

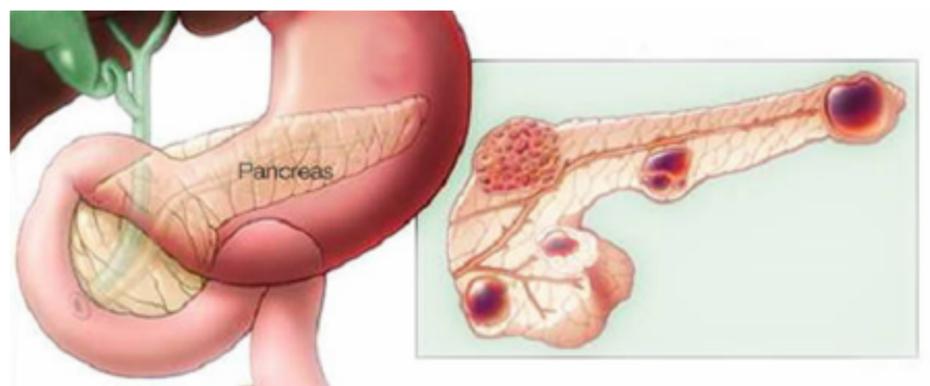
COLECCIONES PANCREÁTICAS: DRENAJE TRANSGÁSTRICO GUIADO POR TAC.

Raquel Mateos gil
Mónica Carrera Martínez
Xavier Fernandez Moreno
Francisco Jesús Muñoz Castillo
Juan Ángel Moreno Ramiro
Manuel Macías Benítez

HOSPITAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA.

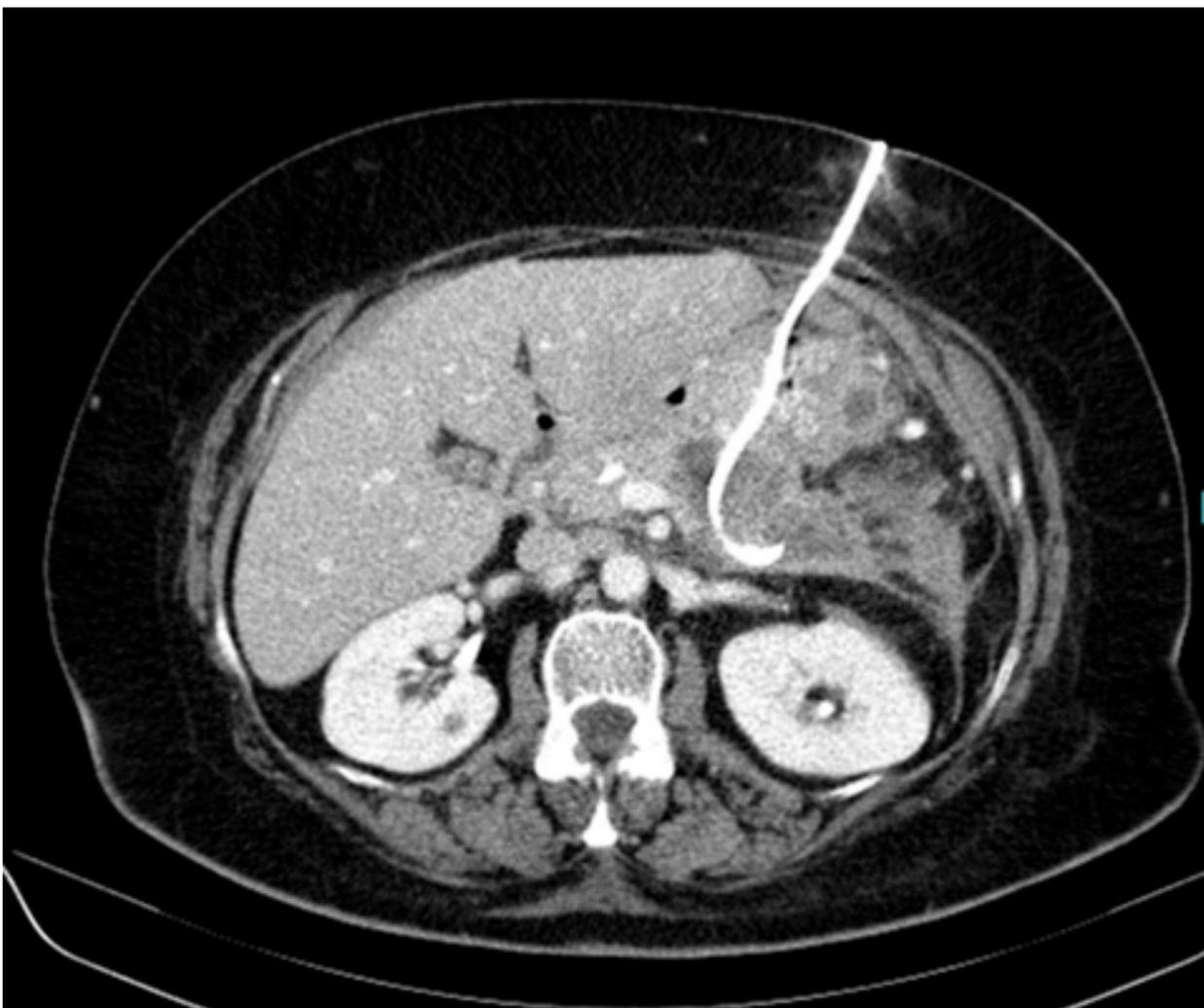
ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- MATERIAL Y MÉTODO
 - DESCRIPCIÓN
 - VENTAJAS
 - CRITERIOS DE INCLUSIÓN
 - PROCEDIMIENTO
 - COMPLICACIONES
- CASOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA



INTRODUCCIÓN

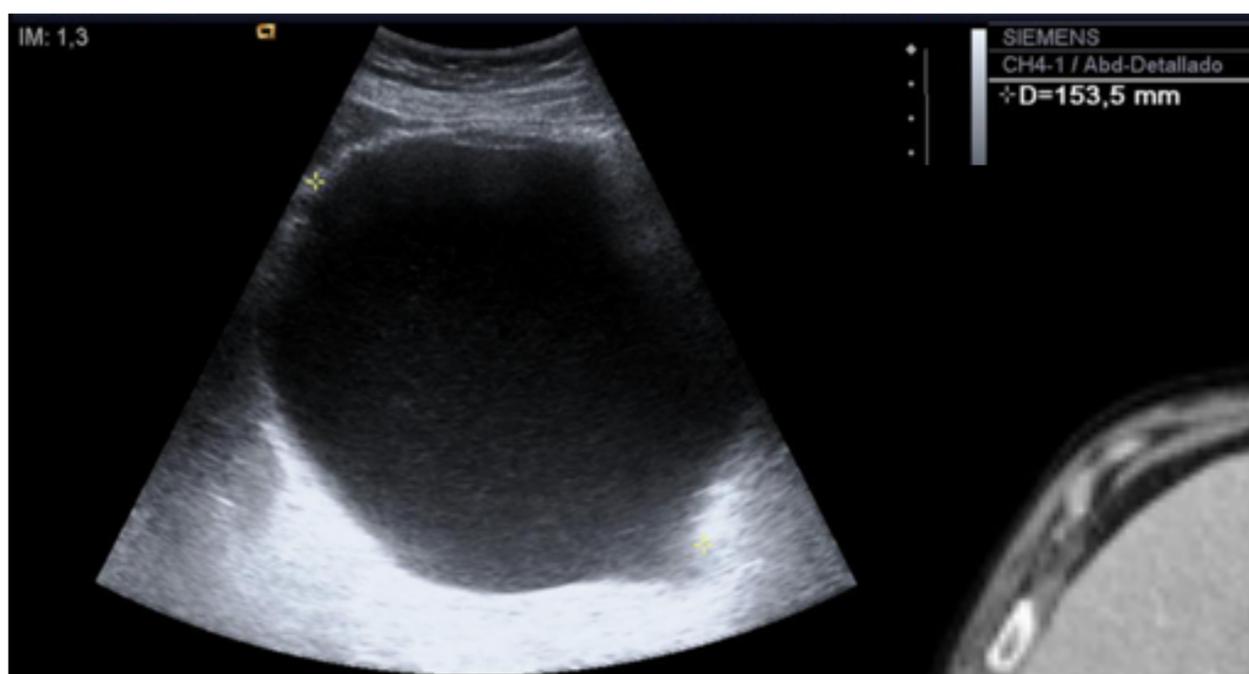
- ❖ EL ABORDAJE INTERVENCIONISTA PERCUTÁNEO AL CONDUCTO PANCREÁTICO FUE INFORMADO POR PRIMERA VEZ POR GOBIEN Y COL. EN 1983
- ❖ ESTOS PROCEDIMIENTOS, SIN EMBARGO, HASTA AHORA SE HAN APLICADO PRINCIPALMENTE A PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO ACOMPAÑANDO LOS CONDUCTOS PANCREÁTICOS DILATADOS, TRAS EL FRACASO DE LA TÉCNICA DE ELECCIÓN (DRENAJE ENDOSCÓPICO)
- ❖ LA PERSISTENCIA DE COLECCIONES PANCREÁTICAS NO RESUELTAS, TRAS PANCREATITIS AGUDA, SE INFECTAN HASTA EN EL 4% DE LOS PACIENTES CON UN RIESGO DE MORTALIDAD DE HASTA EL 70 %.
- ❖ POR ENDE TIENEN LA INDICACIÓN DE DRENAJE PERCUTÁNEO, SIENDO ÉSTE DE SEGUNDA LÍNEA, PARA RESOLVER LA DISRUPCIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO, ASÍ COMO LA RESOLUCIÓN DEL PROCESO INFECCIOSO.



