ACCESO ABIERTO

Recibido: 17/04/26
Aceptado: 20/06/26
Publicado en línea: 04/07/26

REPORTE DE CASO

Intervención en pancreatitis crónica: el papel de la cirugía de Puestow

Cristián Eduardo Tarazona León[1,a], Mauricio Vanegas Ballesteros[1,a], Fabio Alejandro Vergara[1,a], Gianmarco Camelo Pardo[1,b], Edgar Fabián Manrique Hernández[1,c], Camila Andrea Vega Barbosa[1,d]

[1] Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Colombia.
[a] Cirujano hepatopancreatobiliar.
[b] Magíster en Epidemiología.
[c] PhD en Demografía.
[d] Médica general.

Palabras clave:
páncreas; pancreatitis crónica; conducto pancreático; pancreatoyeyunostomía; Puestow (fuente: DeCs-BIREME).

RESUMEN

La pancreatoyeyunostomía lateral longitudinal, conocida como procedimiento de Puestow-Partington-Rochelle, constituye una alternativa quirúrgica establecida para el tratamiento de pacientes con pancreatitis crónica sintomática asociada a dilatación del conducto pancreático principal y ausencia de enfermedad maligna. Su objetivo es lograr la descompresión ductal, aliviar el dolor y preservar la función pancreática residual. Se presenta el caso de una paciente de 32 años con antecedentes de colecistectomía laparoscópica y pancreatitis crónica, quien consultó por dolor abdominal persistente. Los estudios de imagen evidenciaron dilatación del conducto pancreático principal y alteraciones de la vía biliar, por lo que se realizó una pancreatoyeyunostomía lateral longitudinal mediante abordaje transmesocólico, con evolución posoperatoria favorable y ausencia de complicaciones. Este caso resalta el papel de la cirugía de Puestow como una alternativa terapéutica segura y eficaz en pacientes cuidadosamente seleccionados con pancreatitis crónica, favoreciendo el alivio sintomático, el drenaje ductal y la preservación de la función pancreática.

Intervention in chronic pancreatitis: the role of the Puestow procedure

Keywords:
pancreas; pancreatitis, chronic; pancreatic ducts; pancreaticojejunostomy; Puestow (source: MeSH-NLM).

ABSTRACT

Longitudinal pancreaticojejunostomy, also known as the modified Puestow (Partington-Rochelle) procedure, is an established surgical option for patients with symptomatic chronic pancreatitis associated with dilation of the main pancreatic duct and no evidence of malignancy. The procedure aims to achieve ductal decompression, relieve pain, and preserve residual pancreatic function. We report the case of a 32-year-old woman with a history of laparoscopic cholecystectomy and chronic pancreatitis who presented with persistent abdominal pain. Imaging studies revealed dilation of the main pancreatic duct and biliary tract abnormalities. The patient underwent longitudinal pancreaticojejunostomy via a transmesocolic approach, with a favorable postoperative course and no complications. This case highlights the role of the modified Puestow procedure as a therapeutic option for carefully selected patients with chronic pancreatitis, particularly for symptom relief and ductal drainage while aiming to preserve residual pancreatic function.

Citar como: Tarazona-León C, Vanegas-Ballesteros M, Vergara F, Vega-Barbosa C, Camelo-Pardo G, Manrique-Hernández E. Intervención en pancreatitis crónica: el papel de la cirugía de Puestow. Rev Peru Cienc Salud. 2026;8(3). doi: https://doi.org/10.37711/rpcs.2026.8.3.2

Correspondencia:
Camila Andrea Vega Barbosa
camila.andreav12@gmail.com

© El autor. Este es un artículo bajo la licencia de Creative Commons, CC-BY 4.0

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis crónica es una enfermedad inflamatoria progresiva e irreversible caracterizada por la fibrosis del parénquima pancreático, la destrucción de los islotes pancreáticos y la pérdida progresiva de la función exocrina y endocrina. Estos procesos de remodelación conducen a alteraciones estructurales permanentes, con el reemplazo del tejido pancreático normal por tejido fibroso y la posterior atrofia glandular [1]. Los pacientes presentan un cuadro clínico significativo de dolor abdominal crónico, insuficiencia pancreática exocrina con malabsorción y, en etapas avanzadas, diabetes secundaria debido a la afectación endocrina [2]. La fisiopatología se caracteriza por un historial de episodios inflamatorios recurrentes que llevan a la estenosis ductal, la formación de cálculos intrapancreáticos y el aumento de la presión intraductal, que provocan más daño estructural [3].

