



V-071 - NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA POR ABORDAJE RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA

Peiró Monzó, Fabián; Ponce Villar, Úrsula; Planells Roig, Manuel Vicente; Krystek Galdós Tanguis, Nicolas; Seguí Gregori, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francisc de Borja, Gandía.

Resumen

Introducción: La pancreatitis grave sigue asociándose a una alta tasa de mortalidad y esta aumenta significativamente en presencia de necrosis pancreática infectada. El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva ha permitido incorporar nuevos abordajes al tratamiento de esta enfermedad. El acceso retroperitoneal laparoscópico para el drenaje y desbridamiento del tejido necrótico infectado aporta menores tasas de morbilidad. Presentamos un vídeo de necrosectomía retroperitoneal laparoscópica con 2 puertas.

Caso clínico: Mujer de 50 años ingresada en el servicio de min por pancreatitis aguda alcohólica. La paciente presenta un empeoramiento progresivo con fiebre, distensión abdominal y parámetros analíticos de sepsis. Se realiza Tc abdominal: glándula pancreática parcialmente mal delimitada, homogénea, destaca la presencia de grandes colecciones líquidas retroperitoneales a nivel de celda pancreática con efecto masa retrogástrico (10 × 19 cm), espacio pararrenal anterior izquierdo (12 cm) y con extensión a FII y espacio presacro. Se realiza punción drenaje de la colección por zona lumbar izquierda, obteniendo material purulento. El cultivo del drenaje Enterococo coagulasa negativo. A pesar del tratamiento antibiótico con imipenem, vancomicina, fluconazol, piperacilina-tazobactam, la paciente cursa con fiebre mantenida. Se realiza nuevo cultivo del drenaje y crece *Pseudomonas*, por lo que se añade amikacina ante la persistencia de la fiebre, nuevo Tc de control sin mejoría por lo que se consulta con Cirugía para drenaje quirúrgico. Se decide drenaje quirúrgico por abordaje laparoscópico retroperitoneal y evitar contaminación peritoneal. Se interviene quirúrgicamente por vía posterior, accediendo por zona lumbar siguiendo trayecto del drenaje pigtail, se introduce trocar de Hasson e insuflación de gas. Otra puerta de entrada de 12 mm a nivel dorso-lumbar, drenaje aspirado de gran cantidad de material purulento achocolatado y material necrótico pancreático. Se drenan las colecciones retrogástricas y pararrenal izquierda, Fii y presacro izquierdas. Se realizan lavados abundantes y se dejan 3 drenajes tipo Martín-palanca uno retrogástrico y otros dos más caudales en FII y pararrenal anterior. Postoperatorio con lavados continuos a razón de 2 litros cada 24 horas en cada drenaje, hasta obtener débitos limpios. Nuevo control TC con resolución de las colecciones y retirada de los drenajes. Evolución de la paciente favorable. En seguimiento por consultas externas, asintomática y resolución completa de las colecciones.

Discusión: Las técnicas mínimamente invasivas deben considerarse como opción quirúrgica de

primera elección en el tratamiento de pacientes con pancreatitis aguda necrotizante. La necrosis pancreática con grandes colecciones retroperitoneales izquierdas se pueden manejar con seguridad por vía retroperitoneal laparoscópica, permiten realizar la necrosectomía bajo visión directa y facilitan la colocación de los drenajes para lavados continuos. El abordaje retroperitoneal laparoscópico aporta un menor traumatismo de la pared abdominal anterior y también del peritoneo evitando su contaminación y manteniendo la función inmune peritoneal, por lo que podría minimizar las lesiones el sistema inmunológico del paciente y por lo tanto reducir la respuesta inflamatoria sistémica.