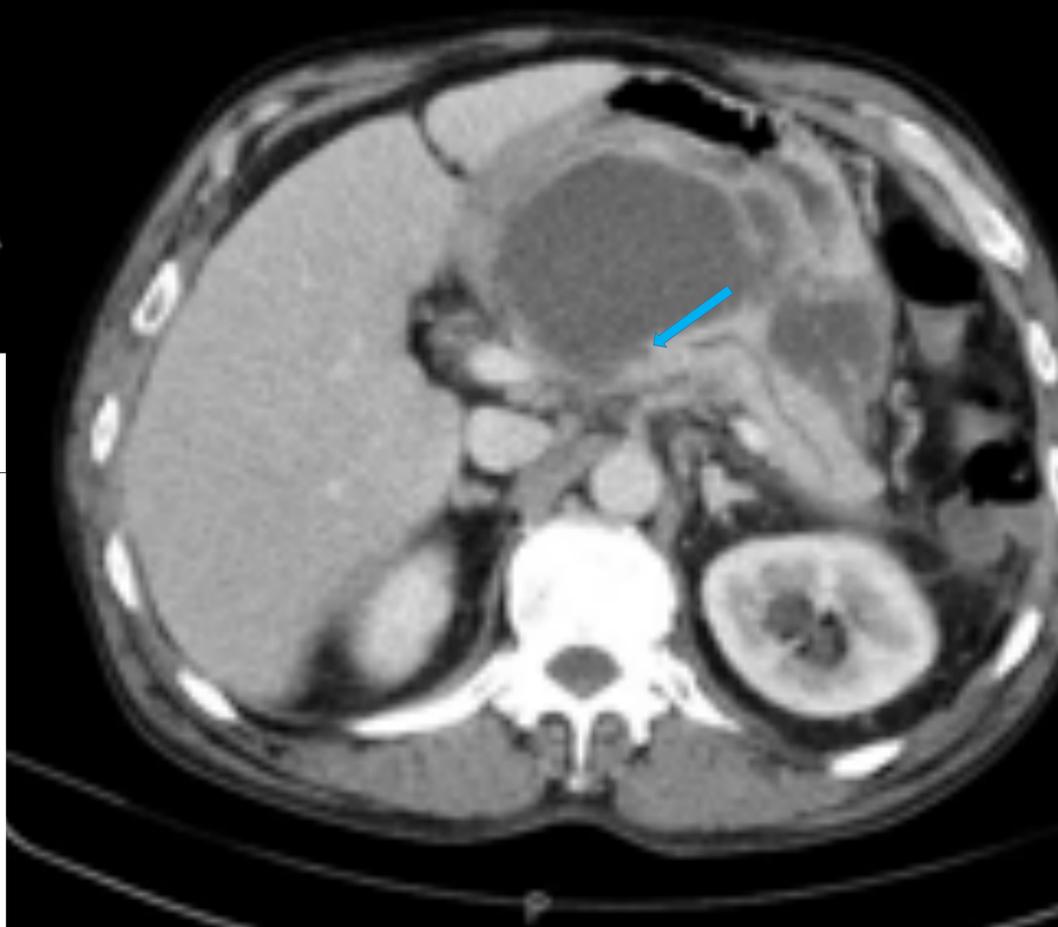
Drenaje transgástrico con extremo distal localizado en pseudoquiste de cola pancreática.

MATERIAL Y MÉTODO. DESCRIPCIÓN

- ❖ EL DRENAJE PERCUTÁNEO DE LOS ABSCEOS ABDOMINALES SE HA CONVERTIDO EN UN PROCEDIMIENTO COMÚNMENTE REALIZADO Y AMPLIAMENTE ACEPTADO.
- ❖ SIN EMBARGO, EL DRENAJE PERCUTÁNEO DE PÁNCREAS SE HA REALIZADO CON MENOS FRECUENCIA DEBIDO AL DIFÍCIL ACCESO A LA COLECCIÓN, LA RECURRENCIA, EL RIESGO DE FÍSTULA PANCREATOCUTÁNEA Y EL RIESGO DE FUGA INTRAPERITONEAL ALREDEDOR DEL TUBO.
- ❖ EL ABORDAJE TRANSGÁSTRICO PARA EL DRENAJE DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO MINIMIZA ESTOS PREOCUPACIONES AL PERMITIR QUE SE FORME UN TRACTO MADURO DESDE EL QUISTE HASTA EL ESTÓMAGO.



Colección de 15,3 cm localizada en la cola del páncreas visualizada mediante US.



Colección localizada en la cabeza del páncreas en la que se identifica una continuidad con el conducto pancreático (flecha azul) en probable relación con comunicación de la colección con el conducto pancreático.

MATERIAL Y MÉTODO. DESCRIPCIÓN

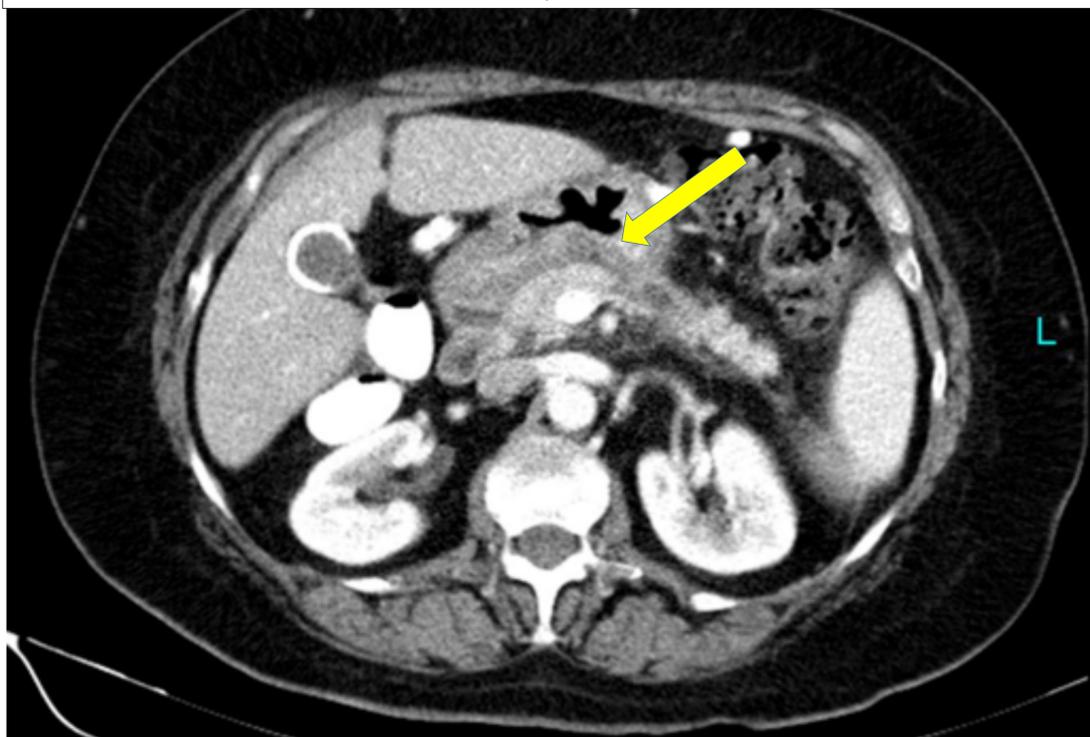
❖ EL ABORDAJE TRANSGÁSTRICO PERCUTÁNEO IMITA EL ABORDAJE QUIRÚRGICO Y PERMITE QUE SE FORME UN TRACTO MADURO DESDE EL QUISTE HASTA EL ESTÓMAGO.

❖ LO QUE EN UN PRIMER TIEMPO ELIMINA EL RIESGO DE UNA FÍSTULA PANCREATOCUTÁNEA Y PERMITE LA EXTRACCIÓN DE LA SONDA EN UN PERÍODO DE TIEMPO RAZONABLE, NO ANTES DE LAS 6-7 SEMANAS.

❖ TRAS LA EXTRACCIÓN DEL CATÉTER PERMANECE EN EL TIEMPO UNA CISTOGASTROSTOMÍA QUE FAVORECE EL DRENAJE TOTAL DEL MISMO.



Drenaje transgástrico de la colección localizada en la cola del páncreas



Presencia de trayecto fistuloso hipodenso entre la cámara gástrica y la colección pancreática, en relación con cistogastrostomía tras la retirada del drenaje (Flecha amarilla)

MATERIAL Y MÉTODO. DESCRIPCIÓN

- ❖ EL DRENAJE TRANSGÁSTRICO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO PROPORCIONA VENTAJAS ÚNICAS QUE IMITAN LOS BENEFICIOS DE LA CISTOGASTROSTOMÍA QUIRÚRGICA EVITANDO LAS DESVENTAJAS DE LA CIRUGÍA
- ❖ ESTE PROCEDIMIENTO SE REALIZÓ BAJO GUÍA DE TAC EN 3 PACIENTES CON PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS, QUE CUMPLÍAN LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN
- ❖ LA RESOLUCIÓN DE LAS COLECCIONES OCURRIÓ EN EL 100% DE NUESTRA MUESTRA.