El manejo de esta patología implica intervenciones médicas, endoscópicas y quirúrgicas. Al principio, se indica un tratamiento conservador, que incluye tratamiento con analgesia, eliminación de alcohol y tabaco, reemplazo de enzimas pancreáticas y regulación metabólica, pero muchos pacientes con dolor refractario presentan síntomas que requieren manejo invasivo [4]. Aunque los procedimientos endoscópicos proporcionan drenaje ductal y extracción de cálculos, varios informes han demostrado que el manejo quirúrgico ofrece un tratamiento del dolor definido por el paciente y sostenible, especialmente si el conducto pancreático principal se dilata [5].

La pancreatoyeyunostomía lateral longitudinal —o cirugía de Puestow, según la literatura— es una técnica de drenaje recomendada para la pancreatitis crónica dolorosa que persiste y cuando el conducto sufre una dilatación adecuada sin evidencia de malignidad en la cabeza del páncreas [6]. Este método implica una apertura longitudinal del conducto pancreático principal junto con la formación de una anastomosis lateral con un asa yeyunal en Y de Roux, que permite la descompresión del sistema ductal pancreático y la reducción de la hipertensión intraductal [7]. En consecuencia, mejora el dolor, restaura la función exocrina restante y mantiene el parénquima pancreático viable [8].

Los resultados en diferentes series clínicas muestran que la cirugía de Puestow logra un alivio del dolor del 60 al 90 % en los procedimientos quirúrgicos mencionados anteriormente. Además, con una mortalidad quirúrgica baja cuando la cirugía se realiza en centros especializados [9]. Asimismo, esta intervención es útil dado que preserva el tejido pancreático, en contraste con las resecciones pancreáticas, minimizando el riesgo de insuficiencia endocrina y exocrina posoperatoria en pacientes con estas cirugías [10]. Recientemente se han reportado resultados comparables a la cirugía abierta con intervenciones laparoscópicas y robóticas para la pancreatoyeyunostomía lateral que tienen estancias más cortas y una recuperación más rápida [11].

Por lo tanto, la falta de experticia quirúrgica y conocimiento sobre cuál podría ser la indicación adecuada del procedimiento quirúrgico puede impedir ofrecer esta opción de tratamiento que está bien establecida en la pancreatitis crónica no maligna para mejorar significativamente la calidad de vida [12]. Por consiguiente, es imperativo enfatizar la relevancia de la técnica quirúrgica de Puestow como una posible primera opción en el tratamiento de pacientes con dilatación ductal pancreática severa con dolor crónico y favorecer el alivio sintomático de los síntomas y la integridad funcional del páncreas.

El presente reporte de caso tuvo como objetivo describir la utilidad de la técnica quirúrgica de Puestow como una opción terapéutica competente y segura para pacientes con pancreatitis crónica secundaria a patología no maligna.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 32 años, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica y pancreatitis crónica, quien consultó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de tres días de evolución, cursando inicialmente con dolor abdominal generalizado, posterior con migración a epigastrio e irradiación hacia el dorso derecho, de característica punzante, moderada intensidad (EAD 7/10) y continuo, sin afectación con ingesta de alimentos y sin mejoría con medidas conservadoras (reposo, analgesia convencional). Concomitantemente, la paciente presentó un cuadro diarreico agudo, sin sangre ni moco, y múltiples episodios eméticos, con intolerancia a la vía oral.

Al examen físico, la paciente se encontraba consciente y orientada, pero álgida; con signos vitales con una frecuencia cardiaca de 114 lpm (taquicárdica), frecuencia respiratoria de 25 rpm (taquipnea), presión arterial de 148/92 mmHg (hipertensión grado I) y temperatura de 38.0 °C (febril). A la palpación abdominal, con hallazgos de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, defensa abdominal y signo de Blumberg positivo. No había masas ni visceromegalia en el abdomen que pudieran palparse.

