



## V-209 - NECROSECTOMÍA TRANSGÁSTRICA MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO INTRAGÁSTRICO

Vellalta Muxí, Gemma<sup>1</sup>; López Sterup, Rosemarie<sup>1</sup>; Torres Sierra, Sandra<sup>2</sup>; D'Angelo, Eugenio Patricio<sup>1</sup>; Dopazo Tobaada, Cristina<sup>2</sup>; Puig Puig, Oriol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Corachán S.A., Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** El abordaje laparoscópico transgástrico de la necrosis pancreática sobreinfectada es una alternativa a la endoscopia que tiene especial interés en pacientes con necrosis pancreáticas extensas de cabeza y cuello ya que permite una necrosectomía inicial más amplia, favoreciendo un mejor control de la infección inicial. La colocación de los trócares intragástricos además proporciona un buen acceso a la cavidad de necrosis minimizando la lesión gástrica.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente de 61 años que ingresa por una pancreatitis necrótica sobreinfectada desde su ingreso, con extensa afectación de cabeza y cuerpo pancreático. Al mes de inicio de la sintomatología, persiste con sepsis de difícil control que precisa prolongación de la estancia en UCI con necesidad de soporte vasoactivo continuado, por lo que se plantea una necrosectomía transgástrica laparoscópica. Se colocan tres trócares intragástricos: uno óptico con balón -fijando la pared gástrica anterior a la pared abdominal- y dos de trabajo de 12 mm y 5 mm. Tras acceder a cavidad gástrica, se localiza la colección mediante punción transgástrica con aguja de Veress y posteriormente se confecciona una cistogastrostomía mecánica. A través de la misma se accede a la cavidad de necrosis y se practica una amplia necrosectomía y drenaje de colecciones. Antes de finalizar el tiempo intragástrico se coloca sonda de alimentación yeyunal y sonda nasogástrica a cavidad de necrosis que actúa como drenaje. Se retorna a cavidad abdominal y se realiza cierre de orificios de trócares gástricos y posterior colecistectomía dado que la causa de la pancreatitis era de origen biliar. Tras la cirugía el paciente sigue una correcta evolución pudiéndose retirar la medicación vasoactiva a las 24 horas. Dos semanas después se realiza una nueva exploración endoscópica a través de la cistogastrostomía para drenaje de necrosis residual. Finalmente, a las tres semanas de la cirugía inicial, se practica un último drenaje de una colección a la raíz del mesenterio que se realiza a través de una nueva laparoscopia. El paciente es dado de alta una semana después, permaneciendo asintomático y con buena tolerancia oral. El abordaje mínimamente invasivo de la necrosis pancreática ha demostrado en múltiples estudios su eficacia y seguridad en comparación con la técnica abierta.

**Discusión:** Frente al abordaje endoscópico, en la necrosis de cabeza y cuerpo pancreático, la necrosectomía transgástrica laparoscópica permite la confección de una cistogastrostomía y a la vez una amplia necrosectomía inicial a la que pueden añadirse futuras revisiones endoscópicas a través de la cistogastrostomía en caso de necesidad. El abordaje laparoscópico solo o su uso combinado con

la endoscopia posibilitaría una optimización del control de la infección en el tiempo con una mejoría de la morbimortalidad y la estancia hospitalaria. Estudios comparativos de técnicas solas vs. técnicas combinadas son necesarios para establecer evidencia clínica. Finalmente, en el abordaje laparoscópico, la gastrotomía anterior es la técnica más usada. Sin embargo, en casos seleccionados es posible la colocación de trócares intragástricos que proporcionan un acceso excelente y una visión mejorada de la cavidad de la necrosis, evitando la necesidad de amplias gastrotomías anteriores.