

Drenaje endoscópico de colección peripancreática en episodio agudo de Pancreatitis Crónica Probable. A propósito de un caso. Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández

Autores Gabriel Echeverría,¹ Mario Marruffo,¹ Beatriz Linares,¹ Verónica Sarmiento,² Glorianny Arévalo,² Elimar Díaz²

Afiliación ¹Médicos adjuntos-docentes al Servicio de Gastroenterología Hospital General del Oeste. Venezuela. ²Médicos residentes del postgrado UCV de Gastroenterología Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2018;72(2):44-48. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X

Autor correspondiente: Gabriel Echeverría. Dirección: Servicio de Gastroenterología Hospital General del Oeste Venezuela. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7497-9851>

Correos Autores: gabrielecheverria05@gmail.com; mariomarruffo@gmail.com; beaclinares@gmail.com; veronicasarpanz@hotmail.com; gloryepj353@gmail.com; EDesireeDiaz@hotmail.com

Fecha de recepción: 21 de marzo de 2018. Fecha de revisión: 28 de mayo de 2018. Fecha de Aprobación: 24 de junio de 2018.

Resumen

La Pancreatitis Crónica con episodio agudo complicada con formación de colección peripancreática no es una patología frecuente en nuestros medios hospitalarios. La afectación pancreática en términos generales es de gran importancia por su incidencia, gravedad y complicaciones. Unificar y fijar definiciones en especial en las complicaciones tipo colecciones pancreáticas y peripancreáticas que por años han sido imprecisas, mejoraría aún más el entendimiento e impactaría en la terapéutica. Presentamos nuestra experiencia en el drenaje endoscópico de colección peripancreática a través de la colocación de catéter pig tail, en paciente masculino con diagnóstico de Pancreatitis crónica probable según criterios diagnósticos de la sociedad japonesa de páncreas.

Palabras clave: Pancreatitis crónica probable, drenaje endoscópico, pigtail, colección líquida peripancreática

ENDOSCOPIC DRAINAGE OF PERIPANCREATIC COLLECTION IN ACUTE EPISODE OF LIKELY CHRONIC PANCREATITIS. A CASE REPORT. GENERAL HOSPITAL OF THE WEST DR. JOSÉ GREGORIO HERNANDEZ

Summary

Chronic Pancreatitis with acute episode complicated with peripancreatic collection formation is not a frequent pathology in our hospital media. Pancreatic involvement in general terms is of great importance due to its incidence, severity and complications. Unify and fix definitions especially in complications such as pancreatic and peripancreatic collections that for years have been inaccurate, would further improve the understanding and impact on therapeutics. We present our experience in endoscopic drainage of peripancreatic collection through the placement of a pig tail catheter in a male patient with a diagnosis of probable chronic pancreatitis by diagnosis criteria of Japanese society of Pancreas.

Keywords: Likely chronic pancreatitis, endoscopic drainage, pig tail, peripancreatic fluid collection.

Introducción

Están descritas actualmente dos entidades patológicas muy distintas y diversas la pancreatitis aguda y la pancreatitis crónica. Son varios los grupos médicos internacionales que suman esfuerzos para unificar criterios, definiciones y terminologías con respecto a estas complejas enfermedades.

Según la Sociedad Japonesa de Páncreas la Pancreatitis Crónica se trata de un proceso inflamatorio crónico benigno del páncreas de carácter progresivo, de ritmo impredecible, que conduce al desarrollo de fibrosis y a la pérdida de parénquima exocrino y endocrino¹. Este trastorno contrasta con la pancreatitis aguda, que es una respuesta inflamatoria aguda a la lesión pancreática y generalmente no es progresiva, aunque las dos afecciones pueden superponerse. Episodios recurrentes de pancreatitis aguda pueden conducir a pancreatitis crónica a lo largo del tiempo².

La pancreatitis crónica y aguda se puede distinguir por varias características:

- La pancreatitis crónica puede ser asintomática durante largos períodos de tiempo, puede presentarse con una masa de fibrosis o puede haber síntomas de insuficiencia pancreática sin dolor. La pancreatitis aguda casi siempre es dolorosa.
- Las concentraciones séricas de amilasa y lipasa tienden ser normales en pacientes con pancreatitis crónica, pero casi siempre son elevadas con la enfermedad aguda.
- Morfológicamente, la pancreatitis crónica es una enfermedad focal desigual caracterizada por un infiltrado mononuclear y fibrosis. Por el contrario, la pancreatitis aguda afecta difusamente a una gran parte del páncreas entero con una respuesta inflamatoria neutrofilica².

