



P-272 - RETROPERITONEOSCOPIA VIDEO ASISTIDA COMO ALTERNATIVA EN CASO DE PANCREATITIS NECROHEMORRÁGICA SOBREENFECTADA

Sedano Vizcaíno, Cristina; Robayo Soto, Paúl; Domingo Ajenjo, María Teresa; Mezquita Gayango, Susana; Pinto Maureira, Juan Antonio; Gallardo Ortega, Andrés; Ocaña Fernández, Dolores

Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa.

Resumen

Introducción: Presentación de caso clínico de abordaje por retroperitoneoscopia para tratamiento de necrosis pancreáticas infectadas, técnica y resultados.

Caso clínico: Varón de 48 años con antecedentes de E. de Crohn ileal con enfermedad perianal que ha precisado abordajes quirúrgicos (resección intestinal e intervención de fístula perianal compleja con setón). Acude a urgencias (9/8) por dolor abdominal con cortejo vegetativo, siendo diagnosticado de pancreatitis aguda, con ingreso primero en planta, y posteriormente en UCI. Ante el aumento progresivo de perímetro abdominal con datos clínicos de síndrome compartimental se decide colocación de drenaje abdominal tipo *pig-tail* (26/8) con salida de 3l de líquido amarillento presentando mejoría respiratoria significativa. En dicho líquido se aísla *Klebsiella pneumoniae* y el paciente presenta datos clínicos compatible con sepsis, por lo que se decide colocación de drenajes para lavado intraabdominal vía anterior (30/08) sin obtenerse respuesta favorable. El día 3/9 guiados por el catéter lumbar izquierdo, se realiza incisión de unos 2 cm, se coloca puerto único, y se visualiza la celda pancreática, obteniendo gran cantidad de material necrótico, purulento y esfacelos; dejándose tubo de gran calibre para drenaje-lavado. El día 19/9 y tras realización de TAC abdomino-pélvico de control, se decide reintervención quirúrgica mediante laparoscopia exploradora para lavado de varias colecciones intra-abdominales. El día 9/10 ante la persistencia de colección en celda pancreática con catéter de drenaje en correcta posición, con parámetros de sepsis, se coloca nuevo drenaje de mayor calibre para continuidad de lavados. En los días sucesivos cede el síndrome febril, y mejora el cuadro respiratorio, siendo posible el alta a planta. El 24/11 presenta hemorragia digestiva alta de importante cuantía realizando EDA urgente encontrando coágulo a nivel papilar que se esclerosa, así como emisión de restos hemáticos por drenaje retroperitoneal que se autolimita. En planta es valorado por los servicios de Rehabilitación (polineuropatía grave del paciente crítico), MI (control diabetológico), Farmacia hospitalaria (control nutricional), MI (cuadro infeccioso), Digestivo (E. Crohn), cirugía (control y lavados por drenaje) y cuidados de enfermería individualizados. Evoluciona de forma lenta, pero favorable, y finalmente es dado de alta hospitalaria en diciembre de ese mismo año. A día de hoy se encuentra con trayecto dorso-lumbar izquierdo con escasa secreción purulenta, con DMID bien controlada, buena tolerancia oral y como tránsito intestinal conservado.

Discusión: El manejo multidisciplinar junto a la necrosectomía retroperitoneal video asistida es una

técnica factible y reproducible en casos seleccionados de pancreatitis con áreas necróticas infectadas, evitando el riesgo de contaminación de la cavidad abdominal que presentan otros abordajes.