

PANCREATITIS AGUDA

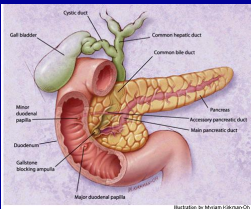
MANEJO: ¿Cirugía o No?

Dr. Fernando Herrera Fernández, FACS

Escuela de Medicina

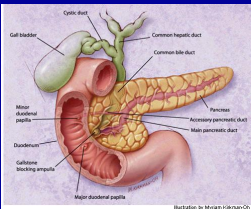
Universidad de Sonora

Hermosillo, Sonora, Mexico



TEMAS

1. Guías para el manejo quirúrgico (IAP)
2. Enfoque clínico (Clasificación)
 - Necrosis estéril
 - Necrosis infectada
3. Técnicas quirúrgicas
4. Manejo de Pancreatitis biliar



IAP Guías para el manejo quirúrgico

22 de junio del 2002

Heidelber, Alemania

**International Association of
Pancreatology (IAP)**

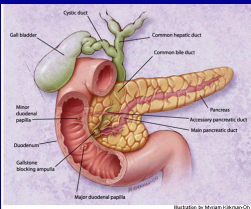
y

European Pancreatic Club

PANCREATOLOGY 2002;2:565-573

www.karger.com/pan www.reeme.arizona.edu

Hermosillo, Sonora, Mexico

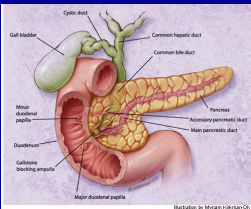


IAP recomendaciones

- 1 La pancreatitis aguda moderada no es indicación de cirugía (b)
- 2 El uso de antibióticos reduce la tasa de infección en pancreatitis necrotizante, pero no aumenta la supervivencia (a)

PANCREATOLOGY 2002;2:565-573

www.karger.com/pan www.reeame.arizona.edu

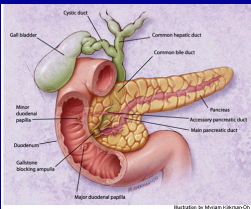


IAP recomendaciones

- 3 En pacientes con datos de sepsis debe efectuarse *aspiración con aguja fina* (FNA) para distinguir entre necrosis estéril e infectada
- 4 Necrosis infectada es indicación de cirugía o drenaje
- 5 La necrosis estéril (FNA) debe ser manejada conservadoramente, con cirugía sólo en casos seleccionados

PANCREATOLOGY 2002;2:565-573

www.karger.com/pan www.recme.arizona.edu

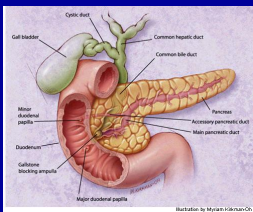


IAP recomendaciones

- 6. La cirugía antes de los 14 días no es recomendada en necrosis pancreática, si no hay indicaciones específicas
- 7. Se debe efectuar cirugía preservadora de órganos con debridación, necrosectomía y adecuado drenaje de retroperitoneo en el postoperatorio

PANCREATOLOGY 2002;2:565-573

www.karger.com/pan www.reeeme.arizona.edu

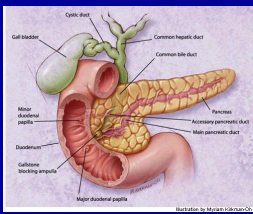


IAP recomendaciones

8. En pancreatitis biliar se debe efectuar colecistectomía para evitar recurrencias
9. En pancreatitis biliar moderada, la colecistectomía se debe efectuar durante la hospitalización

PANCREATOLOGY 2002;2:565-573

www.karger.com/pan www.reemc.arizona.edu

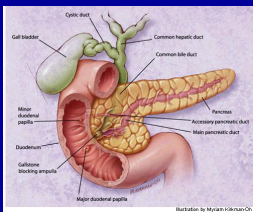


IAP recomendaciones

10. en pancreatitis biliar severa, la colecistectomía se efectuará hasta la resolución de la inflamación y mejoría clínica