MATERIAL Y MÉTODO. VENTAJAS

❖ EL DRENAJE PANCREÁTICO TRANSGÁSTRICO TIENE DOS VENTAJAS:

❖ PRIMERO, CUALQUIER FUGA DE CONTENIDO DEL QUISTE SE VACÍA EN EL ESTÓMAGO.

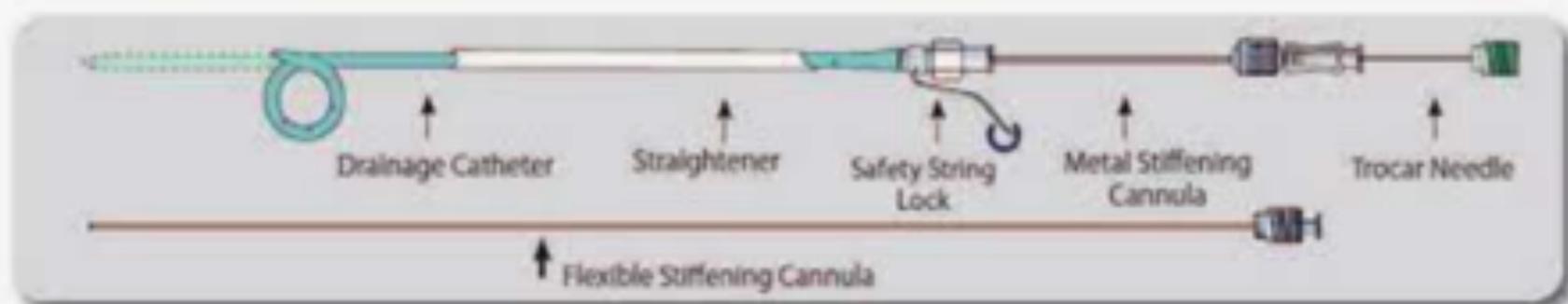
❖ EN SEGUNDO LUGAR, SI HAY UNA COMUNICACIÓN PERSISTENTE DEL QUISTE CON EL CONDUCTO PANCREÁTICO, CUANDO SE RETIRA EL TUBO DE DRENAJE EL PACIENTE QUEDA CON UN TRAYECTO FISTULOSO ENTRE EL QUISTE Y EL ESTÓMAGO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TRAS EL FRACASO DE OTRAS TÉCNICAS DE PRIMERA ELECCIÓN (ENDOPRÓTESIS EN WIRSUNG O DRENAJE TRANSGÁSTICO ENDOSCÓPICO)
- ❖ PRESENCIA DE COMUNICACIÓN ENTRE LA COLECCIÓN Y EL CONDUCTO DE WIRSUNG

PROCEDIMIENTO

- ❖ EN TODOS LOS PACIENTES SE COLOCO UN CATÉTER 9F MULTIPERFORADO TIPO COPE PREVIA ANESTESIA LOCAL DE TODOS LOS PLANOS DEL TRAYECTO.
- ❖ LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE INCLUYE PARA FAVORECER AL MÁXIMO LA LIMPIEZA DE CÁMARA GÁSTRICA POTENCIANDO LA ACTIVIDAD ANTIBACTERIANA DE JUGO GÁSTRICO (RETIRADA DE FÁRMACOS ANTIH2, Y PROTECTORES DE MUCOSA GÁSTRICA).
- ❖ CREACIÓN DE CAMPO ESTÉRIL Y ELECCIÓN DE PUNTO DE ACCESO DE MAYOR SEGURIDAD.



PROCEDIMIENTO

- ❖ TRAS LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER EN INTERIOR DE PSEUDOQUISTE , ESTE PERMANECIÓ UN PERIODO ENTRE 6 Y 7 SEMANAS PARA ASEGURAR FORMACIÓN DE TRAYECTO DE DRENAJE Y FAVORECER ASPIRADO ACTIVO DE CONTENIDO EN CASO DE OBSTRUCCIÓN DE CATÉTER (ESTE ASPECTO ES UNA CLARA VENTAJA FRENTE A OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS).

- ❖ ASPIRACIÓN DE FLUIDOS Y TC LA LOCALIZACIÓN CONFIRMÓ LA UBICACIÓN DEL CATÉTER

RESULTADOS

- ❖ EN NUESTROS 3 PACIENTES, SE PROCEDIÓ A LA EXTRACCIÓN DEL DRENAJE ENTRE LAS 6 Y 7 SEMANAS
- ❖ SE RESOLVIÓ COMPLETAMENTE LA COLECCIÓN Y SE NORMALIZARON LAS CIFRAS DE AMILASA, ASÍ COMO LOS REACTANTES DE FASE AGUDA.

COMPLICACIONES

❖ LAS POSIBLES COMPLICACIONES POTENCIALES

❖ SOBREENFECCIÓN DE LA COLECCIÓN

❖ ROTURA DEL PSEUDOQUISTE

❖ HEMORRAGIA

❖ SALIDA INVOLUNTARIA DEL DRENAJE

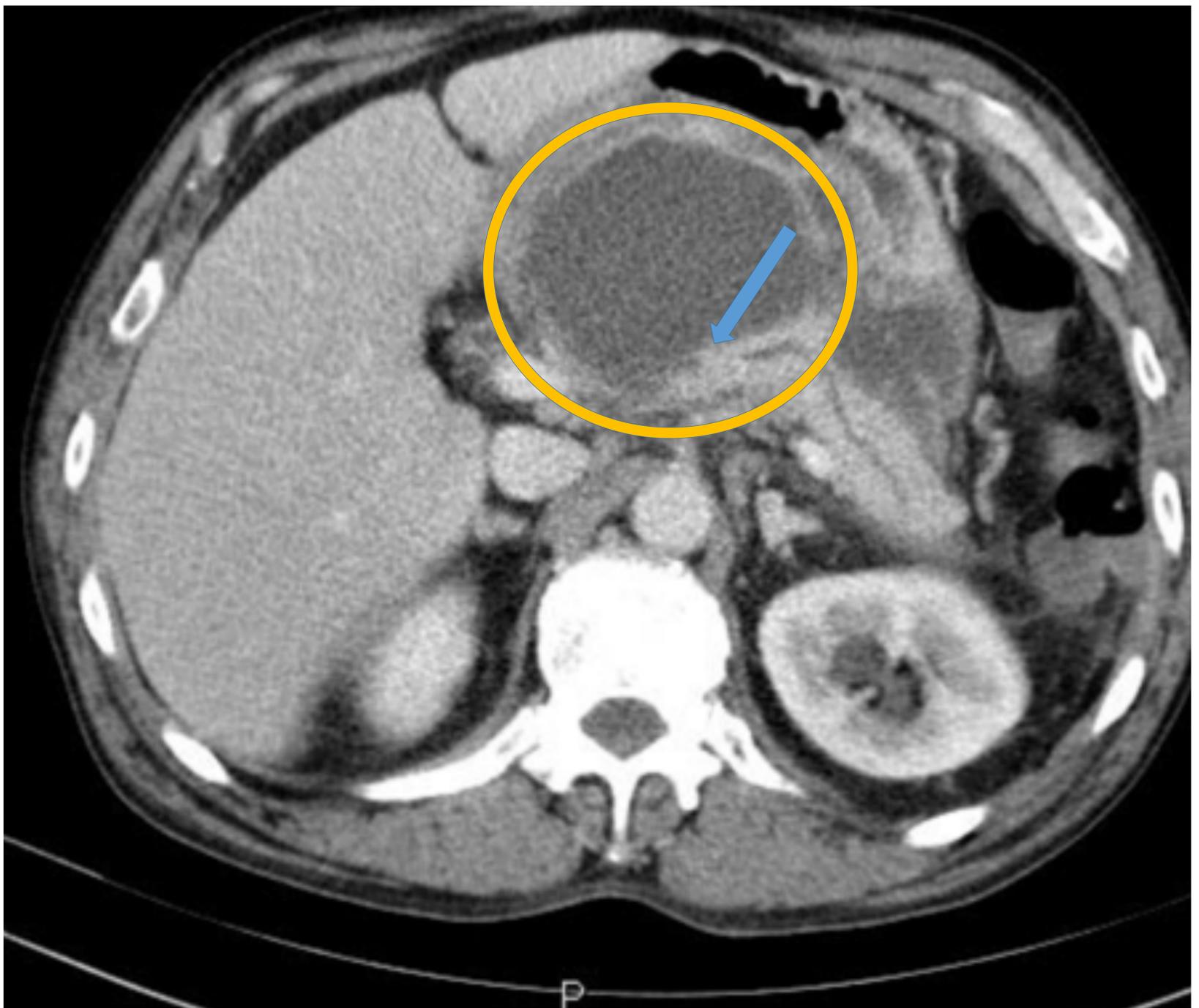
❖ OBSTRUCCIÓN DEL DRENAJE.

CASOS

- ❖ REPORTAMOS NUESTRA EXPERIENCIA CON 3 PACIENTES CUYOS PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS SE DRENARON POR VÍA TRANSGÁSTRICA.

