

Endoscopia retroperitoneal translumbar: nueva técnica para el seguimiento y manejo de la necrosis pancreática infectada y drenada

G. Castellanos, A. Piñero, A. Serrano* y P. Parrilla

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I. *Unidad de Endoscopia. Servicio de Medicina Interna Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Introducción. El seguimiento y manejo de la necrosis pancreática infectada y drenada puede hacerse de forma conservadora con el control clínico, TAC seriadas y reintervenciones programadas, o bien empleando periódicamente la endoscopia retroperitoneal translumbar.

Método. Mediante un abordaje translumbar extraperitoneal del retroperitoneo se drena la necrosis pancreática infectada colocando un sistema de lavado y drenaje. Tras retirar el tubo de drenaje y a través del túnel creado introducimos, bajo visión directa, un endoscopio flexible en el espacio retroperitoneal para eliminar con lavados-arrastre y aspiración el material necrótico infectado.

Resultados. En los tres pacientes estudiados hemos obtenido buenos resultados en cuanto al control y eliminación de la necrosis pancreática infectada, sin morbilidad en relación con la técnica.

Conclusiones. La endoscopia retroperitoneal permite explorar bajo visión directa el espacio retroperitoneal en las necrosis pancreáticas, facilitando su lavado y aspiración, sin añadir morbilidad. Aunque hace falta un mayor número de casos, podría disminuir las reintervenciones quirúrgicas por desbridamiento incompleto, así como los estudios de imagen para el control evolutivo de estos pacientes.

Palabras clave: Necrosis pancreática infectada. Endoscopia retroperitoneal translumbar. Pancreatitis aguda.

TRANSLUMBAR RETROPERITONEAL ENDOSCOPY: A NEW TECHNIQUE FOR THE FOLLOW-UP AND MANAGEMENT OF DRAINED INFECTED PANCREATIC NECROSIS

Introduction. The follow-up and management of drained pancreatic necrosis can be performed conservatively with clinical control, serial computed tomography and scheduled reoperations, or by periodic translumbar retroperitoneal endoscopy.

Method. Infected pancreatic necrosis was drained and a lavage and drainage system was stabilized via an extraperitoneal translumbar approach to the retroperitoneum. Through the tunnel created after removing the drainage tube, a flexible endoscope was inserted into the retroperitoneal space, under direct observation, to eliminate the infected necrotic material with washouts and aspiration.

Results. The results in the three patients studied were good in terms of control and elimination of the infected pancreatic necrosis and there was no technique-related morbidity or mortality.

Conclusions. With retroperitoneal endoscopy, the retroperitoneal space can be explored under direct observation in patients with pancreatic necrosis, thus facilitating lavage and aspiration without increasing morbidity and mortality. Although studies with a greater number of patients are required, this technique could reduce the number of surgical reinterventions for incomplete debridement as well as the number of imaging tests required during follow-up.

Key words: Infected pancreatic necrosis. Translumbar retroperitoneal endoscopy. Acute pancreatitis.

Introducción

En las pancreatitis agudas la incidencia de necrosis del parénquima ocurre en un 5-15% de los casos y su contaminación bacteriana secundaria entre el 40-70% de pacientes. La sepsis y el fallo multiorgánico determinan el curso de la enfermedad, su abordaje terapéutico y los resultados¹.

Correspondencia: Dr. G. Castellanos.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. 3.ª planta.
30120 El Palmar. Murcia.

Aceptado para su publicación en octubre de 2001.

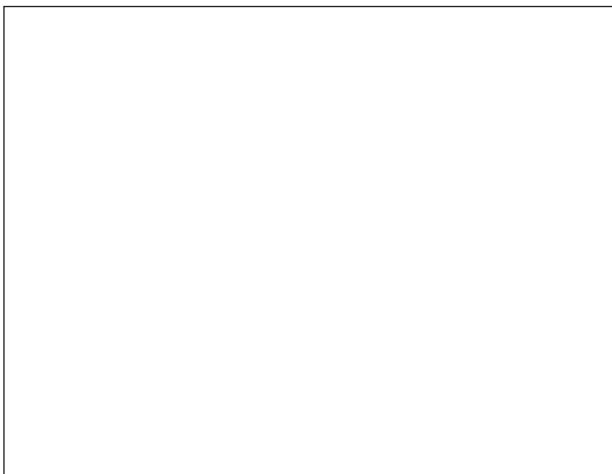


Fig. 1. Entrada del endoscopio al retroperitoneo.



Fig. 2. Retroperitoneografía.

Para el diagnóstico y seguimiento de la necrosis pancreática infectada (NPI) se emplea la tomografía axial computarizada (TAC) dinámica con contraste, y ante signos clínicos de sepsis la punción aspiración con aguja fina (PAAF) y el cultivo del material obtenido²⁻⁴.

Su manejo terapéutico requiere un tratamiento agresivo y temprano que combine la cirugía con antibióticos y medidas de soporte intensivo⁵.