PANCREATOLOGY 2002;2:565-573

www.karger.com/pan www.recme.arizona.edu

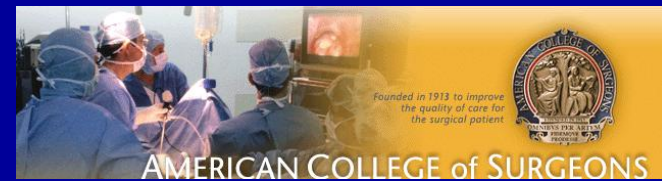
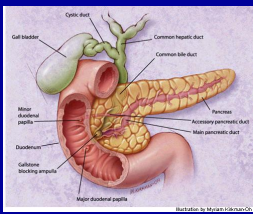


IAP recomendaciones

11. Para prevenir recurrencias de pancreatitis biliar, la esfínterotomía por vía endoscópica es una alternativa a la colecistectomía en pacientes de alto riesgo, (existe el riesgo de infectar la necrosis estéril)

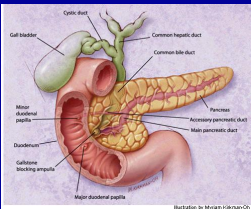
PANCREATOLOGY 2002;2:565-573

www.karger.com/pan www.recme.arizona.edu



IAP recomendaciones

Estas recomendaciones deben ser actualmente la base para evaluar la calidad en el manejo del paciente con pancreatitis.



Enfoque clínico

Pancreatitis aguda clínica



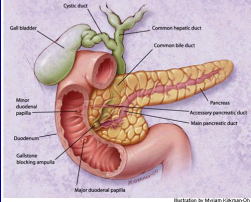
Puntuación (Ranson)

Al ingreso

Edad	> 55 años
Leucos	> 16,000
Glucosa	> 200 mg/dl
TGO y TGP	> 350 UI/L

A las 48 horas

Baja Hto	> 10 %
Aum. BUN	> 5 mg/dl
Calcio	< 8 mg/dl
PaO ₂	< 60 mmHg
Déficit base	> -4mEq/L
Secuestro líquidos	> 6L



Enfoque clínico

Pancreatitis aguda clínica



Puntuación (Ranson)

2 criterios

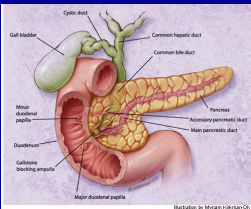
3-6 criterios

6 ó+ criterios

Pancreatitis leve
Morb < 5%
Mort < 1%

Pancreatitis moderada
Morb 30%
Mort 5%

Pancreatitis grave
Morb 90%
Mort 30%



Enfoque clínico

Pancreatitis aguda clínica 10 pacientes



Resolución 8 pacientes

P. mod. o grave (Necrosis) 2 pacientes

Necrosis estéril

Pseudoquiste

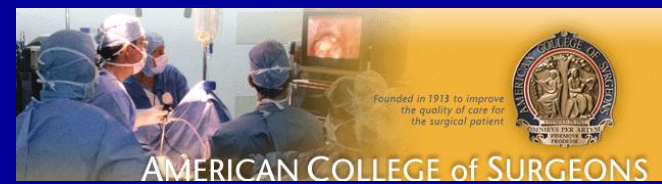
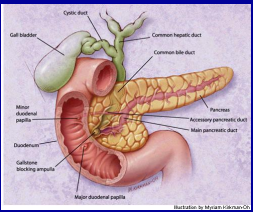
Infección 1 paciente

Necrosis infectada

Absceso

Pseudoquiste infectado

Drenaje: abierto, percutaneo, VARD



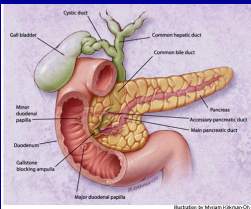
Enfoque clínico

Pancreatitis aguda moderada y grave

↓
UCI

Ecosonografía CSD
Vías biliares
Páncreas
¿cálculos?

ERCP y esfinterotomía Odi
¿Colecistectomía?