La evaluación paraclínica reveló leucocitosis sin anemia y aumento marcado en las pruebas sanguíneas de amilasa y lipasa séricas; sin embargo,

 https://doi.org/10.37711/rpcs.2026.8.3.2

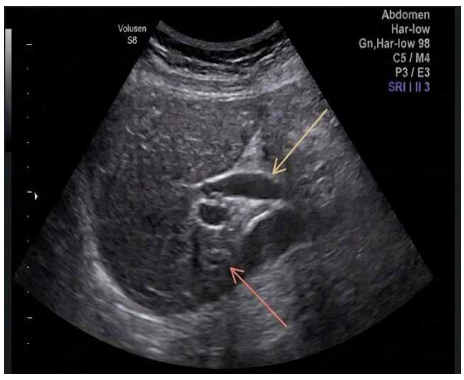


Figura 1. Esta ecografía abdominal reveló cambios anatómicos tras la colecistectomía, mostrando en la imagen una vía biliar extrahepática prominente (señalada con la flecha amarilla superior) adyacente a la vena porta (flecha roja inferior), hallazgos que además se acompañaron en el estudio completo de una disminución del volumen parenquimatoso pancreático y una dilatación significativa del conducto de Wirsung (6 mm de diámetro)

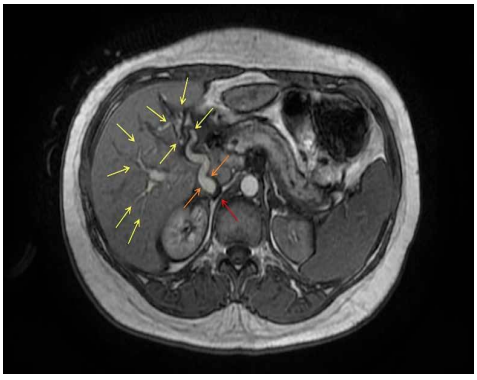


Figura 2. En este corte axial de colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) se evidencian los hallazgos descritos mediante indicadores de color: las flechas amarillas señalan una leve dilatación de los conductos biliares intrahepáticos, mientras que las flechas naranjas muestran la dilatación concurrente de la vía biliar extrahepática. Finalmente, la flecha roja demarca el nivel exacto donde se produce una interrupción abrupta del colédoco, y destaca que en la evaluación anatómica de la vía no se identifican vacíos de señal, confirmando así la obstrucción sin signos de litiasis biliar

el perfil hepático no mostró hiperbilirrubinemia ni elevación significativa de transaminasas.

Una ecografía abdominal reveló cambios tras la colecistectomía, disminución del volumen parenquimatoso y dilatación significativa del conducto de Wirsung (6 mm de diámetro) y vía biliar extrahepática prominente. (ver Figura 1). La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) reveló una leve dilatación de los conductos biliares intra- y extrahepáticos y una interrupción abrupta del colédoco sin signos de litiasis (ver Figura 2). Estos hallazgos sugieren pancreatitis crónica con adelgazamiento pronunciado del parénquima pancreático, por lo que el equipo de cirugía hepatopancreatobiliar emprendió el manejo quirúrgico.

Se realizó una pancreatoyeyunostomía longitudinal lado a lado con un abordaje transmesocólico (ver Figura 3). El examen ecográfico intraoperatorio continuo reveló el conducto pancreático principal, abierto longitudinalmente, y posteriormente se realizó una anastomosis lado a lado con un asa yeyunal (ver Figura 4). La operación se llevó a cabo sin complicaciones.