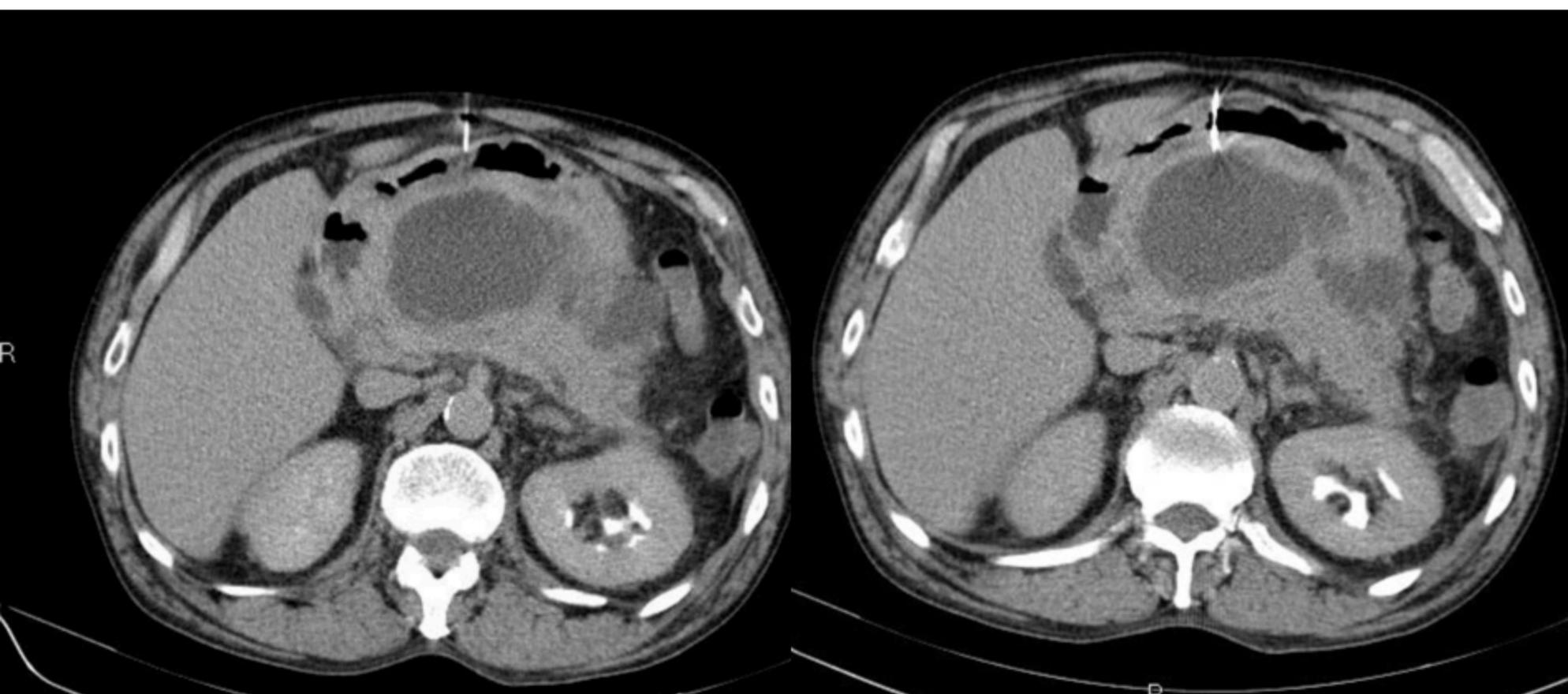
Caso 1

- Paciente de 66 años ingresado por pancreatitis aguda que presenta una colección intrapancreática de aproximadamente 11 cm con presencia de signos de infección que no cede a tratamiento habitual



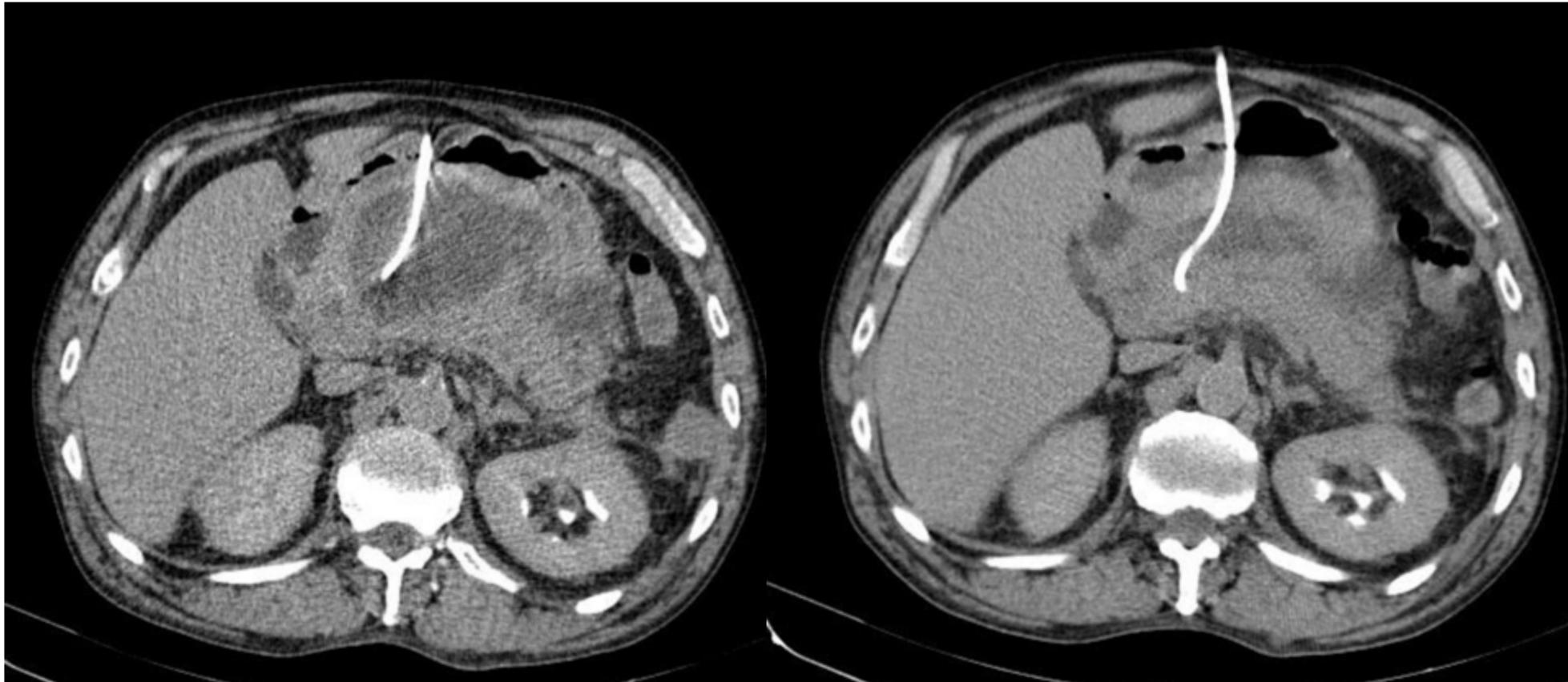
COLECCIÓN CENTRADA EN SACO MENOR DE 11 CM/(CÍRCULO AMARILLO) DE DIÁMETRO QUE PARECE PRESENTAR COMUNICACIÓN CON CONDUCTO DE WIRSUNG (FLECHA AZUL)

CASO 1. PREPARACIÓN



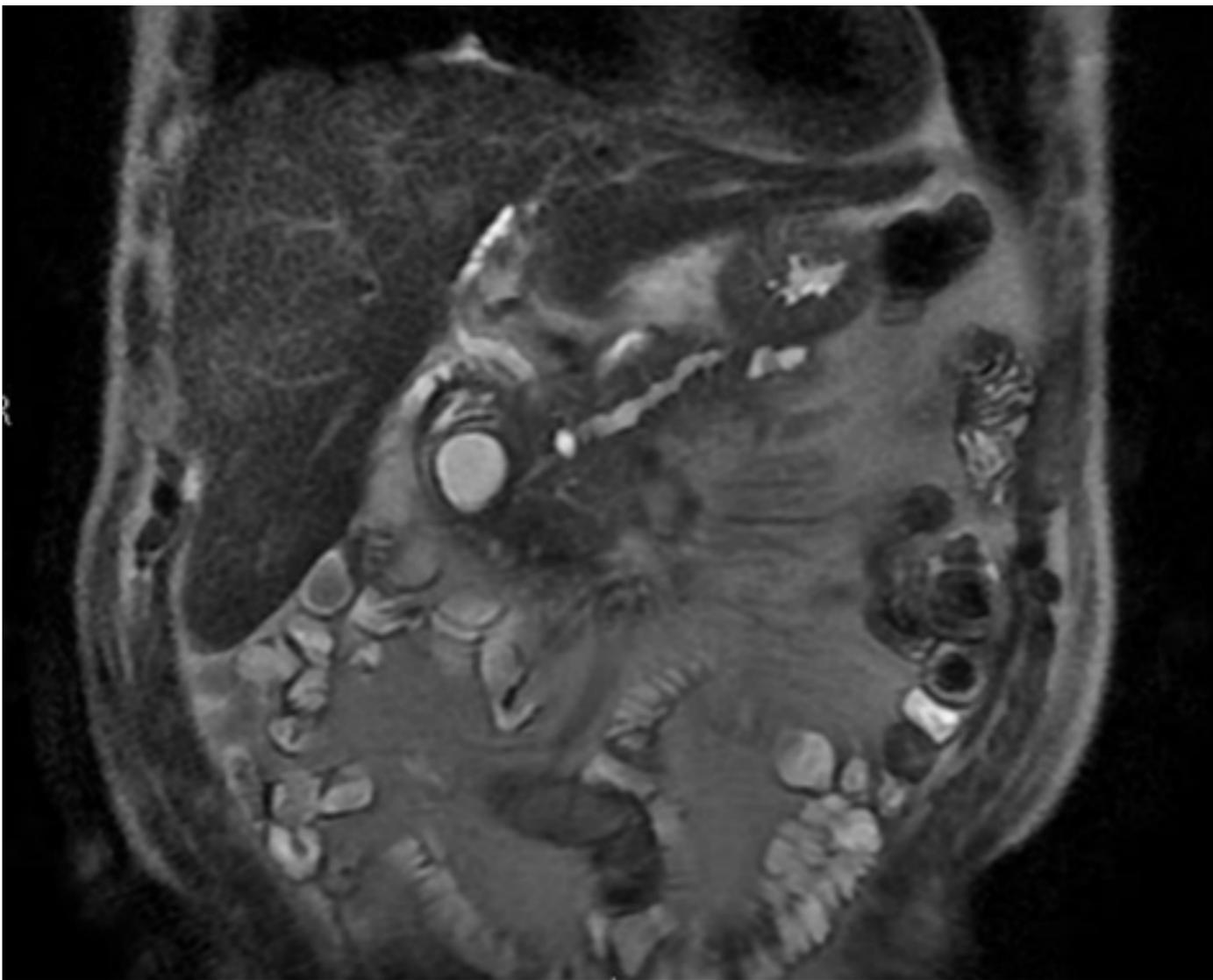
Administración de anestesia local por planos (Lidocaína al 2%)