La pancreatitis Crónica se clasifica según la sociedad japonés de páncreas (2001) en: PC segura y PC probable, con criterios diagnósticos establecidos y orientados según hallazgos de ultrasonido abdominal, TAC, RM, CPRE, test de secretina y examen histopatológico¹.

La incidencia de PC oscila entre 5 a 10 casos nuevos anuales por 100.000 habitantes, y la prevalencia de 30 a 40 por 100.000 habitantes¹.

La mayoría de los episodios agudos de pancreatitis se producen en pacientes con edades comprendidas entre 30 y 75 años, cuya media se sitúa alrededor de 55 años y la distribución es variable según el sexo y la causa^{3,4}. En la etiología se han involucrado numerosos factores ocupando entre 60-85% de origen por litiasis biliar para el caso de la Pancreatitis aguda o en pacientes con ingesta excesiva y habitual del alcohol, siendo este, el causal del 60% de los casos de pancreatitis crónica⁴⁻⁶. Sin embargo, en los últimos años diferentes grupos de investigadores señalan al hábito de fumar como posible factor etiológico o agravante de pancreatitis crónica, dejando a un lado la causa alcohólica. Desde el punto de vista epidemiológico es complicado separar el hábito tabáquico del hábito alcohólico⁷.

En las complicaciones de la pancreatitis como la disrupción, estenosis del conducto pancreático, colecciones peripancreáticas y pseudoquistes, se ha reconocido los métodos endoscópicos como las terapias más efectivas. Las colecciones líquidas son habituales y la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente, pero 15% aproximadamente se transforman en pseudoquistes⁸.

Las colecciones agudas peripancreáticas contenidas aparecen aproximadamente en el 10% de los pacientes con Pancreatitis Crónica, y se originan a partir de la rotura ductal de áreas parenquimatosas inflamadas en episodios agudos^{9,10}. La aparición de pseudoquistes deben cumplir las 4 semanas de evolución y se caracterizan por presencia de una pseudopared bien definida por métodos de imagen según *Criterios Modificados de Atlanta 2012*¹¹ estos pueden localizarse dentro o fuera del páncreas, pueden ser únicos o múltiples, pueden tener o no conexión persistente con el sistema ductal y pueden ser sintomáticos o asintomáticos.

La intervención está indicada para estas complicaciones, cuando sean sintomáticas, en fase de crecimiento o complicados (p. ej., infección, hemorragia, obstrucción biliar o intestinal). Los pseudoquistes sintomáticos y grandes (> 7 cm) necesitan, en general, drenaje por vía endoscópica, quirúrgica o percutánea. El abordaje endoscópico se utiliza si se observa compresión extrínseca con aumento significativo contra la luz del estómago o el duodeno, y si la distancia entre la pared intestinal y la colección es inferior a 1 cm, sin estructuras vasculares importantes intermedias, de aquí la importancia actual del uso del ultrasonido endoscópico.

La técnica consiste en la creación de una comunicación o trayecto fistuloso entre la colección o el Pseudoquiste con la luz gástrica (cistogastrostomía) o con la luz duodenal (cistoduodenostomía). Se puede colocar un catéter nasoduodenal o una endoprótesis para el drenaje continuo; la elección dependerá del aspecto del contenido del quiste. Un quiste líquido claro puede drenarse con una o más endoprótesis, siendo el drenaje endoscópico transmural la mejor técnica para colecciones pancreáticas que producen compresión extrínseca en la luz gástrica.

El objetivo del tratamiento endoscópico es aliviar la obstrucción del flujo del conducto pancreático para disminuir la hipertensión ductal, drenar las colecciones de líquido y aliviar el dolor. Las modalidades endoscópicas disponibles incluyen CPRE que se usa para tratar las estenosis pancreáticas, los cálculos ductales pancreáticos, las estenosis del conducto biliar y los pseudoquistes.

Se describe la experiencia en el siguiente caso clínico, en el cual se realiza drenaje endoscópico de colección líquida peripancreática aguda en un paciente con Pancreatitis Crónica Probable (clasificación de la sociedad japonesa de páncreas).

