration of a Jackson-Pratt Drain: An Unusual Complication of Gastric Bypass Surgery. *AJG.* 2009 Oct;104:S381.
3. Castillo Tuñón JM, Gila Bohórquez A, Domínguez-Adame Lanuza E. Migración intraluminal de drenaje de Penrose a través de orificio fistuloso gástrico como causa de la persistencia de fístula tratada mediante endoprótesis. *Cir Esp.* 2016;94 (Espec. Congr): 523.
4. Mollinedo D, Díaz Barroso B, Palacios Miras C, Pulido Roza MC, Buitrago Sanchez NM, Canales Lachén E. Dispositivos abdominales: qué debemos conocer los radiólogos. *SERAM.* 2012. S-1011. doi: 10.1594/seram2012/S-1011.