CASO 1. COLOCACIÓN DEL DRENAJE, ASPIRACIÓN DE CONTENIDO Y COMPROBACIÓN POR TAC

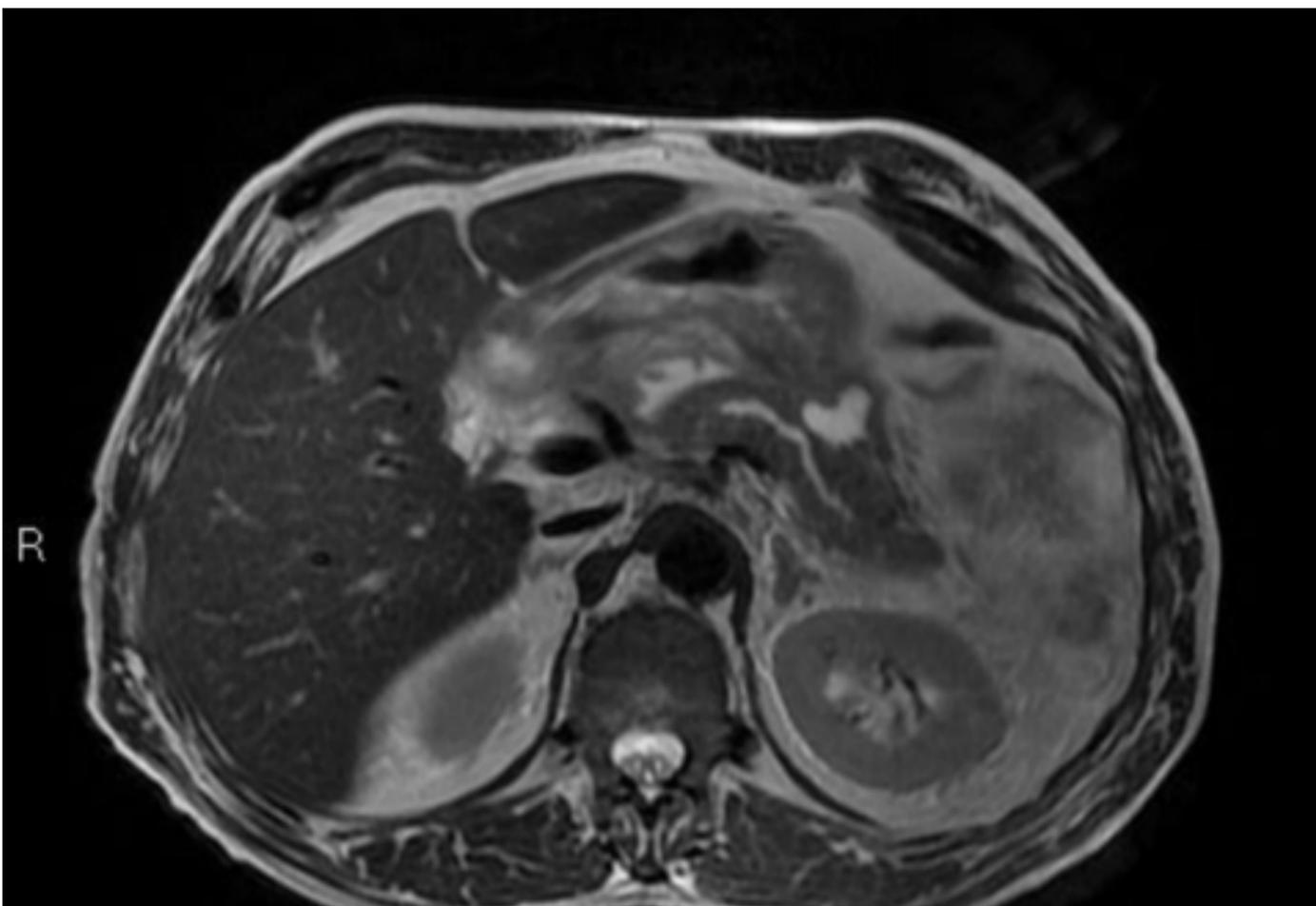


Colocación de catéter 9F tipo COPE por vía transgástrica. Con posterior aspirado del contenido (extracción de 200 ml de material purulento)

CASO 1. ESTUDIO POSTTRATAMIENTO



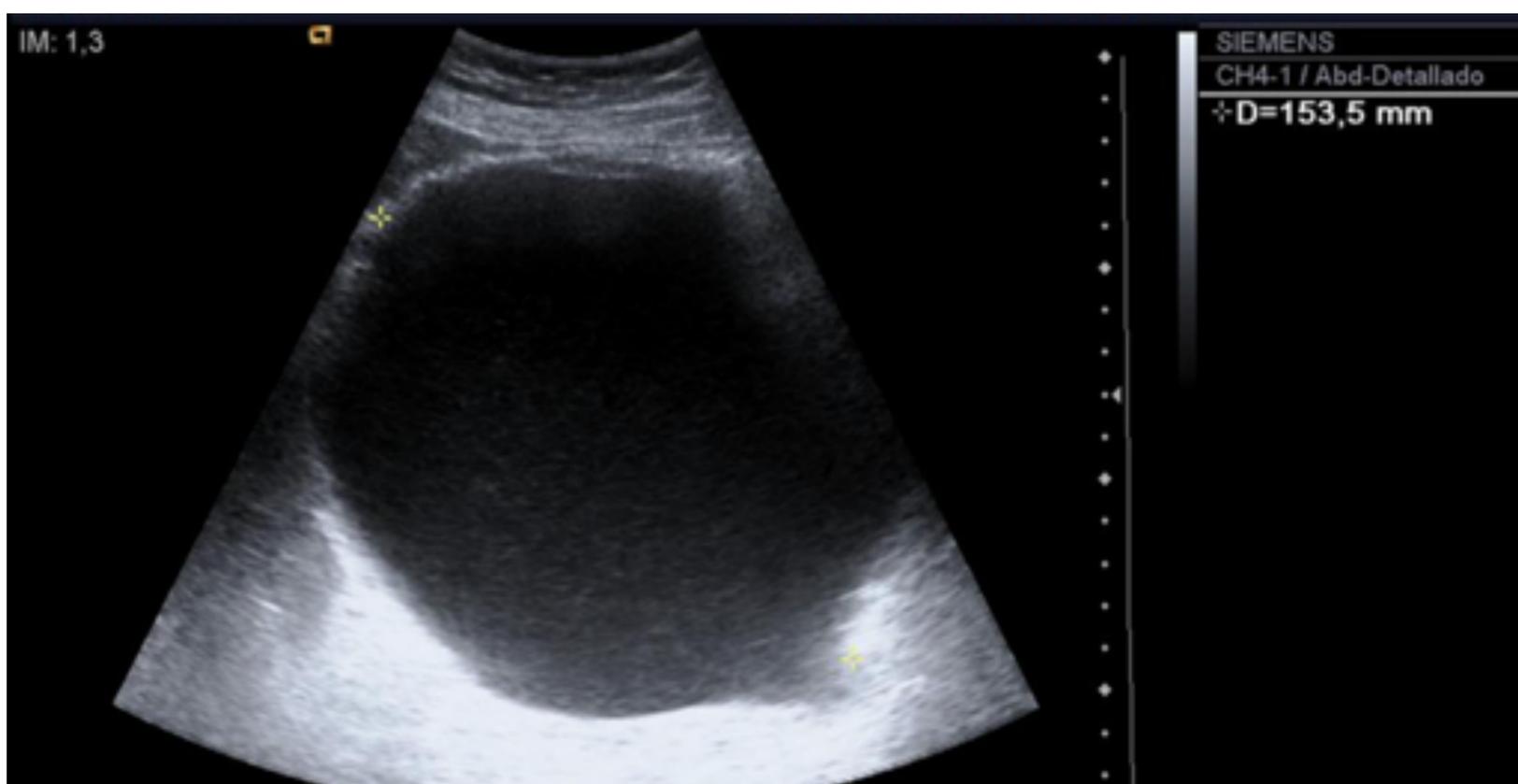
RM de abdomen T2 coronal donde se comprueba la resolución de la colección pancreática con lámina de líquido en saco menor