Presentación del caso:

Se trata de paciente masculino de 53 años, con antecedente de ingesta alcohólica acentuada, quien acude el día 10/04/2017 al Hospital General del Oeste, por presentar posterior a ingesta copiosa, epigastralgia de intensidad tal que limita actividad diaria, irradiado a hipocondrio derecho, sin atenuante, concomitantemente vómitos de contenido alimentario y luego biliosos en diez oportunidades; motivo por el cual solicitan evaluación por Gastroenterología. Al examen físico paciente regulares condiciones generales, TA: 100/60 mmHg F.C: 98 ppm F.R: 15 rpm, estable, luce deshidratado, mucosa oral seca con saliva filante. Abdomen plano, RSHs presentes, blando, deprimible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal. El análisis paraclínico reportó Leucocitosis de 17.600 10³ con Neutrofilia 79%, Hiperglicemia en 241 mg/dl y Amilasa 3075 U/l. Se realiza ultrasonido abdominal donde se evidencia hepatomegalia, páncreas aumentado de tamaño (Cabeza 4.2cm, Cuerpo: 3cm, Cola: No evaluable por interposición neumica), ecoestructura heterogénea en cabeza y cuerpo, de bordes irregulares, con dilatación del C. Wirsung en 4mm. Planteando diagnóstico de Pancreatitis Crónica Probable con episodio agudo y con hallazgos para índice de severidad Balthazar C y con dos criterios de Ramson al ingreso. Se realiza ultrasonido abdominal evidenciando Colección líquida peripancreática de 700cm³ aproximadamente (**Figura 1**) y derrame pleural bilateral.



Figura 1. Imagen ultrasonográfica de colección peripancreática

expansibilidad gástrica con disminución de la compresión en un 80%, sin complicaciones inmediatas. Se realiza Colangiorensonancia control 10 días posterior al drenaje, evidenciando disminución de la colección a 120cm³ aproximadamente con conducto de Wirsung indemne. Se inicia dieta con líquidos claros, progresando a blanda presentando evolución satisfactoria y egresando a los 17 días posterior al drenaje endoscópico y a los 3 días de tolerancia a la vía oral. Se procede a retirar catéter *PigTail* a la 6ta semana posterior a su colocación, sin complicaciones inmediatas ni tardías.

Se realiza TAC Abdominal con contraste endovenoso corroborando Colección Peripancreática de 11cm de diámetro aprox.de bordes irregulares; cambiando diagnóstico a Pancreatitis Crónica Probable complicada con colección contenida, se replantea Índice de severidad Balthazar E. Con evolución tórpida asociándose fiebre cuantificada en 39°C y aumento de la colección a 2.275cm³ aproximadamente precisada por ultrasonido abdominal, motivo por el que se rota antibioticoterapia a Meropenem, se discute caso en revista médica y se plantea la opción de realizar Drenaje Endoscópico más colocación de catéter *pig tail*. A continuación, se describe el procedimiento realizado, con visión endoscópica se aprecia compresión extrínseca desde el cardias, cuerpo cara posterior hasta la porción prepilórica del antro, evidenciando la región de mayor volumen en cara posterior del cuerpo medio (**Figura. 2**).

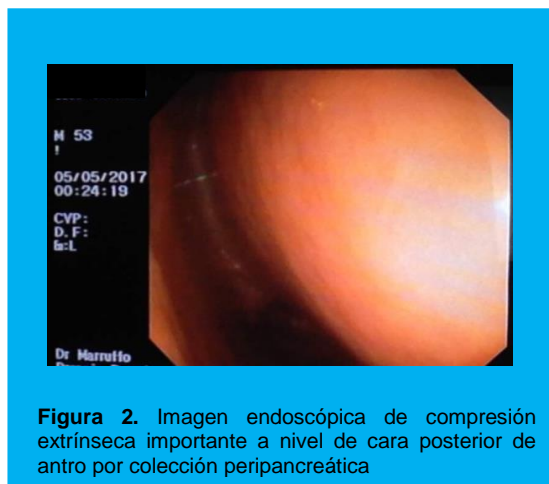


Figura 2. Imagen endoscópica de compresión extrínseca importante a nivel de cara posterior de antro por colección peripancreática

Se realiza corte de pared gástrica con esfinterotomía de aguja logrando acceder a la colección (**Figura 3**), obteniéndose drenaje espontáneo de líquido cetrino abundante; luego se posiciona guía hidrofílica (**Figura 4**) dentro de la colección y se constata posición con apoyo fluoroscópico, se procede a colocar catéter *Pig Tail* de 10 Fr x 7cm, bajo visión endoscópica y fluoroscópica con adecuado posicionamiento radiológico y anclaje de flap en cavidad gástrica (**Figuras. 5 y 6**); obteniéndose salida abundante de contenido fluido espeso, escaso pus, se aspiran 2Lts de líquido con detritus y se comprueba recuperación de