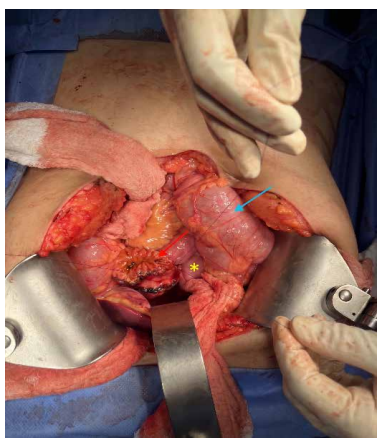


Figura 3. Imagen intraoperatoria que muestra la disposición anatómica para una pancreatoyeyunostomía longitudinal lado a lado, en la cual la flecha roja señala el área del páncreas expuesto tras su apertura longitudinal, la flecha azul indica el asa de yeyuno movilizada para realizar la derivación y el asterisco amarillo marca la ventana del abordaje transmesocólico a través del cual el intestino ha sido ascendido para completar la anastomosis

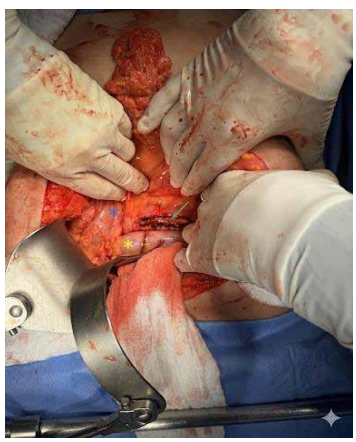


Figura 4. Imagen intraoperatoria que evidencia la realización de una anastomosis lado a lado con un asa yeyunal. La flecha verde señala directamente el sitio exacto de la unión anastomótica. Los asteriscos azul y amarillo identifican los segmentos correspondientes del asa de yeyuno que ha sido movilizada para la derivación, mientras que el asterisco rojo marca la zona del tejido diana expuesto para completar el procedimiento quirúrgico

El páncreas era de naturaleza atrófica con fibrosis considerable y una marcada dilatación del conducto de Wirsung.

Durante el periodo posoperatorio inicial, la paciente fue admitida en la unidad de cuidados intensivos para observación y continuó mostrando un descenso progresivo en la amilasa sérica y los reactantes de fase aguda. Demostró una progresión clínica favorable y resolución del dolor abdominal, además de una adecuada tolerancia oral, y fue dada de alta sin complicaciones.

Consideraciones éticas

Se obtuvo consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación de este reporte de caso y de las imágenes asociadas. Asimismo, se contó con la autorización institucional del hospital de procedencia. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de la paciente, evitando cualquier dato que permitiera su identificación.

DISCUSIÓN

El método de Puestow fue descrito por primera vez en 1958 por Puestow y Gillesby como una técnica de drenaje ductal longitudinal para tratar a pacientes con pancreatitis crónica dolorosa mediante la resección distal del páncreas y esplenectomía para descomprimir el conducto pancreático principal [6]. Partington y Rochelle modificaron posteriormente este enfoque en 1960, eliminando la pancreatectomía distal y la esplenectomía para preservar el parénquima pancreático y minimizar la morbilidad operativa. Este cambio es el que subyace en el procedimiento adoptado [7].

Las características patológicas que conducen a la hipertensión intrapancreática [1-3] y al dolor persistente se denominan pancreatitis crónica, una enfermedad de acumulación de inflamación, fibrosis y dilatación ductal. La pancreatoyeyunostomía lateral permite aliviar la presión del conducto pancreático, mostrando alivio en la mejora clínica [8,13]. Este procedimiento está indicado para pancreatitis crónica sintomática con dilatación del conducto pancreático principal por encima de 5-7 mm, pancreatitis aguda recurrente debido a dilatación del conducto y calcificaciones intraductales y dolor abdominal refractario al manejo médico o endoscópico [9,12,17].

La pancreatoyeyunostomía lateral longitudinal puede aliviar el dolor de aproximadamente el 66 al 93 % de los pacientes con resultados duraderos si existe una buena selección preoperatoria [8,9,14]. Además, el drenaje quirúrgico ha tenido un éxito particular en el control del dolor y la disminución de las reintervenciones en comparación con el manejo endoscópico en aquellos con dilatación extensa del conducto pancreático principal [5,20]. El resultado importante se atribuye a la descompresión ductal y la preservación del parénquima pancreático funcional, que, además de retener la función endocrina y exocrina residual, mantiene la actividad pancreática funcional [8,22].