Enfoque clínico

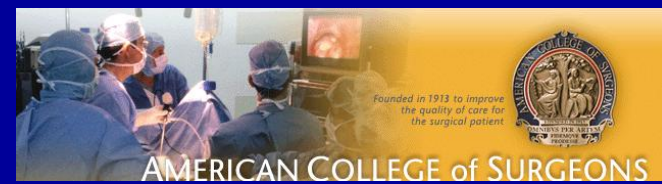
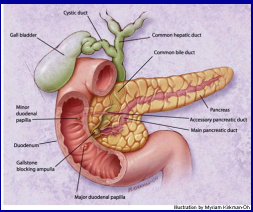
Pancreatitis aguda moderada y grave



UCI

No mejoría en 4 días:
TAC de abdomen con
contraste

Necrosis (fiebre)
Punción biopsia con TAC para
buscar infección
Considerar manejo quirúrgico



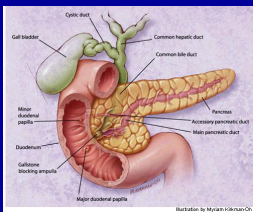
Enfoque clínico - Dogma

Si hay infección

CIRUGIA

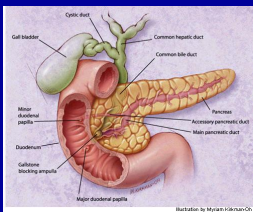
Si NO hay infección

?



Enfoque clínico - Premisa

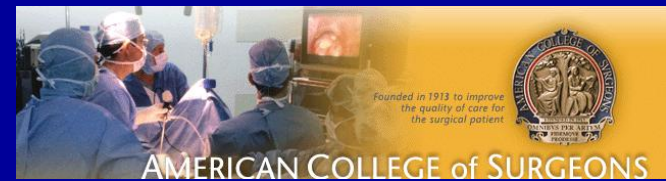
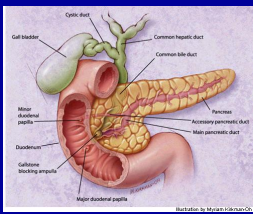
La necrosis estéril puede conducir a la muerte



Necrosis estéril

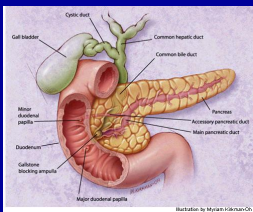
INDICACION DE CIRUGIA

- 1) falta de respuesta a manejo máximo, en UCI
- 2) falla orgánica
- 3) "abdomen agudo"
- 4) incremento en PCR
- 5) incremento en APACHE II



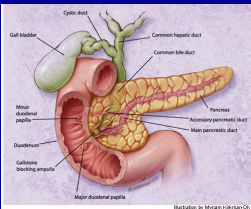
Necrosis estéril

- Se recomienda **NO** operar antes de la 3^a semana
- Utilización de antibióticos



