



P-613 - ACCESO RETROPERITONEAL COMBINADO EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE

Ugarte Sierra, Bakarne¹; López, María¹; Maniega Alba, Roberto¹; de la Serna, Alejandro¹; Echevarria, Javier¹; Landaluce, Aitor²; Bernal, Antonio¹; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier¹

¹Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao; ²Hospital Urduliz, Urduliz.

Resumen

Introducción: Las complicaciones locales de la pancreatitis aguda incluyen pseudoquistes pancreáticos, necrosis pancreática amurallada, colección de líquido peripancreático y colección aguda necrótica. El drenaje endoscópico de las colecciones de fluidos pancreáticos con pared neoformada y el drenaje percutáneo guiado por radiología pueden ser una alternativa a la cirugía cuando es necesaria la intervención. En los pacientes con pancreatitis necrotizante infectada probada o bajo sospecha, se debe retrasar la intervención invasiva (es decir, drenaje percutáneo del catéter, drenaje transluminal endoscópico/necrosectomía, necrosectomía mínimamente invasiva o abierta) si fuera posible hasta al menos 4 semanas después de la presentación inicial, para permitir que la colección cree una pared (Grado 1C, nivel de recomendación fuerte). La estrategia de intervención óptima para los pacientes con pancreatitis necrotizante infectada presunta o confirmada es el drenaje inicial mediante un catéter percutáneo guiado por imagen (retroperitoneal) o drenaje transluminal endoscópico, seguido, si es necesario, por necrosectomía endoscópica o quirúrgica. (Grado 1A, nivel de recomendación fuerte).

Objetivos: Mostrar la viabilidad del abordaje retroperitoneal de la pancreatitis aguda necrotizante combinando el tratamiento endoscópico con la radiología intervencionista.

Caso clínico: Presentamos un hombre de 36 años de edad con síndrome de poliposis adenomatosa familiar que sufre una pancreatitis aguda necrohemorrágica debido a la realización de un CPRE para extirpar un pólipo duodenal. Presentamos un paciente con necrosis pancreática conocida que abordamos combinando un drenaje percutáneo guiado por radiología y la punción transgástrica guiada por endoscopia con colocación de prótesis AXIOS. Ambos permitieron la entrada transluminal para el desbridamiento con un gastroscopio de visión frontal y una necrosectomía endoscópica/quirúrgica retroperitoneal guiada por el drenaje del catéter percutáneo. El material necrótico fue movilizado mediante redes, cestas, y/o fórceps. El paciente requirió 4 sesiones de desbridamiento endoscópico con un intervalo de 7-14 días.

Discusión: La punción transgástrica guiada por endoscopia combinada con el drenaje percutáneo guiado por radiología permite la necrosectomía endoscópica retroperitoneal, constituyendo una opción de tratamiento alternativo al abordaje quirúrgico clásico de la pancreatitis aguda necrotizante.