

Rol del Tratamiento Endoscópico en el manejo de las colecciones pancreáticas de origen inflamatorio

Dr. Jacobo Dib Jr

Jefe del Servicio de Gastroenterología. Hospital "Jesus Yerena" de Lidice. Caracas-Venezuela. dib.j@hotmail.com

Hasta hace pocos años atrás, el siquiera pensar en la posibilidad de tratar endoscópicamente un pseudoquiste o un absceso pancreático por vía endoscópica parecía algo sacado de una obra de ciencia ficción. Sin embargo, el avance de la terapéutica endoscópica abarca cada vez más patologías digestivas. Es así como se han desarrollado tratamientos para la obesidad, acalasia, divertículo de Zenker...y claro, patología pancreática. Pareciera que los cirujanos cada vez van teniendo menos trabajo.

La clasificación revisada de Atlanta categoriza las colecciones pancreáticas de origen inflamatorio en cuatro grupos (en base a la presencia de necrosis, el desarrollo de una pared bien definida y el tiempo transcurrido desde el episodio inicial de pancreatitis): colección aguda líquida peri pancreática (CALP), colección necrótica aguda (CNA), pseudoquiste (PSQ) y necrosis Madura encapsulada (walled-off necrosis) o WON. Un CALP es una colección líquida sin necrosis ni paredes definidas que se desarrolla durante las primeras 4 semanas del episodio de pancreatitis. La mayoría de ellas se resuelven espontáneamente en el tiempo, sin embargo, un pequeño grupo puede formar un PSQ. El PSQ es una colección líquida bien circunscrita y encapsulada con una pared no epitelializada, sin necrosis. Le puede tomar a un CALP 4 semanas o más para madurar en PSQ. Aproximadamente un 20% de las pancreatitis agudas desarrollan necrosis, lo cual puede llevar a CNA en las primeras 4 semanas. Al igual que los CALP, están mal definidas, sin paredes, pero contienen no solo componente líquido sino también sólido, pueden desarrollarse en el área intra o extra pancreática. El WON contiene material necrótico líquido, semisólido o sólido, en el páncreas, adyacente o distante a este.

La evidencia actual apunta al drenaje de colecciones "maduras", es decir, PSQ o WON con una duración mayor a 4 semanas y una pared bien definida, solo cuando son sintomáticos, están infectados o aumentan progresivamente en tamaño. El tamaño per se no es una indicación de drenaje. Antes de drenar, deben realizarse estudios de imágenes (TAC, MRI o USE), para confirmar que la colección no se trate de un quiste neoplásico, quiste de duplicación o cualquier otro proceso de origen no inflamatorio.

Métodos Endoscópicos de Drenaje

PSQ.- Puede abordarse por vía transmural, transpapilar o combinada. Los factores que influyen la decisión a tomar incluyen, la relación anatómica de la colección con el estómago o duodeno, la presencia de ducto comunicante con el PSQ, contenido y tamaño de la colección.

Drenaje Transmural

El abordaje se realiza idealmente guiado por USE, sobre todo para aquellas lesiones que no producen protuberancia por compresión extrínseca. Se crea un acceso al quiste a través de la pared gástrica o duodenal, dilatando el mismo con balón y colocando una o más prótesis biliares plásticas, una de metal cubierta auto expandible (SEMS) o una metálica que permita la aproximación firme entre la luz de dos órganos, estas son, las Lumen apposing metal stents (LAMS) con un diámetro de 10 mm que permite un drenaje más rápido, menor riesgo de oclusión y la posibilidad de entrar repetidamente a la colección con un gastroscopio y realizar necrosectomía.

WON

Para drenar un WON endoscópicamente, se realiza un abordaje transmural tal cual descrito para el PSQ. También se puede realizar un drenaje naso-quístico. Típicamente se realizan varias sesiones de debridamiento, cada 48 o 72 horas hasta lograr la remoción completa del material necrótico. El acceso a varios sitios de drenaje también puede ayudar en la solución clínica del WON. Así mismo, puede considerarse un drenaje combinado, es decir, además del acceso endoscópico transmural, un acceso percutáneo por el radiólogo intervencionista.

El acceso transmural no está exento de complicaciones. Las más frecuentes: sangramiento, perforación o pneumoperitoneo, dolor, migración de la prótesis (stent), oclusión de la misma e infección.

Así pues, podemos ver cómo se puede acceder endoscópicamente y solucionar, la mayoría de las colecciones pancreáticas y peri pancreáticas de origen inflamatorio. ¿Y la cirugía? A pesar de todo lo dicho, no puede descartarse. Sin embargo, debemos agotar siempre las vías de acceso menos invasivas y con una menor morbi-mortalidad.

Referencias

1. ASGE Standards of Practice Committee, Muthusamy VR, Chandrasekhara V, Acosta RD et al. The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory pancreatic fluid collections. *Gastrointest Endosc.* 2016;83(3):481-488.
2. Parihar V, Ridgway PF, Conlon KC et al. The role of endoscopic intervention in the management of inflammatory pancreatic fluid collections. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2017 (4):371-379.