Necrosis infectada

Mortalidad sin cirugía	100%
Mortalidad con cirugía	30%



Necrosis infectada

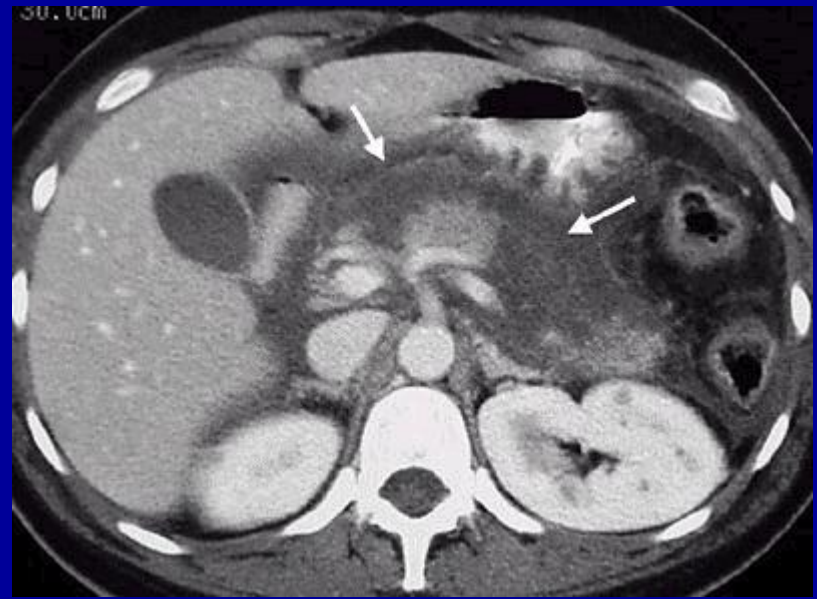
INDICACION DE CIRUGIA

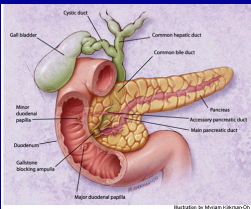
TAC grado "d" y "e" de Balthazar

PAF positiva

sepsis

"abdomen agudo"



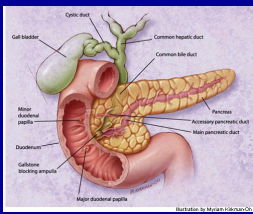


Cirugía (oportunidad)

	Mortalidad %	morbilidad %
cirugía temprana	56 a 46%	83%
cirugía tardía	27 a 25%	48%

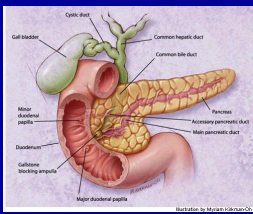
(además, mayor tiempo quirúrgico en temprana)

MIER J. AM J. SURG. 1997
 GOTZINGER P. SUR. INFECT. 2003



Cirugía tardía

2^a a 4^a semana
demarcación de tejido necrótico
menos reintervenciones



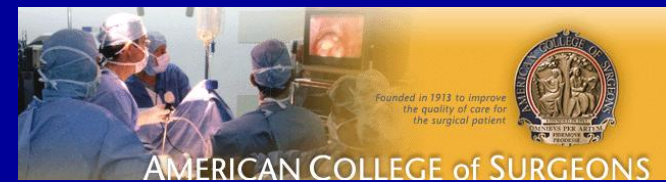
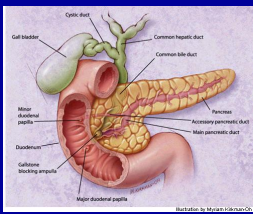
Procedimiento quirúrgico

- no resecciones
- preservación de tejido viable
- eliminación de necrosis y tejido infectado
- adecuado drenaje

BUCHLER P. GASTRO. CLIN. N.A. 1999

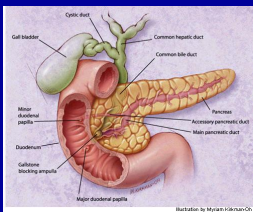
www.reeme.arizona.edu

Hermosillo, Sonora, Mexico



Técnicas quirúrgicas

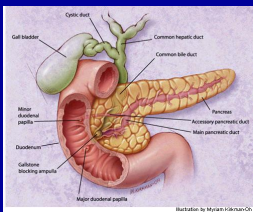
- necrosectomía abierta
- cierre primario, lavado continuo
- cierre primario, re-laparatomía
- abdomen abierto, enpaquetamiento