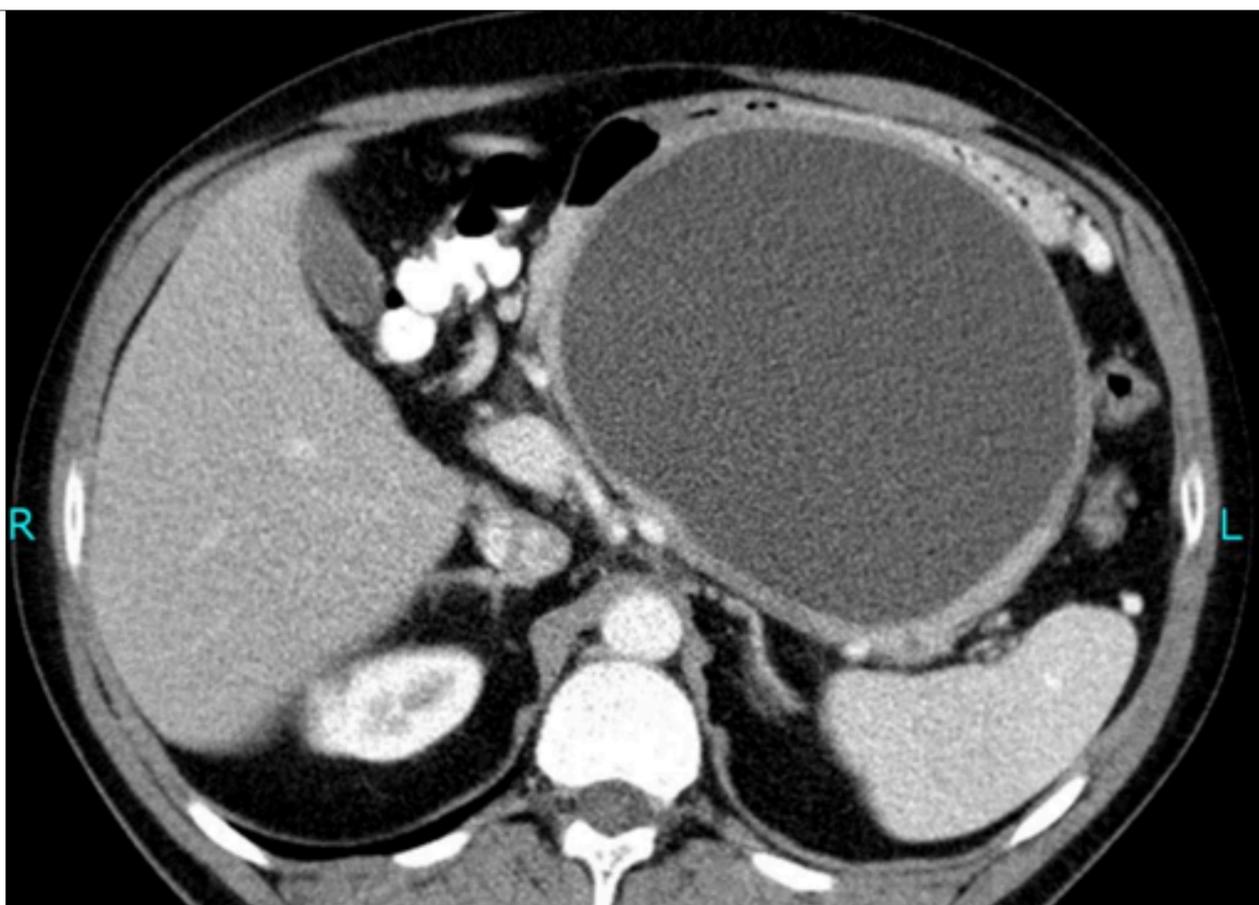
RM de abdomen T2 axial donde se comprueba la resolución de la colección. Persistencia de pequeña colección en cola de páncreas de aproximadamente 16 mm.

CASO 2

Paciente de años ingresado por pancreatitis aguda que presenta una colección intrapancreática de 15 cm que desplaza anteriormente a la cámara gástrica.