Figura 3. Incisión con Esfinterotomo de aguja



Figura 4. Introducción Guía Hidrofílica hacia la Colección Peripancreática



Figura 5. Colocación de cateter pigtail con salida abundante de líquido

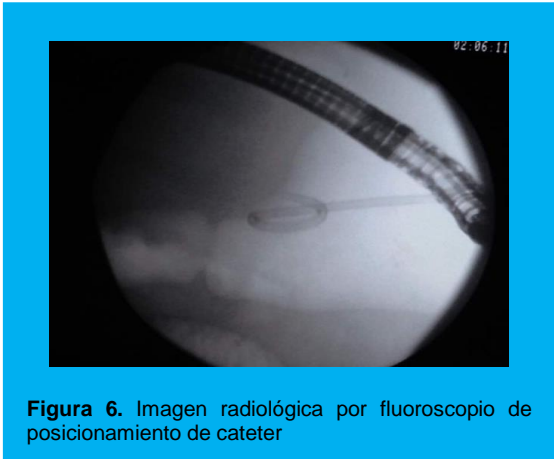


Figura 6. Imagen radiológica por fluoroscopia de posicionamiento de cateter

Discusión

La pancreatitis crónica está caracterizada por una progresiva pérdida de la estructura pancreática normal y disfunción exo y endocrina, debido a varias etiologías. Se distinguen daños irreversibles de ambos componentes de la glándula. Se ha reportado un rango de incidencia en países industrializados de 3.5 por cada 100.000 habitantes.

En gran número de literaturas médicas el alcohol es considerado la primera causa de pancreatitis crónica abarcando 60 a 70% de todos los casos¹². Hay pruebas que sugieren que la pancreatitis crónica puede comenzar como una pancreatitis aguda con episodios recurrentes de necro inflamación aguda con pérdida irreversible de la estructura y la función pancreática (la hipótesis de necrosis- fibrosis). En este paciente está presente hábitos Psicobiológicos de alcoholismo acentuado y tabaquismo, de larga data. En los últimos años los investigadores se han enfocado más en este último como posible factor etiológico.

La patogenia de la pancreatitis crónica actualmente sigue en discusión, con factores inmunológicos y genéticos involucrados, se plantea la formación de fibrosis, pérdida acinar, pérdida eventual de los islotes pancreáticos, inflamación crónica y cambios ductales. Superpuesto a estos cambios crónicos, se puede evidenciar inflamación aguda y necrosis grasa.

El dolor abdominal es usual pero no siempre, la manifestación inicial de pancreatitis crónica se presenta típicamente como episodios agudos haciéndose más crónicos con el tiempo. A pesar de la recurrencia, el dolor continuo puede ser considerado un síntoma importante de la pancreatitis crónica, un subgrupo de pacientes puede no tener dolor, presentando en su lugar otros síntomas como la esteatorrea.

Dentro de sus complicaciones el Pseudoquiste pancreático se define como una colección líquida no infectada, con una pared sin epitelio, constituida por tejido de granulación, obligatoriamente de más de 4 semanas de evolución y que se presenta como evolución de una pancreatitis aguda o pancreatitis intersticial edematosa, o de una pancreatitis crónica o postraumática. Nuestro paciente no cumplía el criterio del tiempo ni de imagen para catalogarlo como tal, por ende, se plantea como Colección líquida peripancreática aguda.

La resolución espontánea se estima en 8% a las seis semanas de evolución, siendo la tasa de complicación 75% en pseudoquistes de más de 13 semanas de evolución. Aun así, las colecciones persisten en un 40% de los pacientes con pancreatitis crónica, siendo el tamaño uno de los factores asociados a la probabilidad de regresión, las colecciones menores de 4cm presentan bajo riesgo de complicaciones y resolución espontánea antes de la sexta semana. Los factores asociados a una baja resolución son:

localización extra pancreática, presencia de múltiples quistes, localización en la cola del páncreas, grosor de la pared de más de 1cm, ausencia de comunicación con el conducto Wirsung, estenosis proximal¹³.

La intervención terapéutica será necesaria en todos aquellos casos complicados y/o sintomáticos. Una vez establecida la necesidad de la intervención terapéutica, la elección del procedimiento dependerá de las características propias de la colección o del pseudoquiste

En aquellos casos en que la compresión extrínseca es evidente por visualización directa, se puede realizar el drenaje completo con un Duodenoscopio y apoyo por fluoroscopia; esta condición sugiere la posición entre la colección contenida o pseudoquiste y la pared gástrica, como fue el caso de nuestro paciente.