La cirugía de Puestow sigue siendo controvertida en algunos escenarios clínicos. Se han reportado complicaciones que incluyen obstrucción del intestino delgado en pacientes con reconstrucción en Y de Roux, recurrencia del dolor y necesidad de reintervención quirúrgica, particularmente en pacientes con predominante afectación inflamatoria de la cabeza pancreática [10,18]. Además, se ha demostrado que la diabetes *mellitus*, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el estado nutricional poco saludable y la necesidad de transfusiones intraoperatorias predicen una mayor morbilidad posoperatoria [19,21]. La mortalidad operativa asociada con este tratamiento se limita a alrededor del 1 % y la morbilidad total está entre el 15 y el 25 %, en función de la experiencia del centro y las comorbilidades del paciente [9,21,23]. Las complicaciones conocidas son infecciones intraabdominales, abscesos, complicaciones respiratorias y menos comúnmente fístula pancreática, que ocurre con menos frecuencia que en la resección, ya que el conducto pancreático ha presentado previamente una descompresión efectiva [21,23].

A largo plazo, la preservación del parénquima pancreático mantendría intacta la función endocrina y exocrina para la mayoría de los pacientes, mejorando la calidad de vida [16,22,24]. A diferencia de los procedimientos invasivas, incluidos los procedimientos de Frey o la resección pancreática cefálica, la pancreatoyeyunostomía lateral longitudinal proporciona un menor riesgo de falla pancreática y es suficientemente efectiva en pacientes con dilatación ductal [10,15,22]. En consecuencia, la selección adecuada de pacientes y la evaluación multidisciplinaria son cruciales para la eficiencia quirúrgica [12,17].

La paciente presentó una dilatación considerable del conducto pancreático principal y dolor abdominal crónico, los cuales justificaban el drenaje quirúrgico en el caso actual. La excelente progresión observada con alivio del dolor y tolerancia oral satisfactoria se alinea con los hallazgos expresados en la literatura, que enfatizan el desempeño del procedimiento en el alivio de los síntomas, así como en la mejora funcional a largo plazo [8,14,24]. Estos resultados apoyan la pancreatoyeyunostomía lateral longitudinal como el tratamiento seguro y efectivo para pacientes

seleccionados con pancreatitis crónica no maligna, ofreciendo alivio del dolor, preservación de la funcionalidad del páncreas y mejoras del estado clínico general.

Limitaciones del reporte de caso: el estudio se centró en un reporte único de caso clínico, lo que limita la extrapolación de sus resultados a la población general. Además, el tiempo de seguimiento posoperatorio fue limitado, por lo que no se evaluaron los desenlaces funcionales y la recurrencia del dolor a largo plazo.

Recomendaciones: se recomienda considerar la pancreatoyeyunostomía lateral longitudinal (cirugía de Puestow) en pacientes seleccionados con pancreatitis crónica dolorosa y dilatación del conducto pancreático principal dentro del enfoque multidisciplinario. Además, se requieren estudios prospectivos y series de casos con seguimiento prolongado para evaluar los resultados funcionales, la calidad de vida y la durabilidad del alivio sintomático.

Conclusión

La pancreatoyeyunostomía longitudinal lateral o método de Puestow es una opción quirúrgica efectiva y segura en el tratamiento de la pancreatitis crónica con conducto pancreático principal dilatado y sin enfermedad maligna. Aunque se utiliza con menos frecuencia en comparación con otros procedimientos, existe una cantidad de literatura que respalda el efecto beneficioso de la descompresión ductal, el alivio sostenido del dolor y la preservación del parénquima pancreático, con bajas tasas de mortalidad y morbilidad posoperatorias. Además, este procedimiento preserva las funciones endocrinas y exocrinas restantes, y ayuda a ralentizar la progresión de la atrofia pancreática, así como a mejorar la calidad de vida a largo plazo.

Por lo tanto, la selección adecuada de pacientes y la realización del procedimiento quirúrgico deben llevarse a cabo con experiencia en cirugía hepatopancreatobiliar, para lograr resultados clínicos favorables. Se debe enfatizar la promoción del uso y aplicación de la técnica en la formación de nuevas generaciones de cirujanos para aumentar la disponibilidad de tratamiento para pacientes con pancreatitis crónica no maligna.