El drenaje quirúrgico puede hacerse por vía transperitoneal^{6,7} o translumbar extraperitoneal⁸⁻¹⁴. El seguimiento y manejo se hace con los controles clínicos y de TAC, recurriendo a la cirugía para desbridamientos seriados, o bien mediante la endoscopia retroperitoneal translumbar (ERT) periódica^{13,14}.

Método

En nuestros pacientes el drenaje de las NPI se hizo con anestesia general, preferentemente por una incisión translumbar posterior de unos 15 cm de longitud en el lado afectado. Se rechaza el peritoneo parietal posterior y el colon hacia la línea media y accedemos por vía extraperitoneal a la celda pancreática a través de la grasa retroperitoneal, evitando yatrogenias con los vasos del mesocolon, la arteria esplénica y el uréter.

Practicamos una necrosectomía manual superficial y por arrastre con lavado, dejando el tejido necrosado adherido al páncreas, el cual irá separándose de forma espontánea y sin hemorragia con el fin de conservar la mayor cantidad posible de parénquima sano. Se colocan dos tubos, uno en la parte superior de la celda de 18 CH (Kendall Proclinics, España) para lavado continuo durante 24 h con 2 l al día de suero fisiológico y povidona yodada diluida al 20%, y otro de 32 CH más declive para drenaje del área infectada.

La incisión translumbar puede quedar abierta, taponada con compresas, y los tubos sujetos a su borde, o bien se cierra por planos exteriorizando los tubos por contraincisión.

La ERT para el control evolutivo puede hacerse en la cama con el paciente intubado o despierto con ligera sedación, colocándolo en decúbito lateral. Pasados unos 8-10 días, a través del túnel creado por el tubo de drenaje, una vez retirado éste, se introduce bajo visión directa y sin insufiación un endoscopio flexible Olimpus CV-100GIF 100HL o un GIF-PX20 (Medical Europa S.A., Barcelona, España) (fig. 1), que asciende hasta el espacio retroperitoneal para lavar y aspirar el material necrótico infectado desprendido, evitando la aspiración directa sobre el páncreas y la manipulación con pinzas de biopsia para no provocar hemorragias o yatrogenias. Finalizada la exploración se recoloca el tubo de drenaje.

Puede revisarse la celda pancreática las veces que sean necesarias en función de la evolución clínica y del material que se obtenga por el tubo de drenaje, el cual debe estar siempre permeable.

La reducción progresiva del espacio retroperitoneal puede evidenciarse contrastándolo con Omnidraf-300 (retroperitoneografía) (fig. 2), o con un control de TAC.

Resultados

La ERT ha sido empleada en tres pacientes (tabla 1), con buenos resultados en cuanto al seguimiento, manejo y eliminación de la NPI previamente drenada. El número de sesiones requeridas fue de 8, 10 y 4, respectivamente.

La ERT periódica ha sido suficiente en todos los casos para lavar, aspirar y extraer los esfacelos y fragmentos de gran tamaño de la necrosis desprendida que habitualmente obstruyen los drenajes, así como para controlar la infección y objetivar cómo el retroperitoneo es sustituido por tejido de granulación.

En ningún caso se precisaron reintervenciones quirúrgicas con anestesia general para la limpieza del retroperitoneo ni por sepsis intraabdominal, ya que el abordaje inicial siempre fue translumbar y extraperitoneal.

TABLA 1. Características clínicas de los pacientes

Casos	Edad	Sexo	Causa	Ranson	Apache II	PCR	TAC	Germen	UCI (días)	ERT (sesiones)	Seguimiento
1	35	V	Alcohol	6	19	33	D	FPSPE	85	8	Asintomático (3 años)
2	63	M	Litiásis	4	21	40	D	Coli	76	10	FMO-fallecimiento (76 días)
3	77	V	Litiásis	4	30	51	E	Coli	64	4	Asintomático (7 meses)

PCR: proteína C reactiva (normal hasta 0,5 mg/dl); FPSPE: flora polimicrobiana sin predominio de especie; FMO: fallo multiorgánico; ERT: endoscopia retroperitoneal translumbar; UCI: unidad de cuidados intensivos; D y E: estadios D por tomografía axial computarizada (TAC) según la clasificación de Balthasar.

TABLA 2. Abordaje retroperitoneal de la necrosis pancreática infectada

Autor, año	N.º de casos	Mortalidad (%)	Morbilidad (%)	Reintervenciones (media/paciente)
Fagniez, et al ⁸ , 1989	40	33	50	3,6
Villazón, et al ⁹ , 1991	18	22	38	2,6
Van Vyve, et al ¹⁰ , 1992	15	20	20	1,4
Chambon, et al ¹¹ , 1995	14	0	42	5
Nakasaki, et al ¹² , 1999	8	25	62	NA**
Carter, et al ¹³ , 2000	25*	0	25	0

*Abordaje retroperitoneal y manejo con retroperitoneoscopy en 4 casos. **NA: no aporta.

