

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES LOCALES DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR

Dr Oscar Mazza

Tratamiento de las colecciones líquidas agudas (CLA)

Con esta definición agrupamos a aquellas colecciones líquidas de localización peripancreática que aparecen en forma temprana en el marco de una pancreatitis aguda. La característica distintiva es la ausencia de pared o tejido fibroso que las delimite, a diferencia de los pseudoquistes. Son más frecuentes en las formas severas, pero no son un marcador pronóstico de gravedad.

Debemos reafirmar el concepto de que las CLA no constituyen de por sí una complicación, sino una manifestación local del proceso inflamatorio. De hecho, el 50 o 60% de las mismas involucionan en forma espontánea durante la evolución del cuadro. El resto progresa a pseudoquistes o abscesos pancreáticos. Teniendo en cuenta lo expuesto, la gran mayoría de las mismas no necesita tratamiento alguno durante la fase aguda. Excepcionalmente, las CLA pueden provocar síntomas producidos por compresión de las vísceras huecas abdominales, principalmente estómago, o dolor. Para esos casos, existe la opción de la descompresión por medio de la punción evacuación de la misma por aguja, o preferentemente por la colocación de un drenaje percutáneo bajo control tomográfico o ecográfico. (19)

La otra indicación de punción de las CLA la constituye la mala evolución del paciente, donde la misma tiene el objetivo de conseguir material para bacteriología, ya que la infección de las mismas indicaría la necesidad de un tratamiento agresivo de las CLA. Se puede intentar también en estos casos el tratamiento percutáneo de las mismas, pero ante la menor duda o falta de respuesta inicial, el tratamiento debe ser el drenaje quirúrgico.

Tratamiento de las complicaciones locales como consecuencia de la necrosis pancreática o peripancreática

La necrosis pancreática es quizás la manifestación más temida de la pancreatitis aguda. Esta ocurre en el 10% de las pancreatitis, de las cuales se sobreinfectarán entre el 40 y 50%. Si tenemos en cuenta que este 4 a 5% de pacientes con necrosis pancreática infectada (NPI) constituyen el 80% de las muertes debido a pancreatitis aguda, se puede tener una idea real de su importancia (21).

Podemos comenzar por la única postura universalmente aceptada: La confirmación de Necrosis Retroperitoneal Infectada (NRI) es una indicación absoluta de cirugía. La mortalidad de dicho cuadro con tratamiento conservador es casi del 100%. Por otra parte, la gran mayoría de pacientes fallecidos con NR presentan persistencia de la infección sin resolver. En una revisión de Lumsden y Bradley de 45 artículos con 1100 casos publicados en la literatura, la mortalidad de la NPI fue del 39,3% con un rango entre las distintas series de 14 a 58%. La morbilidad del cuadro fue del 82%, con un rango de 66 a 96% (21).

Por lo general instalamos medidas de sostén, y ante la mala respuesta clínica optamos por la cirugía sin tener en cuenta la infección. En ciertos casos límite, donde el paciente sufre un estancamiento o un lento deterioro, sí utilizamos la PAF, ya que la presencia de infección será definitiva.

La NR debe interpretarse como un proceso continuo y no estático. Esto explica el hallazgo de los autores que realizan necrosectomías programadas, quienes a pesar de una cirugía de debridamiento completa y exitosa, encuentran nuevamente material necrótico en las reexploraciones. De ahí se desprenden los objetivos de la cirugía:

- Remover todo el tejido desvitalizado y purulento
- Lograr un drenaje continuo del retroperitoneo
- Evitar la persistencia o recidiva del foco infeccioso

El objetivo de la cirugía inicial en las complicaciones locales de la PA es claro: debridamiento de todo el material necrótico y drenaje de todas las colecciones líquidas y purulentas. Prácticamente todos los autores coinciden que el mejor abordaje para este procedimiento está dado por una incisión subcostal bilateral. El abordaje a la retrocavidad se logra en forma óptima a través del ligamento gastrocólico, ya que permite una adecuada exposición de toda la celda pancreática y retroperitoneo. La exposición lograda por la vía transmesocolónica es más limitada.

