



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-234 - PANORAMA QUIRÚRGICO ACTUAL EN LAS PANCREATITIS AGUDAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

García del Pino, Beatriz; Vega Recio, Arantxa; Candón Vázquez, Juan; Rodríguez Padilla, Ángela; Perea Sánchez, María José; Vega Blanco, Juan; Becerra González, Miguel; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Introducción:** La necrosis pancreática es definida como presencia de más del 30% del páncreas que no capta contraste en el TAC y manifiesta zonas de parénquima no viable. La incidencia de pancreatitis aguda grave es del 20%, con una tasa de mortalidad del 10-40%, pudiendo aumentar al 70% cuando la necrosis está infectada. Inicialmente se realiza manejo médico intensivo valorando en la evolución la necesidad de drenaje percutáneo, endoscópico o quirúrgico. La cirugía se asocia a complicaciones en un 34-95% y mortalidad en un 11-39%, además de conducir a insuficiencia pancreática a largo plazo.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 58 años con antecedentes de HTA, Dislipemia, ERGE por hernia hiatal y hemiparesia derecha como secuela de AVC hemorrágico. Que ingresa por necrosis pancreática, precisando intervención quirúrgica y describiendo evolución posterior. Paciente con los antecedentes anteriormente descritos que, acude a urgencias por dolor abdominal en cinturón de 48 horas de evolución, náuseas y vómitos. En analítica urgente destaca leucocitosis, amilasa 1.650, lipasa 880, elevación de creatinina y enzimas hepáticas. Se realiza ecografía abdominal urgente, como hallazgos esteatosis hepática y barro biliar. Ingresa en Digestivo con el diagnóstico de pancreatitis aguda litiásica e insuficiencia renal aguda. Se constata en TAC de control necrosis pancreática > 50% con colecciones peripancreáticas. Evolución tórpida con debut de diabetes secundaria y disnea. Aparece fiebre a los 25 días del ingreso, por lo que se realiza drenaje percutáneo de las colecciones. A pesar de ello, a los 30 días sufre empeoramiento clínico con situación de shock séptico, por lo que se decide cirugía urgente. Intervención urgente en la que se realiza necrosectomía de cuerpo y cola pancreática, drenaje de colecciones pancreática y pararrenal izquierda y colecistectomía. Postoperatorio en UCI con alta al 7º día posquirúrgico dada la evolución favorable. En TAC de control disminución importante de las colecciones. Mejoría global de la paciente, que es dada de alta a los 28 días de la intervención.

**Discusión:** En los pacientes con ausencia de mejoría en 7-10 días debe sospecharse infección de la necrosis. Se confirma mediante cultivo/Gram de PAAF. Según la bibliografía actual, tras manejo médico intensivo sin mejoría debemos plantear realizar un drenaje percutáneo como siguiente paso si existe estabilidad clínica, logrando un porcentaje cercano al 50% de recuperación completa. Las indicaciones de cirugía actualmente siguen en continua revisión por controversia, indicándose ante el deterioro clínico y/o signos de sepsis. La técnica quirúrgica puede ser abierta o laparoscópica, según la disponibilidad, con resultados comparables y ventajas de la laparoscopia. La cirugía se basa en el drenaje y desbridamiento, además de abundantes lavados intra y postoperatorios. Las complicaciones postquirúrgicas descritas son: infección (21%), fístula pancreática (27%), fístula intestinal (23%) y hemorragia (21%).