



VÍDEO: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LAS COLECCIONES PANCREÁTICAS

Camila Haro, Nicolás Muniz, Andrés Pouy, Manuel Sanguinetti, Marcelo Laurini, Marcelo Viola.

Departamento de Cirugía. *Médica Uruguaya* Corporación de Asistencia Médica, Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: para contactar con el autor accionar [aquí](#).

RESUMEN/ABSTRACT:

Introducción: El manejo de las colecciones pancreáticas ha evolucionado con los años, optándose hoy en día por técnicas mínimamente invasivas, que permitan la resolución del cuadro con la mínima morbilidad.

Caso clínico y técnica quirúrgica: Paciente mujer que presentó una necrosis encapsulada como complicación tardía de una pancreatitis biliar. Se trataba de una colección de gran tamaño, sintomática, por lo que se decidió su tratamiento, optando por una quistogastrostomía laparoscópica. La misma se realizó por vía trans-gástrica con sutura mecánica, realizando posteriormente el cierre de la gastrotomía mediante sutura continua de hilo barbado de reabsorción lenta.

Discusión: Existen múltiples opciones terapéuticas para las colecciones pancreáticas. Tanto la endoscopia y el drenaje percutáneo tienen como ventaja su mínima invasividad, pero requieren de material especial, ventana terapéutica y logran drenajes de pequeño calibre, que suelen requerir múltiples intervenciones. La quistogastrostomía quirúrgica tiene como ventaja el drenaje amplio de la cavidad y la posibilidad de resolver al paciente en un único tiempo quirúrgico.

Conclusiones: La quistogastrostomía laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva, que permite la resolución de las colecciones pancreáticas con mínima morbilidad.

Palabras clave: Necrosis pancreática, pseudoquiste pancreático, laparoscopia, quistogastrostomía.

VÍDEO:

Introducción:

Las complicaciones locales tardías de la pancreatitis aguda incluyen la necrosis encapsulada o “walled-off necrosis” (WON) y los pseudoquistes pancreáticos (1,2). La primera es la complicación evolutiva de la necrosis pancreática, que adquiere una pared y se licúa. Los pseudoquistes surgen de las colecciones líquidas agudas, que también evolucionan a la formación de una pseudo-pared (1,3).

El manejo de estas colecciones pancreáticas ha evolucionado con los años. La indicación de tratamiento de estos surge ante complicaciones infecciosas o sintomatología persistente. Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal o lumbar, o aquellos derivados de la compresión gastroduodenal (plenitud precoz, vómitos, anorexia, adelgazamiento) o ictericia por compresión biliar (1,2,4,5).

Muchas veces es difícil establecer el tipo de colección en el preoperatorio, y sólo durante la cirugía o el drenaje se logra diagnosticar la WON por la presencia de detritus celulares (6). Sin embargo, esto no constituye un problema mayor, ya que su tratamiento sigue las mismas directivas (7).

El tratamiento de estas colecciones consiste en su drenaje, que puede realizarse hacia el exterior o mediante una derivación hacia el tubo digestivo. Clásicamente el procedimiento derivativo se realizaba a cielo abierto, pero en los últimos años se han desarrollado técnicas mínimamente invasivas, disminuyendo la morbilidad del procedimiento (2,7).

Caso clínico y técnica quirúrgica:

Paciente mujer de 58 años, que presentó una pancreatitis aguda litiásica moderadamente severa, con presencia de necrosis en la cabeza del páncreas y colecciones líquidas peripancreáticas. La paciente tuvo una buena evolución con tratamiento médico, y se le realizó una colecistectomía laparoscópica para prevención de recurrencias a los 20 días tras la resolución del cuadro inicial, sin complicaciones tras dicha intervención. En los controles postoperatorios la paciente

relata episodios de dolor abdominal, constatándose una proteína C reactiva elevada en los estudios analíticos.

A los 4 meses de la cirugía, acude a Urgencias por aumento del dolor abdominal y vómitos profusos. A la exploración física, se evidencia una taquicardia de 100 lpm, y a nivel epigástrico una tumoración redondeada y dolorosa. Se solicita una tomografía que informa una voluminosa imagen de aspecto quístico a nivel céfalo-pancreático, de 116 x 110 x 84mm (ver **imagen 1**).



Imagen 1: Tomografía computada que evidencia WON

Con el diagnóstico de WON, se decide la realización de una derivación laparoscópica. Se coloca a la paciente en decúbito dorsal y se colocan los trocares triangulando hacia el epigastrio. En la inspección se evidencia el quiste abombando por detrás del estómago. Se incide la pared gástrica anterior, accediendo a la luz del estómago, y luego la pared gástrica posterior y la WON. Se realiza la quistogastrostomía mediante una grapadora lineal de 60mm – 3,5mm (endoGIA, Covidien, Medtronic). Finalmente se procede al cierre de la gastrotomía mediante sutura continua con hilo barbado de copolímero de ácido glicólico y carbonato de trimetileno 3-0. Todas las maniobras pueden visualizarse en el vídeo.

