

2023 Diciembre, 13(8): 1-2

TRATAMIENTO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA POR VARD

Abate Nicolás¹; Raffin Gabriel²; Massa Mariano¹; Chiarlo Ignacio²; Cosoli Ariel³; Quarin Carlos²; Di Luca, Bruno³

1 HIGA Prof. Dr Rodolfo Rossi y Hospital Italiano (La Plata)

2 Hospital Italiano (La Plata)

3 HIGA Prof. Dr Rodolfo Rossi (La Plata)

INTRODUCCION

La pancreatitis necrotizante constituye un cuadro clínico con alta morbimortalidad. El tratamiento inicial miniinvasivo con drenajes percutáneos ha permitido contemporizar la evolución de la misma de manera favorable. En un 30% de los casos es insuficiente, por lo que la necrosectomía retroperitoneal video-asistida (VARD) con stent constituye un eslabón clave en el "step-up approach" con mejores resultados en la morbi-mortalidad en relación a la cirugía convencional. Objetivo: Presentar nuestra experiencia y resultados del tratamiento de la necrosis pancreática por VARD con stent metálico

MATERIALES Y METODOS

Se presentan una serie de 16 casos de pancreatitis aguda con necrosis pancreática infectada (Walled Off Necrosis - WON) entre marzo del 2021 y julio del 2023 en el HIGA Prof. Dr. R. Rossi y Hospital Italiano de la ciudad de La Plata. Realizamos necrosectomía con stent metálico en 11 pacientes y la técnica utilizada consistió en la dilatación del trayecto a través del acceso percutáneo previo con dilatadores amplatz (hasta 30 Fr), la colocación de un stent esofágico totalmente recubierto de 23 mm de diámetro y la remoción de la necrosis bajo visión directa con óptica de 30° con instrumental básico de laparoscopia. Las variables analizadas fueron las siguientes: etiología, sexo, edad, vía de abordaje del drenaje percutáneo, número y calibre de los drenajes, tiempo transcurrido entre el inicio de la pancreatitis y el abordaje percutáneo, número de necrosectomías, cultivos, días de internación y complicaciones



Instrumentación a través de stent metálico



Campo quirúrgico con drenaje transgástrico y necrosis pancreática

RESULTADOS

se realizó drenaje percutáneo proactivo, con la colocación de drenaje percutáneo transgástrico en todos los casos. En 9 pacientes (81 %) se realizó además un abordaje lateral izquierdo; 4 pacientes (36 %) requirieron drenaje percutáneo transperitoneal asociado. La etiología prevalente fue litiásica (72,7 %). Todos los cultivos fueron positivos y el germen aislado con mayor frecuencia fue *E. Coli* (tabla I 36,3 %). La mediana de internación fue de 31 días y la moda del número de necrosectomías fue 2. Se observó una morbilidad del 27,2 %, con complicaciones asociadas en 3 casos (clasificación de Clavien-Dindo IVa y I), 2 resueltos por cirugía convencional y 1 que no requirió tratamiento (pseudoquiste

2023 Diciembre, 13(8): 2-2

pancreático asintomático). No observamos mortalidad relacionada al procedimiento en nuestra serie. asociadas al procedimiento.



Pieza quirúrgica (necrosis pancreática)



Control postoperatorio con stent colocado para eventual re-necrosectomía

CONCLUSIÓN

El advenimiento de las técnicas mini-invasivas logró un cambio radical en el paradigma de tratamiento de la necrosis pancreática, con disminución del estrés quirúrgico (SIRS) y el fallo de órgano asociado (principal factor de mortalidad). El drenaje percutáneo permite controlar el origen de la infección mediante la remoción del líquido en la colección, permitiendo diferir la necrosectomía, de ser necesaria, más allá de las 4 semanas. EIVARD con stent metálico dentro del marco del *step-up approach* constituye una alternativa segura y efectiva, con un bajo índice de morbimortalidad relacionado al procedimiento, como así también disminuyendo los días de internación y costos institucionales comparado con la necrosectomía abierta. La decisión del abordaje dependerá de las características del paciente, de la colección y de la experiencia del centro.

N°	Sexo	Edad	Etiología	Vías de abordaje	Calibre de drenajes	Cultivos
1	M	62	Litiásica	Transgástrico Lateral izquierdo	8 Fr 10 Fr, 12 Fr	Enterococcus Faecalis Klebsiella pneumoniae
2	F	77	Post CPRE	Transgástrico Transperitoneal (hipocondrio derecho)	10 Fr 12 Fr, 14 Fr	Achromobacter
3	F	58	Litiásica	Transgástrico X2, Lateral izquierdo	10 Fr, 8 Fr 10 Fr, 12 Fr	Enterococcus faecalis
4	M	35	Alcohólica	Transgástrico Lateral izquierdo x2	8 Fr, 10 Fr, 12 Fr, 14 Fr, 10 Fr	Acinetobacter
5	M	63	Litiásica	Transgástrico Lateral izquierdo	10 Fr 10, Fr, 12 Fr, 28 Fr	E. Coli
6	F	32	Litiásica	Transgástrico Lateral izquierdo	10 Fr 10 Fr, 12 Fr, 14 Fr	Klebsiella pneumoniae
7	M	59	Idiopática	Transgástrico Lateral izquierdo	8 Fr 10 Fr, 12 Fr	E. Coli
8	M	65	Litiásica	Transgástrico Lateral izq. Transperitoneal (hipocondrio der.)	10 Fr 12 Fr, 12 Fr, 14 Fr	Citrobacter Klebsiella pneumoniae
9	M	50	Litiásica	Transgástrico Lateral izquierdo	10 Fr 10 Fr, 12 Fr, 14 Fr	Aeromonas caviae
10	F	69	Litiásica	Transgástrico Transperitoneal (hipocondrio derecho)	8.5 Fr 10 Fr, 12 Fr	E. Coli Cándida
11	M	67	Litiásica	Transgástrico Lateral izquierdo	10 Fr 12 Fr, 14 Fr	E. coli Pseudomona