El desarrollo e integración de una pancreato-yeyunostomía longitudinal lateral en un modelo multidisciplinario conduce a un tratamiento seguro y efectivo, con un enfoque en la reducción del dolor crónico, la preservación funcional del páncreas y la mejora del cuidado del paciente a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thierens NDE, Verdonk RC, Löhr JM, van Santvoort HC, Bouwense SA, van Hooft JE. Chronic pancreatitis. Lancet [Internet]. 2024 [Consultado el 15 de enero de 2026];404(10471):2605-2618. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02187-1
2. Nag DS, Swain BP, Anand R, Barman TK, Vatsala. Pain management in chronic pancreatitis. World J Clin Cases [Internet]. 2024 [Consultado el 15 de enero de 2026];12(12):2016-2022. https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i12.2016
3. Shimizu K, Ito T, Irisawa A, Ohtsuka T, Ohara H, Kanno A, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis 2021. J Gastroenterol [Internet]. 2022 [Consultado el 15 de enero de 2026];57(10):709-724. https://doi.org/10.1007/s00535-022-01911-6
4. Huang P-Y, Xiao A-F, Ren Z-Q, Chen L, Ding L, Li C. Best Practices for Chronic Pancreatitis Pain Management: A Comprehensive Evidence-Based Review. J Inflamm Res [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];18:5087-5096. https://doi.org/10.2147/JIR.S508531
5. Ma KW, So H, Shin E, Mok JHM, Yuen KHK, Cheung TT, et al. Endoscopic versus Surgical Intervention for Painful Obstructive Chronic Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med [Internet]. 2021 [Consultado el 15 de enero de 2026];10(12):2636. https://doi.org/10.3390/jcm10122636
6. Puestow CB, Gillesby WJ. Retrograde surgical drainage of pancreas for chronic relapsing pancreatitis. AMA Arch Surg [Internet]. 1958 [Consultado el 15 de enero de 2026];76(6):898-907. https://doi.org/10.1001/archsurg.1958.01280240056009
7. Partington PF, Rochelle RE. Modified Puestow procedure for retrograde drainage of the pancreatic duct. Ann Surg [Internet]. 1960 [Consultado el 15 de enero de 2026];152(6):1037-1043. https://doi.org/10.1097/00000658-196012000-00015
8. Rajendran T, Naik M, Nag HH. Laparoscopic lateral pancreaticojejunostomy in the current era: A narrative review. J Minim Access Surg [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];21(1):1-6. https://doi.org/10.4103/jmas.jmas_153_24
9. Sallinen V, Kokkola A, Puolakkainen P. Surgery-First for Painful Chronic Pancreatitis. JAMA Surg [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];160(2):133-134. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2024.5181
10. Frey CF, Smith GJ. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. Pancreas [Internet]. 1987 [Consultado el 15 de enero de 2026];2(6):701-707. https://doi.org/10.1097/00006676-198711000-00014
11. Bardenhagen J, Seeger P, Wei K, Nickel F, Hackert T, Uzunoglu FG. Robotic surgery for chronic pancreatitis-an update. Intelligent Surgery [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];8:112-117. doi.org/10.1016/j.isurg.2025.09.002
12. Dominguez-Muñoz JE, Vujasinovic M, de la Iglesia D, Cahen D, Capurso G, Gubergrits N, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency: UEG, EPC, EDS, ESPEN, ESPGHAN, ESDO, and ESPCG evidence-based recommendations. United European Gastroenterol J [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];13(1):125-172. https://doi.org/10.1002/ueg2.12674
13. Montorsi RM, Francken MFG, Boermeester MA, Busch OR, Daams F, Hackert T, et al. Minimally invasive *versus* open lateral pancreaticojejunostomy in patients with painful chronic pancreatitis: systematic review. BJS Open [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];9(1):zrae135. https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae135

14. Van Veldhuisen CL, Kempeneers MA, de Rijk FEM, Bouwense SA, Bruno MJ, Fockenset P, et al. Long-Term Outcomes of Early Surgery vs Endoscopy First in Chronic Pancreatitis: Follow-Up Analysis of the ESCAPE Randomized Clinical Trial. JAMA Surg [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];160(2):126-133. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2024.5182

