



VC-060 - TÉCNICA QUIRÚRGICA DE QUISTOGASTROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES QUÍSTICAS INFLAMATORIAS PANCREÁTICAS

Lugón Castellanos, Julia; Sala, Paula; Ribas, Ruth; Coronado, Daniel; López, Camilo; Ramos, Isabel; Tresierra, Luis; González, Sergio

Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos son una complicación de la pancreatitis que implica un desafío en su manejo. Aquellos que precisan drenaje para su tratamiento, pueden beneficiarse tanto de accesos endoscópicos como quirúrgicos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 49 años, con enolismo activo hasta junio de 2023. Diagnosticado de pancreatitis aguda en 2017, que debutó con necrosis del 50-60% de la glándula, presentando episodios recurrentes posteriores. Diagnóstico clínico y radiológico de pancreatitis crónica en 2019. En seguimiento por persistencia de necrosis encapsulada que inicialmente era asintomática, se decide drenaje endoscópico transgástrico en noviembre de 2023 por aumento del tamaño y clínica abdominal, colocándose un drenaje tipo axios y 2 *pig-tails*, consiguiendo el drenaje de la colección. Tras la retirada endoscópica de los drenajes, se aprecia aumento progresivo de la colección hasta alcanzar 9 meses después los 140 × 110 mm. Dada la recidiva precoz con aumento del tamaño, asociado a recurrencia de la clínica abdominal, se decide la resolución quirúrgica mediante quistogastrostomía laparoscópica. Las etapas quirúrgicas que se describen en el vídeo son: esquema de colocación de trócares. Laparoscopia exploradora evidenciando una gran colección retrogástrica que condiciona una importante circulación colateral. Ecografía laparoscópica que confirma un amplio contacto de la lesión quística con el estómago a nivel antral. Apertura de la transcaudad de los epiplones, accediendo a la pared posterior gástrica y la colección. Confirmación de la zona de apertura mediante punción y aspiración, obteniendo líquido serohemático. Apertura de la cara posterior gástrica y elaboración de quistogastrostomía con EndoGia 60 carga azul. Cierre del defecto con sutura continua barbada del 3/0. Comprobación de la estanqueidad con azul de metileno. El paciente presentó una buena evolución posoperatoria, sin intercurrencias. Se solicitó un TAC de control al 5.^º día posoperatorio, que confirmó una marcada disminución de la colección. Fue dado de alta sin drenaje al 6.^º día posoperatorio.

Discusión: En los últimos años la quistogastrostomía endoscópica ha ganado relevancia como procedimiento inicial para el tratamiento de las lesiones quísticas inflamatorias pancreáticas. Sin embargo, la quistogastrostomía quirúrgica laparoscópica continúa teniendo una mayor tasa de resolución de síntomas y disminución del tamaño de las lesiones a largo plazo, sin aumento de la morbilidad con respecto a los procedimientos endoscópicos. Estos resultados son aún más evidentes

en pacientes con quistes de contenido denso y necrosis pancreáticas de > 50%.