Discusión:

Existen hoy en día diversas opciones terapéuticas para las colecciones pancreáticas sintomáticas, tanto quirúrgicas, endoscópicas como percutáneas (8). La derivación hacia el tubo digestivo por vía endoscópica es un procedimiento mínimamente invasivo, que no requiere incisiones abdominales. Sus desventajas incluyen la necesidad de contar con un ecoendoscopio, poco disponible en algunos

medios como el nuestro, y que la derivación es estrecha, por lo que puede ocluirse por detritos celulares, especialmente en WON. Por este motivo suelen requerirse endoscopías seriadas para la resolución completa del cuadro (2,5). El drenaje percutáneo es también de calibre estrecho, y puede requerir múltiples drenajes o recambio de los mismos. Otra desventaja es que puede generar una fístula pancreática, de difícil resolución (1,5).

La ventaja de la derivación quirúrgica es que permite establecer un drenaje amplio, logrando resolver al paciente en una única intervención. El desarrollo de esta técnica por vía laparoscópica ha logrado resultados comparables a la cirugía abierta, con una menor morbilidad parietal, menor desarrollo de disfunciones orgánicas y más rápida recuperación postoperatoria (3,9,10). A su vez, dicho abordaje puede ser aplicado en el marco de un plan de tratamiento multimodal como el protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), que tiene como objetivo disminuir los tiempos de hospitalización, recuperación y complicaciones perioperatorias. Estos protocolos se han extendido a todo tipo de procedimientos abdominales y comenzaron a aplicarse a la cirugía esófago-gástrica en los últimos años (11).

Conclusiones

La quistogastrostomía laparoscópica es una técnica segura, que permite la resolución de las colecciones pancreáticas en un solo procedimiento y con baja morbimortalidad.

Declaraciones y conflictos de intereses: Todos los autores declaran que conocen, participan, y están de acuerdo con el contenido del manuscrito. Declaran no tener conflicto de interés con la revista ACIRCAL ni con la industria. El trabajo no ha sido presentado previamente en otra revista o congreso científico, ni está siendo evaluado por otra publicación científica de forma simultánea.

Referencias bibliográficas:

1. García García de Paredes A, López-Durán S, Foruny Olcina JR, Albillos A, Vázquez-Sequeiros E. Management of pancreatic collections: an update. *Rev Esp Enferm Dig.* 2020;112(6):483-490. doi:10.17235/reed.2020.6814/2019

2. Tyberg A, Karia K, Gabr M, et al. Management of pancreatic fluid collections: A comprehensive review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2016;22(7):2256-2270. doi:10.3748/wjg.v22.i7.2256
3. Nassour I, Ramzan Z, Kukreja S. Robotic cystogastrostomy and debridement of walled-off pancreatic necrosis. *J Robot Surg.* 2016;10(3):279-82. doi: 10.1007/s11701-016-0581-0. Epub 2016 Apr 2. PMID: 27039191; PMCID: PMC4992458.
4. Hines OJ, Pandol SJ. Management of severe acute pancreatitis. *BMJ.* 2019;367:6227. doi:10.1136/bmj.l6227
5. Ramia JM, de la Plaza R, Quiñones-Sampedro JE, Ramiro C, Veguillas P, García-Parreño J. Walled-off pancreatic necrosis. *Neth J Med.* 2012;70(4):168-171.
6. Bugiantella W, Rondelli F, Boni M, et al. Necrotizing pancreatitis: A review of the interventions. *Int J Surg.* 2016;28 Suppl 1:S163-S171. doi:10.1016/j.ijсу.2015.12.038
7. Umapathy C, Gajendran M, Mann R, et al. Pancreatic fluid collections: Clinical manifestations, diagnostic evaluation and management [published online ahead of print, 2020 Apr 17]. *Dis Mon.* 2020;100986. doi:10.1016/j.disamonth.2020.100986
8. Sorrentino L, Chiara O, Mutignani M, Sammartano F, Brioschi P, Cimbanassi S. Combined totally mini-invasive approach in necrotizing pancreatitis: a case report and systematic literature review. *World J Emerg Surg.* 2017;12:16. Published 2017 Mar 16. doi:10.1186/s13017-017-0126-5
9. Cirocchi R, Trastulli S, Desiderio J, et al. Minimally invasive necrosectomy versus conventional surgery in the treatment of infected pancreatic necrosis: a systematic review and a meta-analysis of comparative studies. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2013;23(1):8-20. doi:10.1097/SLE.0b013e3182754bca
10. Bergman S, Melvin WS. Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am.* 2007;87(6):1447-ix. doi:10.1016/j.suc.2007.09.003
11. Bruna Esteban M, Vorwald P, Ortega Lucea S, Ramírez Rodríguez JM; Grupo de Trabajo de Cirugía Esofagológica del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM). Rehabilitación multimodal en la cirugía de resección gástrica. *Cir Esp.* 2016;95(2):73-82. doi:10.1016/j.ciresp.2016.10.013.