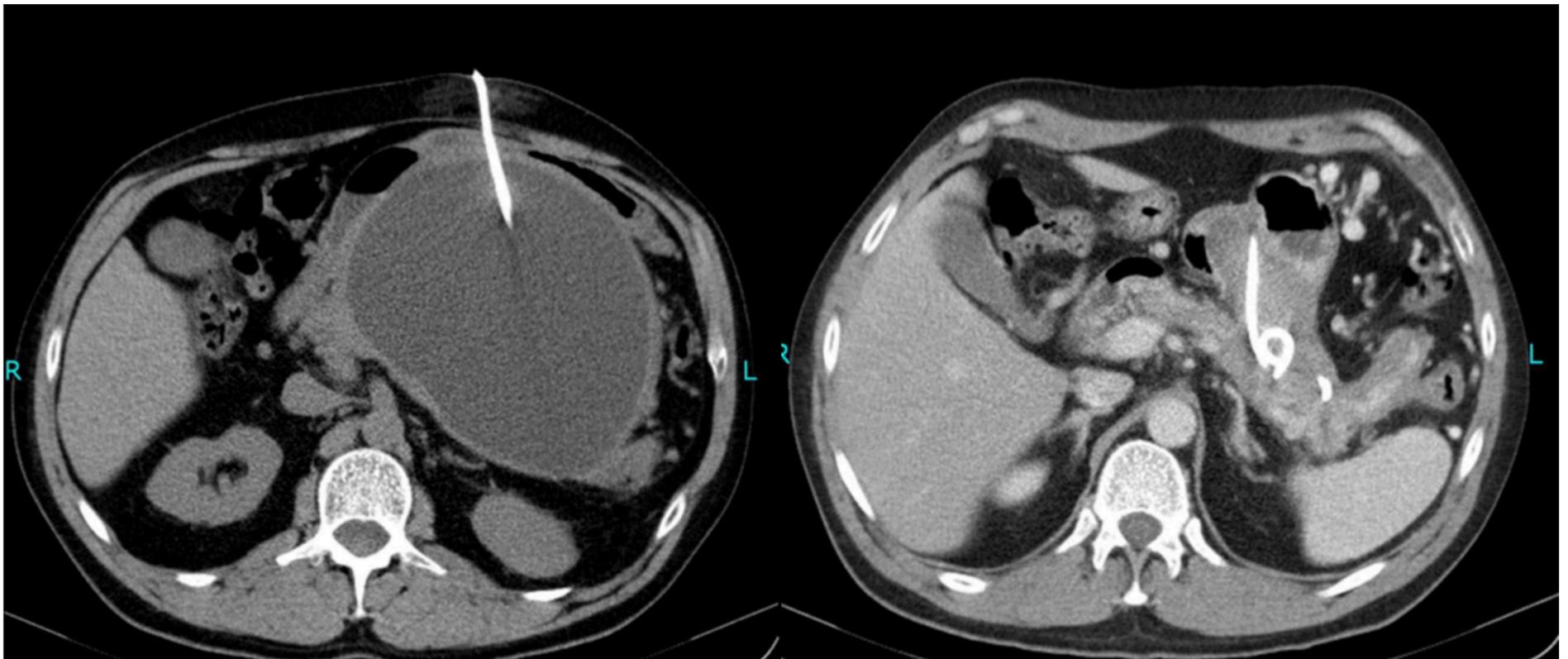


ESTUDIO ECOGRÁFICO DONDE SE IDENTIFICA LA COLECCIÓN ANECOICA CON ALGÚN ECO FINO EN SU INTERIOR



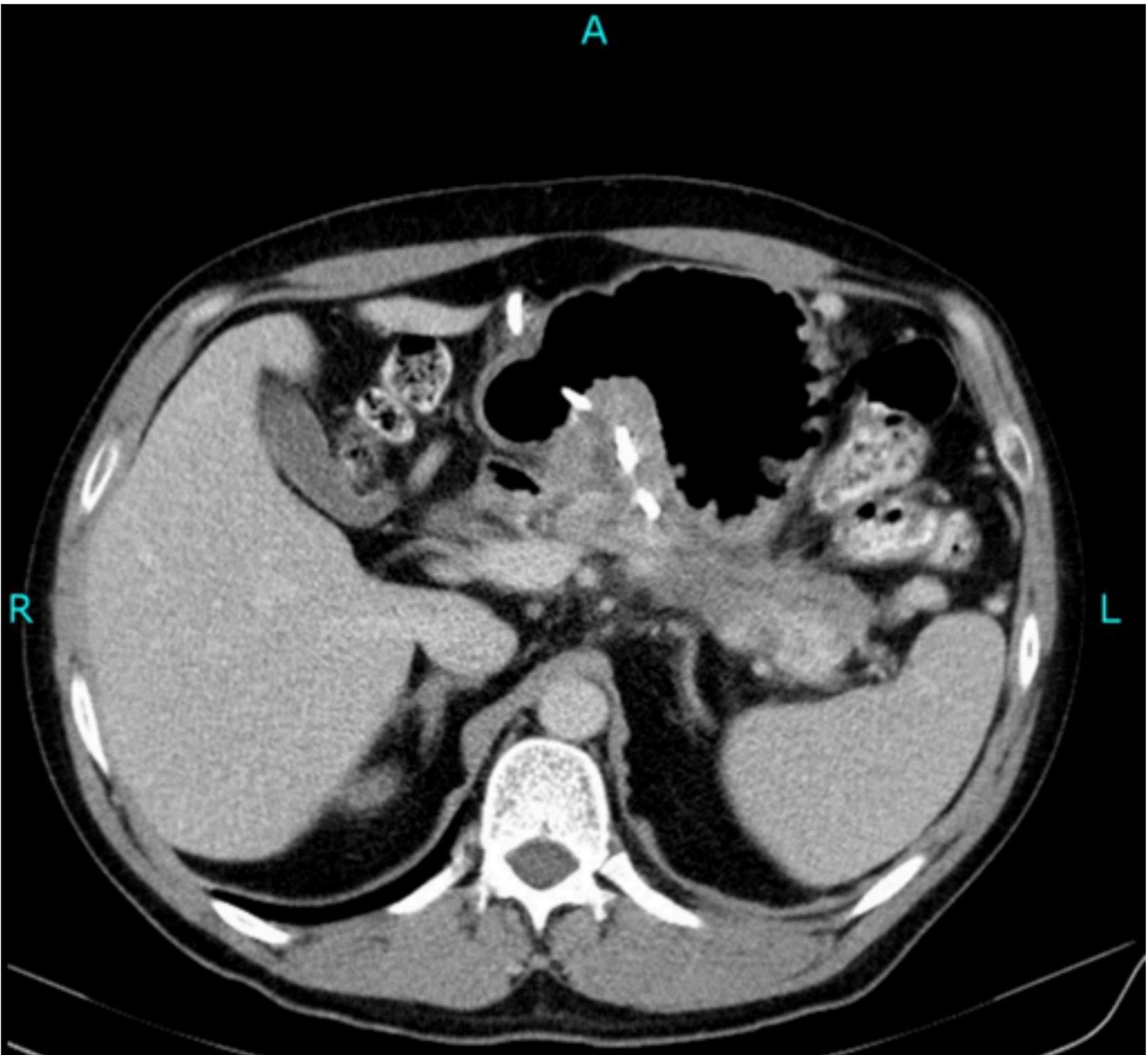
CORTE AXIAL DE TAC DONDE SE COMPRUEBA LA DEPENDENCIA DE LA COLECCIÓN HIPODENSA DEPENDIENTE DEL CUERPO COLA DE PÁNCREAS QUE DESPLAZA Y COMPRIME ANTERIORMENTE EL FUNDUS GÁSTRICO Y ANTRO.

CASO 2



Colocación de catéter 9F tipo COPE por vía transgástrica. Previa correcta preparación del paciente y tras la administración de anestesia local por planos (Lidocaína al 2%). Posteriormente se realiza extracción de aproximadamente 200 cc de líquido purulento.

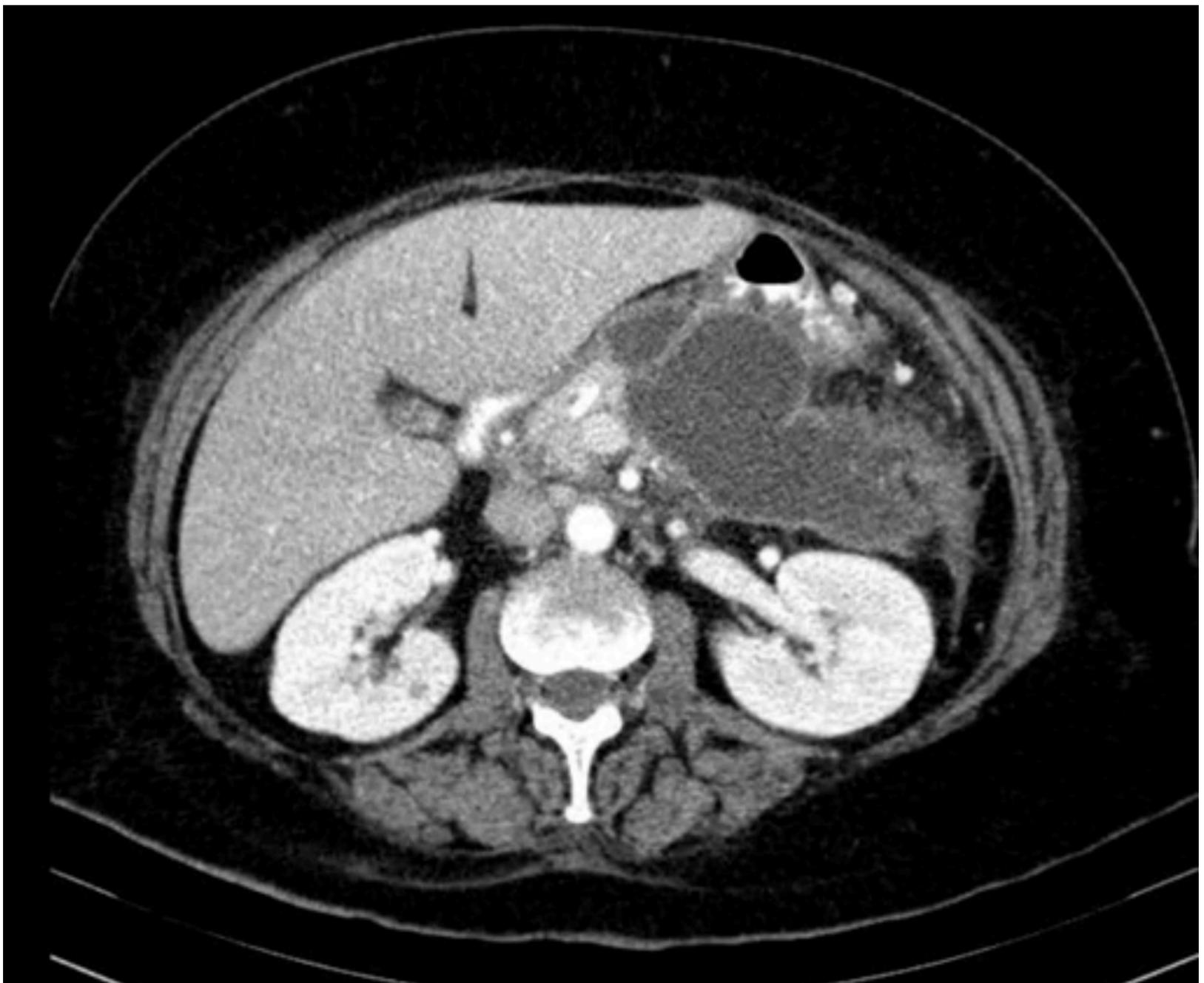
CASO 2



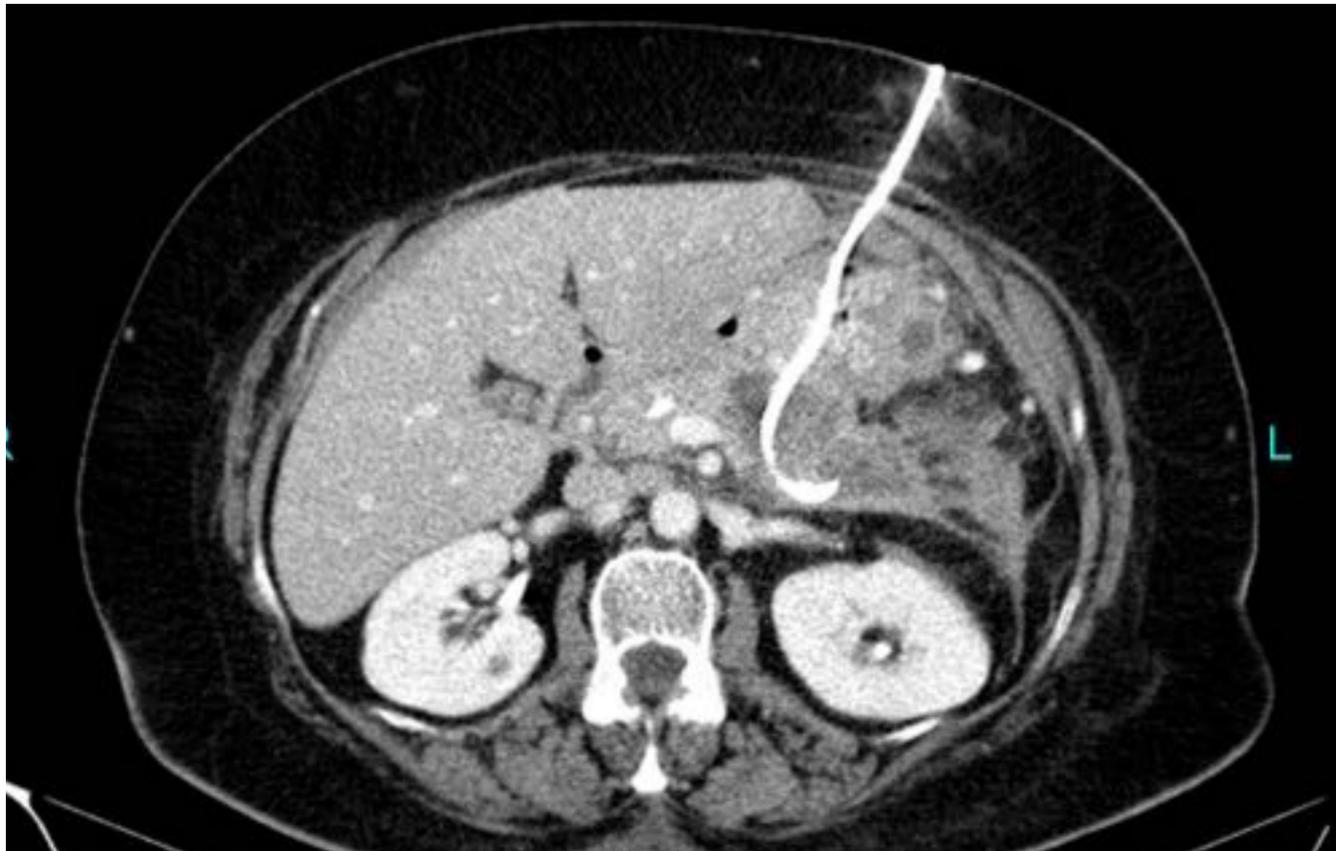
Control mediante TAC; previo a la retirada del catéter tras la practica resolución de la colección

