



O-119 - VENTAJAS DEL ABORDAJE ENDOSCÓPICO TRANSGÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES GRAVES DE LA PANCREATITIS AGUDA

C. Dopazo Taboada, J. Balsells Valls, M. Abu-Suboh Abadia, L. Blanco Cuso, M. Caralt Barba, S. de la Serna, J.R. Armengol Miro y R. Charco Torra

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: El tratamiento de las colecciones necróticas agudas (CNA) dentro de la evolución de las pancreatitis agudas graves está cambiando hacia una actitud menos invasiva en los últimos años dada la elevada morbilidad y mortalidad de la necrosectomía quirúrgica. La necrosectomía transgástrica endoscópica es una técnica reciente que puede contribuir a reducir el número de complicaciones en casos seleccionados.

Objetivos: Analizar los resultados de morbi-mortalidad a corto y largo plazo del drenaje transgástrico endoscópico (DTE) como alternativa terapéutica en el manejo de las CNA secundarias a una pancreatitis aguda grave.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye aquellos pacientes diagnosticados de pancreatitis grave con CNA tributaria de DTE entre 2011-2013. Indicaciones de DTE: CNA > 5 cm en contacto con cámara gástrica, al menos 3-4 semanas de evolución y clínica de sepsis, fiebre o síntomas locales (intolerancia digestiva). Técnica de DTE: localización y punción de la CNA guiado por eco-endoscopia con colocación de la prótesis transgástrica de 10 o 15 mm de diámetro (*sistema AXIOS™ and Delivery, modelo AXSUS 1010 o AXSUS 1015*) creando un conducto transluminal entre la cámara gástrica y la CNA que permite drenaje y desbridamiento de la misma. En ningún caso se ha colocado sonda naso-quistica. Protocolo de seguimiento post-DTE: antibioterapia endovenosa según antibiograma, nutrición parenteral hasta inicio de ingesta oral si mejoría clínica o ausencia complicaciones graves tras el procedimiento, revisiones endoscópicas semanales previa realización de TC abdominal y retirada de prótesis transgástrica tras desaparición radiológica de la CNA. Mediana de seguimiento: 9 meses (r: 4-40).

Resultados: Seis pacientes tuvieron indicación de DTE con una mediana de edad 61 años (r: 31-77). Tamaño de la colección: 118 mm (r: 58-200). "Step up approach" mediante drenaje percutáneo de la colección sólo en 1 caso. Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas a DTE: 27 días (r: 10-39). Número de DTE: 5 (r: 1-7). Morbilidad post-DTE: 1 fallo de procedimiento requiriendo necrosectomía quirúrgica. No mortalidad asociada.

Conclusiones: El DTE es una alternativa con baja morbi-mortalidad en el tratamiento de las CAN de gran tamaño, adyacentes a cámara gástrica y con al menos 3-4 semanas de evolución.