Las colecciones líquidas peripancreáticas agudas tratadas endoscópicamente, usualmente se resuelven tras un período de 4 a 8 semanas, existen estudios que sugieren que la prolongación del uso de la prótesis, a pesar de resolución radiológica, se asocia a una menor tasa de recurrencia. En nuestro caso tras presentar evidente mejoría clínica y radiológica, se procedió a retirar la prótesis a la sexta semana de colocada, sin ninguna complicación y con evolución satisfactoria.

Conclusiones

La Pancreatitis crónica es una causa infrecuente de consulta en las emergencias de nuestros hospitales, probablemente debido a un subdiagnóstico y subregistro en la práctica clínica. La sobre posición con la Pancreatitis aguda y/o episodios agudos de Pancreatitis crónica y el desconocimiento mismo de criterios diagnósticos establecidos de PC pueden influir enormemente en esta situación.

En la Colección Peripancreática Aguda, el drenaje endoscópico con colocación de catéter pigtail es un procedimiento mínimamente invasivo con una elevada tasa de éxito terapéutico, menor morbilidad, menor mortalidad y menor recurrencia comparado con otras técnicas. Se debe individualizar cada paciente, evaluar sintomatología, evolución clínica, y elegir la mejor opción terapéutica.

Clasificación del trabajo

AREA: Gastroenterología.

TIPO: Caso clínico.

TEMA: Drenaje endoscópico de colección peripancreática.

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

Referencias Bibliográficas

1. Sleisenger and Fordtran's. Gastrointestinal Disease, 7th Edition. EEUU. Chronic Pancreatitis, 2002. 1:239-267
2. Steven D. Freedman PhD. Clinical manifestations and diagnosis of chronic pancreatitis in adults. Chief of the Division of Translational Research and Professor of Medicine at Harvard Medical School.
3. Kelly TR, Waggner DS. Gallstone pancreatitis: Thesecondtimearound. Surgery 1982; 92:571-5.
4. Sharma M.D., Howden M.D. Metaanalysis of Randomized Controlled Trials of Endoscopic Retrograde Cholangiography and Endoscopic Sphincterotomy for the treatment of Acute Biliary Pancreatitis. AJG 1999; 94:3211-3214.

5. Banks P. Acute and Chronic Pancreatitis. En: Gastrointestinal and liver disease Sleisenger and Fortran's, 6ta edition. Saunders. USA. 1998. P809-38.
6. Sugiyama M., Atomi Y. Acute biliary pancreatitis: The roles of endoscopic ultrasonography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Surgery* 1998; 124:14-21.
7. Molero, Xavier. Pancreatitis crónica. *Gastroenterol Hepatol.* 2006;29(Supl 3):85-90.
8. Forsmark CE, Baillie J. AGA Institute technical review on acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2007; 132 (5): 2022-2044.
9. Cameron JL. Acute pancreatitis. In: *Surgery of the Alimentary Tract*, 2nd edition, Shackelford RT, Zuidema GD (Eds), WB Saunders, Philadelphia 1983. p.31.
10. O'Malley VP, Cannon JP, Postier RG. Pancreatic pseudocysts: cause, therapy, and results. *Am J Surg* 1985; 150:680.
11. M. Revelles P., E. Ochando P. y col. Revisión por imagen de pancreatitis aguda y sus complicaciones siguiendo criterios modificados de Atlanta 2012. <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-1106>.
12. Smith Ross C, Wilson Jeremi; Chronic pancreatitis and the use of Pancreatic enzyme replacement therapy in Australia guidelines for the management of pancreatic exocrine insufficiency, October 2015. Department of Surgery, University of Sydney.
13. Varadarajulu S, EUS followed by endoscopic pancreatic pseudocyst drainage or all in one procedure: a review of basic techniques (with video). *Gastrointest Endosc.* 2009; 69:S176-181.
14. Wadas DD, Sanowski. Complications of the hot biopsy forceps technique. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 32-7.
15. Waye JD. Management of complications of colonoscopic polypectomy. *Gastroenterologist* 1993; 1: 158-164.
16. Jentschura D, Raute M, Winter J, et al. Complications in endoscopy of the lower gastrointestinal tract. *erypy and prognosis. Surg Endosc* 1994; 8: 672-676.