No se registró morbilidad ni mortalidad relacionadas con la técnica, aunque un paciente falleció a los 76 días de su ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) tras un fracaso multiorgánico por la mala evolución de su pancreatitis aguda grave. El funcionalismo pancreático endocrino y exocrino de los dos pacientes vivos es normal.

Discusión

La cirugía está indicada en las pancreatitis agudas graves cuando hay criterios clínicos de sepsis sin respuesta a tratamiento intensivo durante 3 a 5 días, y se demuestran por la TAC extensas áreas de necrosis pancreática y/o peripancreática cuya PAAF confirme infección bacteriana⁵. Los objetivos del tratamiento quirúrgico buscan eliminar el tejido necrosado infectado, conservando el máximo de parénquima pancreático viable, para evitar el desarrollo de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y prevenir las complicaciones tardías y los abscesos⁵.

Hay acuerdo en que la NPI debe desbridarse temprana y adecuadamente en la primera semana de evolución⁵, pero no hay unanimidad en cuál debe ser la vía de abordaje. Mientras que unos autores prefieren el acceso transperitoneal, que está gravado con alta morbimortalidad y elevada tasa de reintervenciones por sepsis⁶, otros⁸⁻¹³, entre los que nos incluimos, optan por la vía extraperitoneal translumbar, de menor morbimortalidad (tabla 2), que evita contaminar la cavidad peritoneal y no dificulta, si se requiere, el abordaje abdominal posterior.

Una vez drenada la NPI por vía posterior, su control y manejo evolutivo puede hacerse mediante los datos clínicos, la TAC y la cirugía a demanda, o con la ERT periódica¹⁴, que nos permite explorar bajo visión directa el espacio retroperitoneal y llevar a cabo el lavado y aspiración del material necrótico infectado.

A nuestro juicio, la ERT es una técnica eficaz y útil en el tratamiento de las NPI, poco invasiva, que puede hacerse cuantas veces se precise en la cama con el paciente despierto o ligeramente sedado, evitando el traslado de estos enfermos (habitualmente intubados y con inestabilidad hemodinámica) y las múltiples reinterven-

ciones quirúrgicas, para desbridamiento o por sepsis intraabdominal.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración en el manejo de estos pacientes al personal de UCI, Endoscopia y Cirugía, así como al de enfermería y auxiliar de estos servicios.

Bibliografía

1. Beger H, Rau B, Mayer J, Pralle U. Natural course of acute pancreatitis. *World J Surg* 1997;21:130-5.
2. Balthasar E, Freney P, Van Sonnenberg E. Imaging and intervention in acute pancreatitis. *Radiology* 1994;193:297-306.
3. Echevarría F, Martínez B, López F, Vuelta R. Criterios pronósticos de pancreatitis aguda. Importancia de la valoración de la necrosis pancreática mediante TC con contraste intravenoso. *Radiología* 1997;39:685-91.
4. Rau B, Pralle U, Mayer J, Beger H. Role of ultrasonographically guided fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of infected pancreatic necrosis. *Br J Surg* 1998;85:179-84.
5. Rau B, Ühl W, Buchler M, Beger H. Surgical treatment of infected necrosis. *World J Surg* 1997;21:155-61.
6. D'Egidio M, Schein M. Surgical strategies in the treatment of pancreatic necrosis and infection. *Br J Surg* 1991;78:133-7.
7. Gagner M. Laparoscopic treatment of acute necrotizing pancreatitis. *Sem Laparosc Surg* 1996;3:21-8.
8. Fagniez P, Rotman N, Kracht M. Direct retroperitoneal approach to necrosis in severe acute pancreatitis. *Br J Surg* 1989;76:264-7.
9. Villazón A, Villazón O, Terrazas F, Raña R. Retroperitoneal drainage in the management of the septic phase of severe acute pancreatitis. *World J Surg* 1991;15:103-8.
10. Van Vyve E, Reynaert M, Lengele B, Pringot J, Otte J, Kestens P. Retroperitoneal laparostomy: a surgical treatment of pancreatic abscesses after acute necrotizing pancreatitis. *Surgery* 1992;111:369-75.
11. Chambon J, Saudemont A, Porte H, Gambiez L, Quandalle P. Drenaje retroperitoneal lumboscópico para el tratamiento de las pancreatitis agudas necrotizantes. *Cir Laparosc Endosc* 1995;2:176-80.
12. Nakasaki H, Tajima T, Fujii K, Makuuchi H. A surgical treatment of infected pancreatic necrosis: Retroperitoneal Laparotomy. *Dig Surg* 1999;16:506-11.
13. Carter CR, McKay CJ, Imrie CW. Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in the management of infected pancreatic necrosis: an initial experience. *Ann Surg* 2000;232:619-26.
14. Castellanos G, Serrano A, Piñero A, Bru M, Párraga M, Martín P, Parrilla P. Retroperitoneoscopy in the management of drained infected pancreatic necrosis. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001;53:514-5.