CASO 3

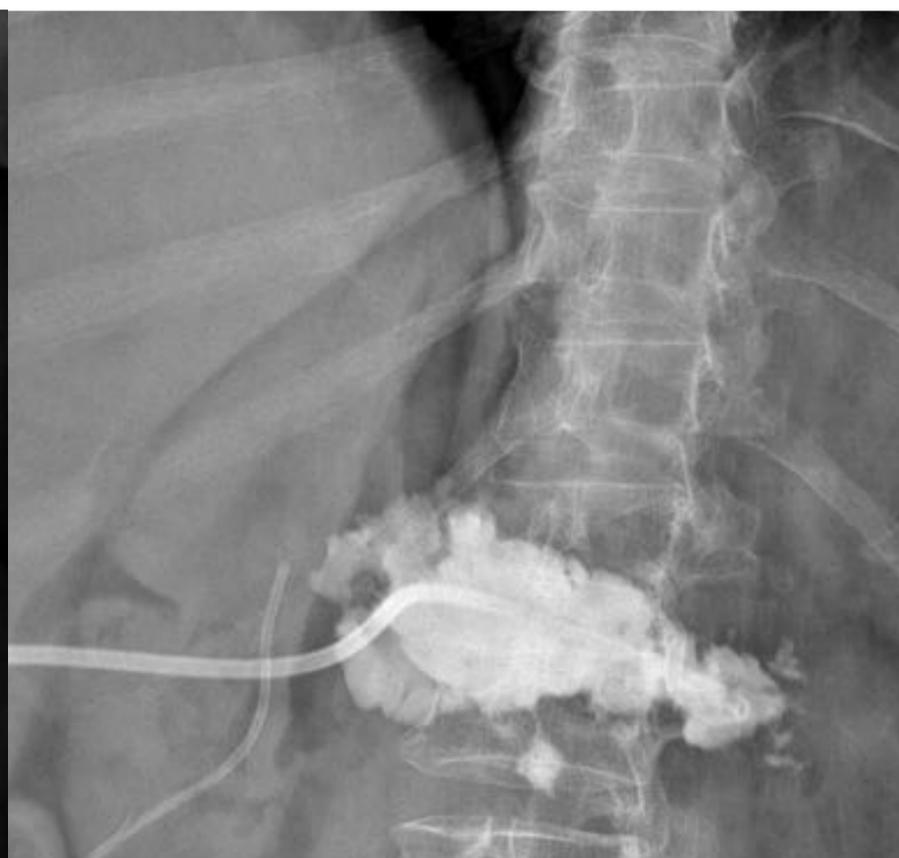
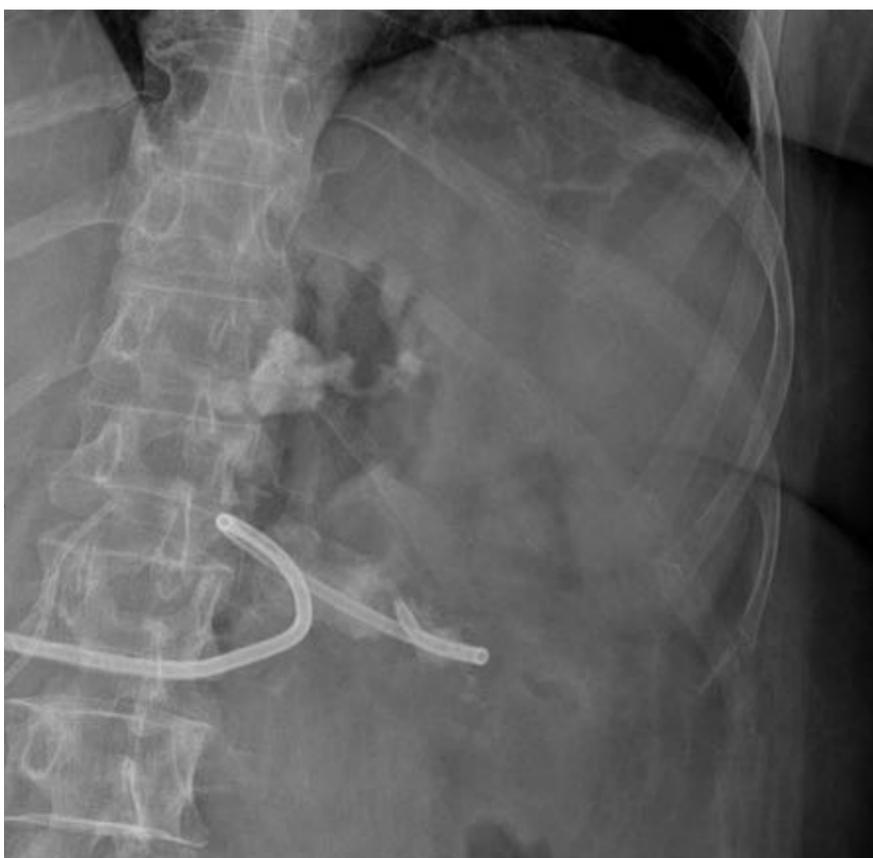
Paciente de 64 años ingresada por pancreatitis aguda litiásica que presenta una colección intrapancreática de 6,5 x 3,4 cm, a la que se le coloca un drenaje transgástrico guiado por TAC, tras la obstrucción del drenaje endoscópico, así como de la prótesis en conducto de Wirsung



CASO 3. COLOCACIÓN DE CATÉTER TRAS LA OBSTRUCCIÓN DE LA ENDOPRÓTESIS



Colocación de catéter 9F tipo COPE por vía transgástrica. Previa correcta preparación del paciente y tras la administración de anestesia local por planos (Lidocaína al 2%)



ESTUDIO POSTLAVADO CON SSF Y TRAS LA RECOLOCACIÓN DEL DRENAJE EN EL INTERIOR DE LA COLECCIÓN

CONCLUSIONES

- ❖ LOS PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS PUEDEN SER CASOS CLÍNICOS COMPLEJOS EN SU MANEJO.
- ❖ EL ABORDAJE TRANSGÁSTRICO, AUN SIENDO UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA DE SEGUNDA LÍNEA (TRAS EL ABORDAJE ENDOSCÓPICO) TENDRÍA LAS VENTAJAS DE REDUCIR EL DAÑO DE ESTRUCTURAS CIRCUNDANTES Y LA CREACIÓN DE UNA FÍSTULA INTERNA EN EL ESTÓMAGO, PERMITIENDO LA EXTRACCIÓN DEL CATÉTER A PARTIR DE ENTONCES.
- ❖ PARA LAS COLECCIONES QUE SE COMUNICAN CON EL CONDUCTO PANCREÁTICO, LAS COLECCIONES RECURRENTES Y LAS SOBREENFECTADAS, LA COLOCACIÓN DE UN CATÉTER DE DRENAJE MEDIANTE ABORDAJE TRANSGÁSTRICO TIENEN, SEGÚN LA LITERATURA, UNA TASA DE CURACIÓN DEL 70% .
- ❖ EN NUESTRA MUESTRA, LA TASA DE CURACIÓN FUE DEL 100%.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Puppala S, Patel J, McPherson S, Nicholson A, Kessel D. Hemorrhagic complications after Whipple Isurgery: maging and radiologic intervention. AJR Am J Roentgenol 2001; 196:192–197.
- 2. Voss M, Pappas T. Pancreatic fistula. Curr Treat Options Gastroenterol 2002; 5:345–353.
- 3. Gobien RP, Stanley JH, Anderson MC, Vujic I. Percutaneous drainage of pancreatic duct for treating acute pancreatitis. AJR Am J Roentgenol 1983; 141:795–796.
- 4. Mizandari M, Arzumelashivili T, Kumar J, Habin N. Percutaneous image-guided pancreatic duct drainage: technique, results and expected benefits.