Cierre primario y lavado

menor índice de complicaciones

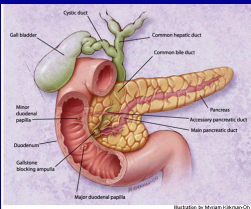
se utiliza en cirugía tardía



Re-laparotomía y empaquetamiento

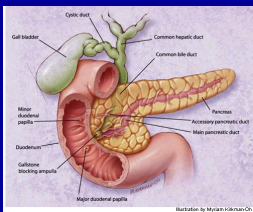
CIRUGIA TEMPRANA O INFECTADA
ALTO INDICE DE COMPLICACIONES

- fístulas
- sangrado
- trombosis
- hernia



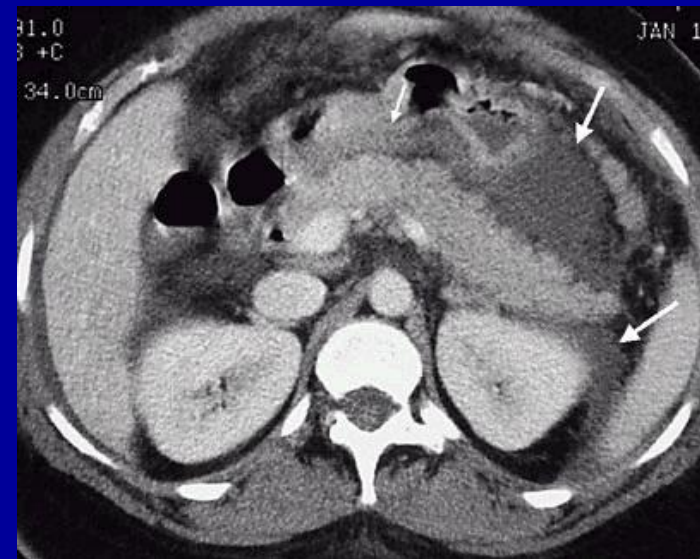
Técnica quirúrgica

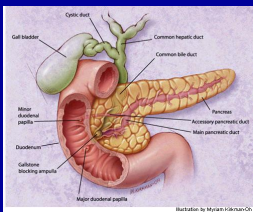
drenaje percutáneo
drenaje videoasistido



Drenaje percutáneo

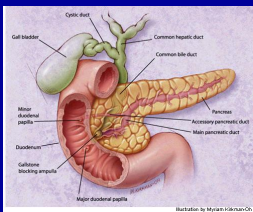
guiada por TAC o US
colocación de catéter de
pequeño calibre
no drena detritus
se utiliza en colecciones
bien localizadas





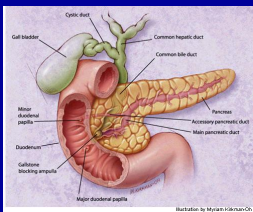
Video-asistido (drenaje)

*Videoscopic-assisted Retroperitoneal
Necrosectomy (VARD)*
(en fase de evaluación)



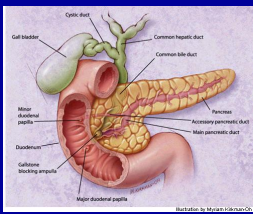
Pancreatitis biliar. Cirugía

- **PANCREATITIS MODERADA.**
 - dentro de la misma hospitalización colecistectomía
 - **PANCREATITIS SEVERA.**
 - estabilización de paciente y disminución de inflamación
- (abordaje laparoscópico en un 80-90%)



Pancreatitis biliar. CPRE

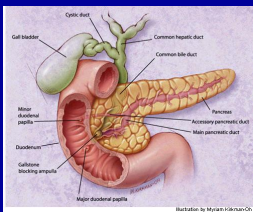
- ictericia obstructiva
- colangitis
- falta de respuesta en 48 hrs
- puede infectar necrosis estéril



Pancreatitis biliar. Esfinterotomía

electivo

riesgo de infección



RESUMEN

Las recomendaciones de la IAP están basadas en consenso y evidencia

La mayoría de las pancreatitis agudas son leves

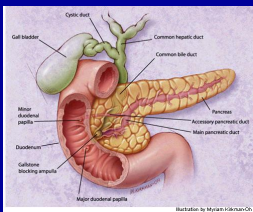
Las pancreatitis moderadas y graves deben de ser manejadas en la UTI

La cirugía, si está indicada, debe de ser "tardía"

La pancreatitis biliar se maneja de manera distinta



gracias



PANCREATITIS AGUDA

MANEJO: ¿Cirujía o No?

Dr. Fernando Herrera Fernández, FACS

Escuela de Medicina

Universidad de Sonora

Hermosillo, Sonora, Mexico