



www.elsevier.es/cirugia

O-031 - MANEJO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA. NUESTRA EXPERIENCIA RECIENTE

Morante, Ana Pilar; Sanjuanbenito, Alfonso; Lisa, Eduardo; García Angarita, Francisco J.; Giordano, Pietro; Mendía, Elena; Lobo, Eduardo

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resumen

Introducción: El tratamiento de la pancreatitis aguda grave ha cambiado en los últimos años. El objetivo de esta comunicación es mostrar nuestra experiencia en los últimos 4 años con el manejo escalonado de la necrosis pancreática infectada en los pacientes con pancreatitis aguda grave.

Métodos: Desde el año 2011 hemos recogido en nuestra base de datos prospectiva 18 pacientes (15 varones, 3 mujeres) con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave. La edad media de los pacientes fue de 65 años. En el 50% de los casos la etiología fue litiásica, el 22% alcohólica, 16% post-CPRE, 5% mixta (litiásica y alcohólica) y 5% a filiar.

Resultados: El 33% presentó SIRS en el momento del ingreso y fallo multiorgánico en las primeras 48 horas. Tres pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente sin drenaje previo y cuatro presentaron complicaciones en la primera semana como isquemia intestinal, perforación víscera hueca y hematoma hepático. En once pacientes la primera intervención fue un drenaje percutáneo ($n = 8$) o endoscópico ($n = 3$) de la necrosis pancreática. El tiempo medio transcurrido desde el ingreso hasta el drenaje fue 20 días. El numero medio de drenajes por paciente fue 2. Las indicaciones fueron deterioro clínico o evidencia en pruebas de imagen de infección de la necrosis pancreática. Tras el primer drenaje, tres pacientes presentaron resolución del cuadro y uno de ellos fue intervenido quirúrgicamente, con evolución favorable. En siete pacientes se realizó un segundo drenaje percutáneo. Un paciente no precisó ninguna intervención posterior y tres fueron sometidos a cirugía, con buena evolución. El tercer drenaje fue realizado en 3 pacientes, uno endoscópico y dos percutáneo. El paciente drenado por endoscopia fue intervenido posteriormente, con resolución del cuadro. En los otros dos pacientes se realizó un cuarto drenaje percutáneo. En un paciente fue suficiente para resolver el cuadro, mientras que el otro fue intervenido con buena evolución posterior. El 45% de estos pacientes no precisó intervención quirúrgica, resultado similar al obtenido por otras series. La cirugía que se realizó en un mayor número de ocasiones fue la necrosectomía clásica. El resto de intervenciones fueron 2 drenajes retroperitoneales (siguiendo el trayecto del drenaje previo) y una necrosectomía pancreática retroperitoneal videoasistida. El 83% de los cultivos tras el drenaje fue positivo, resultando estériles solo en dos pacientes. La mortalidad global fue del 28% y del 0% en los pacientes que fueron subsidiarios del manejo escalonado.

Conclusiones: Tras la publicación del estudio PANTER, se propone un abordaje escalonado del paciente con necrosis pancreática infectada, realizando inicialmente un drenaje percutáneo/endoscópico de la misma y cirugía posterior en función de la evolución clínica del paciente. Este manejo puede reducir la necesidad de intervención quirúrgica con buenos resultados en cuanto a morbimortalidad.