



V-085 - ABORDAJE POR VÍA RETROPERITONEAL ASISTIDO POR VIDEOSCOPIA EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE

I. Otegi Altolaguirre, A. Vesga Rodríguez, C. Chaveli Díaz, A. Goikoetxea Urdiain, M.J. Sara Ongay y M. Aizcorbe Garraalda

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: Dada la elevada morbi-mortalidad del tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda grave (PAG), se han intentado técnicas que disminuyan estos eventos adversos. Recientemente hemos incorporado a nuestro arsenal quirúrgico el abordaje por vía retroperitoneal ayudados por videoscopia del páncreas agudo (técnica VARD) introduciendo una variante para realizar el trayecto. Guiados por la escuela holandesa y por las Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda (Med Intensiva 2013) hemos mimetizado las técnicas step-up y step-down en el manejo de estas complicaciones. Presentamos un video de la técnica VARD.

Métodos: En 8 años hemos intervenido 44 pacientes de pancreatitis aguda grave, ingresados en UCI e intervenidos durante su ingreso. Se registró: edad, sexo, etiología de PAG, índice de Baltazar, índices de severidad al ingreso en UCI (SIRS, FMO, Shock séptico, FRA, SCA, APACHE II, SOFA), Presión intraabdominal, analíticas al ingreso (recuento leucocitario y PCR) microbiología (PAAF, hemocultivos, cultivos de drenajes), tiempo transcurrido hasta la cirugía, días de estancia en UCI y de estancia total, morbilidad postoperatoria mayor (FMO, fístulas, diabetes de novo, hemorragia), mortalidad, número de necrosectomías, número de cirugías secuenciales e indicaciones quirúrgicas. Todas las intervenciones han sido realizadas por la Unidad de Cirugía de Urgencias. La cirugía fue demorada en más de 15 días desde el inicio de los síntomas, salvo imposibilidad por deterioro clínico. En dos ocasiones hemos realizado técnicas de desbridamiento retroperitoneal video asistido (VARD), como novedad el acceso realizado ha sido mediante dilatación del trayecto de 2 cm por medio de un equipo de nefrostomía (Ultraxx™), técnica que mostramos en el vídeo.

Resultados: Edad: 52,2 años. Etiología: litiasis biliar (38,63%), alcohólica (13,63%). En el 61,4% el índice de Baltazar fue mayor o igual a 8. Treinta pacientes (68,2%) presentaron necrosis pancreática en la TC. Se realizó PAAF en 29 (65,9%) con una positividad del 82,73% siendo los gérmenes más frecuentes el *E. coli* y el *E. faecium*. El tiempo medio hasta la cirugía fue de 22 días. Índice global de necrosis infectada (PAAG positivo y/o cultivo positivo en la cirugía) fue de 93,2% (el germen más frecuente fue *E. faecalis*). La indicación más frecuente de cirugía fue la necrosis infectada con PAAF positiva y se realizó cirugía secuencial en un 54,54%. La mortalidad de la serie fue de 29,5%.

Conclusiones: A pesar de un control estricto, del retraso de la cirugía, del soporte de UCI y de una técnica y táctica quirúrgica estandarizada, la mortalidad de nuestra serie es elevada (29,5%). En el 93,2% se demostró infección de la celda pancreática (incluso con PAAF preoperatoria negativa) lo que nos induce a la indicación de cirugía en la PAG ante el menor síntoma de deterioro. El abordaje retroperitoneal videoasistido en la PAG

con necrosis infectada es factible y reduce claramente la agresión quirúrgica.