En la actualidad, nosotros utilizamos un abordaje abierto con la técnica de marsupialización. La cavidad se deja drenada con catéteres, y se completa con un pack de gasas con solución fisiológica. Si el paciente presenta gran necrosis retroperitoneal, colocamos drenajes de gran calibre al espacio parietocólico preferentemente por contraabertura lumbar. El manejo postoperatorio dependerá de la evolución del paciente. Si la misma tiende a ser estable, realizamos sólo el cambio de gasas de la retrocavidad, con lavado y aspiración local. Muchas de estas curaciones las hemos realizado en la sala de terapia intensiva, sin necesidad de trasladar al paciente. Si el cuadro persiste estable, comenzamos con los lavados con abundante solución fisiológica por los drenajes. Si el paciente persiste con un cuadro séptico, la reexploración en quirófano es la conducta.

Tratamiento de los pseudoquistes de páncreas

Los pseudoquistes de páncreas aparecen en el 1 a 10% de las pancreatitis agudas (30,31). Por lo general, son una instancia evolutiva posterior de las colecciones líquidas peripancreáticas, que no son reabsorbidas. Luego de aproximadamente 4 semanas, estas colecciones son delimitadas por una pared sin epitelio, constituida por tejido fibroso o tejido de granulación.

La diferente evolución que pueden tener estos pseudoquistes, es lo que ha hecho que el manejo de los mismos no haya sido aún consensuado. Por un lado, se conoce el hecho de que librados a su evolución natural, ciertos pseudoquistes involucionan en forma espontánea. Sin embargo, durante este período de observación, muchos otros PP no sólo no involucionarán, sino que además presentarán complicaciones severas que comprometerán de manera importante la evolución del paciente. Estas temidas complicaciones son la infección, el sangrado y la ruptura del PP. En el caso de los PP agudos, con pared constituida, la involución se puede esperar en sólo el 10% de ellos, y por lo general en aquellos de menos de 5 cm de diámetro.

En caso de presentar sobreinfección agregada, el tratamiento deberá ser el de un absceso o necrosis infectada, con drenaje al exterior del foco séptico. No se deben realizar como regla general derivaciones internas en presencia de infección.

En caso de pseudoquistes no infectados, se tomarán en cuenta dos características principales: La cantidad de necrosis asociada al PP, y el tamaño del mismo.

En los PP agudos de etiología biliar, por lo general se encuentra un gran componente de necrosis glandular o peripancreática asociada. Esto puede ser evaluado muy bien mediante el uso de tomografía computada, o mejor aún con resonancia magnética nuclear que tiene gran sensibilidad para discriminar líquido. En éstos casos está aconsejado el tratamiento quirúrgico convencional, ya que el abordaje percutáneo no será suficiente para el drenaje del material necrótico, aumentando los riesgos de sobreinfección y fístula pancreática externa si hay disrupción del conducto de Wirsung.

En ciertos pseudoquistes agudos, y en la mayoría de los crónicos, el componente fundamental es líquido. En estos casos, el drenaje percutáneo es de suma efectividad para el tratamiento. Inclusive, es en estos pacientes donde el drenaje interno endoscópico, a través del duodeno o el estómago, tiene excelentes resultados (34).

Por último, debemos considerar qué cirugía de derivación es la más aconsejada. Creemos que el elemento a tener en cuenta en la decisión es el tamaño y localización del PP. Si bien cierto autores no encuentran diferencias entre la cisto-gastro y cisto-

yeyunoanastomosis, (31), creemos que la derivación debe ser realizada en la zona de mayor declive del pseudoquiste. En los casos de PP pequeños, ésta puede coincidir con la cara posterior del estómago, siendo la cistogastroanastomosis de elección. Sin embargo, en los casos de mayor tamaño, fundamentalmente en los que el quiste sobrepasa la curvatura mayor, la derivación gástrica puede dejar zonas del quiste mal drenadas, con el riesgo de pasaje de alimentos a la cavidad, y mayor probabilidad de infección (35). En estos casos, la derivación con un asa de yeyuno en Y de Roux ofrece mejores resultados.