



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-277 - NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA TRANSGÁSTRICA Y QUISTOGASTROSTOMÍA ABIERTA TRAS FRACASO DE DRENAJE ENDOSCÓPICO EN PANCREATITIS NECRÓTICA INFECTADA

de Lebrusant Fernández, Sara; Gamero Huaman, Jean Carlo; Nogales Muñoz, Ángel L; Sánchez-Matamoras Martín, Inmaculada; Pérez Sánchez, María Asunción; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Un 20% de las pancreatitis agudas evolucionan a pancreatitis aguda necrótica (PAN). Alrededor de un 30% de los pacientes con PAN desarrollan una infección secundaria de las colecciones. Está bien establecido que el tratamiento de éstas debe ser lo menos invasivo posible, asumiéndose un manejo ascendente progresivo (*step up approach*): drenaje percutáneo, necrosectomía endoscópica, desbridamiento laparoscópico, cirugía abierta. Esto ha permitido ganar terreno al acceso endoscópico y laparoscópico como alternativa a la cirugía, que supondrá el último escalón en caso de fracaso de técnicas más conservadoras.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 73 años que ingresa en Digestivo por un cuadro de pancreatitis aguda necrótica, manejada de inicio de forma conservadora. A los 20 días del ingreso se realiza TAC de control que habla de necrosis pancreática total con una colección organizada por lo que se plantea ecoendoscopia para drenaje transgástrico, obteniendo material purulento e implantando una prótesis *diábolo* metálica y drenaje de *pigtail*. La paciente evoluciona de forma favorable. Al mes se repite la ecoendoscopia ante un aumento de la PCR y sin cambios en el TAC de control, apreciando menor contenido líquido y extrayendo tejido necrótico, sin poder retirarlo completamente con los lavados. Ante esta situación y empeoramiento clínico y analítico de la paciente, nos planteamos la cirugía con carácter urgente. Realizamos una incisión subcostal derecha ampliada y accedimos a la celda pancreática mediante una gastrotomía anterior encontrándonos la comunicación con el páncreas a través de la prótesis, retirándola y extrayendo varios fragmentos de páncreas necrótico y esfacelado. Una vez realizada limpieza de la cavidad realizamos la quistogastrostomía quirúrgica para mantener en comunicación el quiste y permitir el drenaje. Realizamos el cierre de la gastrotomía anterior con colocación de un drenaje aspirativo en la celda pancreática y sonda nasogástrica para control del débito. Tras la intervención la paciente pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos. A los 10 días postoperatorios tuvo un episodio de hemorragia digestiva cuyo origen radicaba en la quistogastrostomía. El cuadro fue resuelto mediante endoscopia con inyección de adrenalina en la zona de sangrado. No hubo más complicaciones intraabdominales tras este episodio.

Discusión: El tratamiento de la pancreatitis necrótica infectada debe ser escalonado. Aunque el abordaje transgástrico es más utilizado en técnicas endoscópicas, en este caso aprovechamos esta vía porque la paciente ya tenía comunicado el quiste pancreático infectado con el estómago a través de la prótesis; además evitamos la contaminación de la cavidad abdominal. Reservamos la cirugía tras agotar la endoscopia, pues la mortalidad en estos casos puede alcanzar hasta el 25% aunque la necrosectomía quirúrgica sigue siendo el *gold estándar*.