



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 21-25 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-321 - PANCREATITIS ENFISEMATOSA

F.M. González Valverde, P. Pastor Pérez, M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, M. Vicente Ruiz, Á. Sánchez Cifuentes, N. Martínez Sanz, M. Méndez Martínez, M. Maestre Madreluero, P. Parra Paños y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La pancreatitis enfisematosa (PE) es una complicación grave y poco frecuente de la pancreatitis aguda (PA) caracterizada por la presencia de gas en el parénquima pancreático o peripancreático que junto con la presencia de necrosis indica infección bacteriana. El diagnóstico se basa en los datos clínicos y en el hallazgo radiológico de gas en el retroperitoneo. Presentamos 3 casos de PE con distinto manejo terapéutico.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 78 años con antecedentes de dislipemia y cardiopatía hipertensiva, sin hábitos tóxicos, ingresado por dolor y vómitos. La ecografía era compatible con PA moderada-grave (Ramson 3). Se inició tratamiento conservador con buena evolución inicial. Al 3º día comenzó con fiebre, dolor y distensión abdominal. La TC abdominal mostraba un área de necrosis pancreática y una zona flemonizada con presencia de gas que se extendía inferiormente hacia la raíz del mesenterio, compatible con PE (7 puntos según la escala de Balthazar). Ante la inestabilidad clínica del paciente, pasó a UCI (APACHE II: 8 al ingreso y 20 a las 24h) donde presentó distrés respiratorio que precisó BiPAP. Se inició un tratamiento empírico con meropenem (1 g/8h). En la TC a las 48h se apreciaba necrosis de la mayor parte de la glándula con gas en celda pancreática, colección retrogástrica, líquido libre en gotiera izquierda y pelvis y derrame pleural bilateral (9 puntos de Balthazar). Ante el empeoramiento clínico y radiológico se decidió intervención quirúrgica, observando necrosis de toda la glándula pancreática con colecciones peripancreáticas abscesificadas. Se realizó necrosectomía con desbridamiento amplio, colecistectomía y se colocaron 2 drenajes abdominales y una sonda Foley para realizar lavados. En las muestras tomadas se aisló *E. coli*, y en cultivos posteriores del drenaje *Candida albicans*, por lo que se pautó un tratamiento según antibiograma por persistencia de fiebre. En un TC posterior aparecieron nuevas colecciones, realizándose nuevo drenaje quirúrgico y desbridamiento del espacio gastro-pancreático. Como complicación el paciente presentó una fístula pancreática y fue dado de alta a los 3 meses del ingreso. Caso 2: varón de 62 años con antecedentes de hipertensión, hiperplasia benigna de próstata, fumador y consumidor de 40gr de alcohol/día. Consultó por cuadro clínico y analíticamente compatible con PA grave (Ramson 4). Eco abdominal: páncreas homogéneo aumentado de tamaño con zonas de desflecamiento. Debido a los antecedentes del paciente y a los criterios de Ramson se realizó un TC abdominal a las 48 horas que evidenció alteración pancreática difusa con retroneumoperitoneo, neumoperitoneo perihiliar y afectación de planos de grasa mesentérica en relación con la PA. Se observaban 2 zonas de menor atenuación y aspecto focal con burbujas aéreas en su interior que indicaban áreas abscesificadas en la cabeza y cola pancreática. Líquido libre en el retroperitoneo y Douglas. Se realizó PAAF de la lesión pancreática para confirmar infección con el resultado de presencia de gérmenes gram(-). Se decidió cirugía urgente realizándose colecistectomía, necrosectomía y drenaje. Durante el ingreso en UCI el paciente desarrolló shock séptico postoperatorio, con un deterioro clínico progresivo y falleció a las 2 semanas del ingreso. Caso 3: mujer de 84 años con insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular

y asma ingresada por PA en el Servicio de Medicina Interna. Una semana después de su ingreso se le realizó una TC que mostraba una amplia zona flemonosa con necrosis de casi la totalidad del páncreas y una colección en cola pancreática. Ante la ausencia de signos de fallo orgánico se decidió iniciar un tratamiento empírico con meropenem (1 g i.v./8h). Se realizó una ecografía con punción de la colección y colocación de drenaje pigtail. En el líquido se aisló *E. coli* sensible a meropenem. Tras cumplir 15 días del tratamiento antibiótico la paciente mejoró progresivamente y se le dio el alta hospitalaria. Posteriormente, se realizó una TC de control y se observó la resolución del absceso.

Discusión: La necrosis pancreática infectada presenta una tasa de mortalidad cercana al 40%, lo que exige un tratamiento precoz pero adecuado a las condiciones de cada paciente. La cirugía en estos pacientes asocia una alta morbilidad. La TC es la prueba diagnóstica de elección. El algoritmo actual de la PE tiende a tratar la fase inicial de forma conservadora, mientras que la cirugía debe considerarse en la segunda fase del proceso pancreático o en casos seleccionados durante las 2 primeras semanas del proceso. Las opciones terapéuticas en la PE van del tratamiento conservador a la cirugía de la necrosis infectada sin que exista un consenso claro de cuándo se debe indicar cada una de éstas. El factor más importante para indicar el tratamiento conservador es la situación clínica del paciente, más que los hallazgos bacteriológicos o radiológicos, mientras que la cirugía se debe reservar para aquellos pacientes con deterioro importante del estado general o fallo orgánico. Sin embargo, otros autores concluyen que la PE por sí sola es una indicación de cirugía. En los nuevos algoritmos de actuación el tratamiento conservador o endoscópico cobra cada vez más protagonismo aunque el desbridamiento quirúrgico sigue siendo el tratamiento *gold-standard* de la necrosis infectada.