15. Dankha R, Sparrelid E, Gilg S, Löhr J-M, Ghorbani P. Surgical management of chronic pancreatitis: A narrative review. United European Gastroenterol J [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];13(1):44-54. https://doi.org/10.1002/ueg2.12694

16. Von Widdern JC, Rosendahl J, Ammer-Herrmenau C. Chronic and Idiopathic Pancreatitis-A Personalized Treatment Approach. United European Gastroenterol J [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];13(1):116-124. https://doi.org/10.1002/ueg2.12741

17. D'Haese JG, Cahen DL, Werner J. Current Surgical Treatment Options in Chronic Pancreatitis. Pancreapedia: Exocrine Pancreas Knowledge Base [Internet]. 2016 [Consultado el 15 de enero de 2026]. https://doi.org/10.3998/panc.2016.26

18. Cubisino A, Dreifuss NH, Schlottmann F, Giulianotti PC. Robotic lateral pancreatico-jejunostomy for chronic pancreatitis Puestow procedure. Updates Surg [Internet]. 2022 [Consultado el 15 de enero de 2026];74(6):2023-2030. https://doi.org/10.1007/s13304-022-01350-1

19. ASGE Standards of Practice Committee; Sheth SG, Machicado JD, Chalhoub JM, Forsmark C, Zyromski N, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of chronic pancreatitis: summary and recommendations. Gastrointest Endosc [Internet]. 2024 [Consultado el 15 de enero de 2026];100(4):584-594. https://doi.org/10.1016/j.gie.2024.05.016

20. Riediger H, Adam U, Fischer E, Keck T, Pfeffer F, Hopt UT, et al. Long-term outcome after resection for chronic pancreatitis in 224 patients. J Gastrointest Surg [Internet]. 2007 [Consultado el 15 de enero de 2026];11(8):949-959. https://doi.org/10.1007/s11605-007-0155-6

21. Turunen A, Garg SK. Surgical Trends in Chronic Pancreatitis From 2014 to 2021. Pancreas [Internet]. 2025 [Consultado el 15 de enero de 2026];54(4):e310-e316. https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000002438

22. Ashfaq A, Kolanu ND, Mohammed M, Lima SROS, Rehman A, Shehryar A, et al. Surgical Interventions in Chronic Pancreatitis: A Systematic Review of Their Impact on Quality of Life. Cureus [Internet]. 2024 [Consultado el 15 de enero de 2026];16(2):e53989. https://doi.org/10.7759/cureus.53989

23. Rege S, Banker A, Shah S, Bhesania D. Long-term outcomes of laparoscopic longitudinal pancreatojejunostomy and modified Frey's procedure for patients of chronic pancreatitis: A 10-year experience. J Minim Access Surg [Internet]. 2024 [Consultado el 15 de enero de 2026];20(1):74-80. https://doi.org/10.4103/jmas.jmas_282_22

24. Hughes DL, Hughes I, Silva MA. A meta-analysis of the long-term outcomes following surgery or endoscopic therapy for chronic pancreatitis. Langenbecks Arch Surg [Internet]. 2022 [Consultado el 15 de enero de 2026];407(6):2233-2245. https://doi.org/10.1007/s00423-022-02468-x

Contribución de los autores

CETL: diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos, análisis y discusión de la información, redacción del manuscrito, revisión crítica y aprobación del manuscrito.

MVB: diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos, análisis y discusión de la información, revisión crítica y aprobación del manuscrito.

FAV: diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos, análisis y discusión de la información, redacción del manuscrito, revisión crítica y aprobación del manuscrito.

GCP: diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos, análisis y discusión de la información, redacción del manuscrito, revisión crítica y aprobación del manuscrito.

EFMH: diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos, análisis y discusión de la información, revisión crítica y aprobación del manuscrito.

CAVB: diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos, análisis y discusión de la información, revisión crítica y aprobación del manuscrito.

Fuentes de financiamiento

La investigación fue autofinanciada.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.