

Artículos multimedia

Necrosectomía retroperitoneal vídeo-asistida (VARD)

Video-assisted retroperitoneal debridement (VARD)

M.Á. Sánchez-Gálvez, D. Martínez-Baena, P. Parra-Membrives, G. Jiménez-Riera, J.M. Lorente-Herce

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

RESUMEN

Desde la publicación en 2010 del estudio PANTER, se estableció la superioridad en términos de disminución de la morbi-mortalidad del abordaje escalonado de la necrosis pancreática sobreinfectada (“step-up approach”) respecto al abordaje quirúrgico tradicional por vía anterior. Tanto es así, que se objetivó una caída de la morbilidad del 69% al 40% respecto al manejo clásico, y hasta el 35% de los pacientes tratados con la estrategia escalonada no precisó cirugía (resolviéndose la situación únicamente con drenajes percutáneos). En aquellos casos donde fracasó el drenaje percutáneo, se realizó una necrosectomía retroperitoneal. Esta es una técnica que se ha ido desarrollando hasta el día de hoy. En la actualidad se opta por

una técnica mínimamente invasiva: la necrosectomía retroperitoneal vídeo-asistida (VARD), que requiere experiencia tanto en cirugía vídeo-asistida como en el abordaje del retroperitoneo. Nosotros hemos desarrollado una modificación técnica en la realización de la VARD, aplicando un sistema generalmente utilizado en el TAMIS, que consideramos ventajoso para este tipo de cirugía.

Palabras clave: pancreatitis necrotizante infectada, estrategia escalonada, necrosectomía retroperitoneal, cirugía mínimamente invasiva.

CORRESPONDENCIA

María Ángeles Sánchez Gálvez
Hospital Universitario Virgen de Valme
41001 Sevilla
msgalvez91@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Sánchez Gálvez MÁ, Martínez Baena D, Parra Membrives P, Jiménez Riera G, Lorente Herce JM. Necrosectomía retroperitoneal vídeo-asistida (VARD). Cir Andal. 2018;29(3):287-289

ABSTRACT

Ever since PANTER’s study publication in 2010, the superiority of the “step-up approach” in the management of infected necrotizing pancreatitis, in terms of reduction of the morbi-mortality compared with primary open surgery, was established. In fact, morbidity dramatically dropped from a 69% to a 40% compared to the classic management, and up to 35% of the patients treated with the step-up approach didn’t have the need for surgery (being the situation solved only with percutaneous drainage). In those cases where

the percutaneous drainage failed, a retroperitoneal debridement was performed. This is a technique that has been developed until the present day. Nowadays, we prefer to use a minimal invasive surgery: a video-assisted retroperitoneal debridement (VARD), that requires experience in both videoscopic surgery and accessing the retroperitoneal space. We have developed a technical modification in the performance of VARD, applying a system often used in TAMIS, that we consider to be advantageous in this kind of surgery.

Keywords: infected necrotizing pancreatitis, step-up approach, retroperitoneal debridement, minimal invasive surgery.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda complicada con necrosis sobreinfectada es una patología con alta morbimortalidad. Aunque inicialmente el diagnóstico de pancreatitis aguda es puramente clínico, el de su evolución hacia necrosis sobreinfectada se realiza mediante pruebas de imagen (TC y RM).

El estándar de cuidados y tratamiento en la actualidad pasa por el abordaje escalonado, consistente en colocar en la celda pancreática, de forma radioguiada, catéteres percutáneos de drenaje de diámetro mayor sucesivamente. En algunos casos (hasta el 35% según el estudio PANTER, estudio de mayor importancia hasta ahora sobre este tema), será suficiente con esto¹. En las situaciones que no se resuelvan mediante dichos drenajes, se deberá practicar una necrosectomía pancreática.

El abordaje para la necrosectomía pancreática ha sido el anterior clásicamente. Sin embargo, gracias a la cirugía vídeo-asistida y los avances en este campo, se ha ido desarrollando durante los últimos diez años la técnica VARD, que permite el acceso directo al retroperitoneo de forma mínimamente invasiva, realizando de este modo la necrosectomía pancreática^{3,6}.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 58 años, hipertensa y dislipémica, que consulta en urgencias por dolor epigástrico irradiado en cinturón de doce horas de evolución. Tras la anamnesis, exploración y analítica iniciales (amilasa de 1.200) se le diagnostica de una pancreatitis aguda. La paciente ingresa en el servicio de Digestivo, donde se inicia el adecuado tratamiento con analgesia y dieta absoluta, pero la evolución de la enfermedad no es satisfactoria, y ésta desarrolla una pancreatitis necrotizante sobreinfectada.

Con la certeza de que la necrosis pancreática se encuentra sobreinfectada, se inicia la estrategia escalonada y se colocan sucesivamente catéteres percutáneos cada vez de mayor calibre, sin mejoría clínica ni analítica de la enferma. Ante esta situación, se presenta el caso en comité multidisciplinar (al que asistimos digestólogos, cirujanos y radiólogos) y se decide intervenir a la paciente.

Practicamos una VARD de forma programada. Se coloca la paciente en decúbito supino lateralizada 30º hacia la derecha y abriendo el ángulo entre la cresta ilíaca y las costillas, de forma que expongamos

el drenaje percutáneo de manera adecuada. Siguiendo este último (con la intención de entrar guiados por el mismo), introducimos un trocar óptico de laparoscopia hasta la celda pancreática, el cual utilizamos como primer método de descompresión de la misma y de drenaje de material purulento sin presumible contaminación de la herida quirúrgica. Tras ello, ampliamos la incisión a ambos lados del trocar y lo sustituimos por un accesorio para puerto único transanal (GelPoint Path, Applied Medical) e insuflamos CO₂ a 10 mmHg. Comenzamos el desbridamiento de la cavidad con ayuda de una pinza y un aspirador, hasta retirar la totalidad de la necrosis pancreática. Por último, dejamos dos drenajes: uno de silicona de calibre amplio para recoger exudados, y otros de menor calibre por donde irrigar suero. Realizamos irrigaciones periódicas los dos primeros días postoperatorios, tras los que retiramos el drenaje de mayor calibre. Dejamos el otro drenaje para canalización de una posible fístula pancreática (complicación más frecuente en este tipo de cirugía).

La paciente evolucionó satisfactoriamente, dándose de alta al decimotercer día postoperatorio (previo TC normal al séptimo día post-operatorio). Se le mantuvo el drenaje de menor calibre, el cual se fue movilizando gradualmente de manera ambulatoria en la consulta, hasta su retirada (previo control de la cantidad y calidad del débito y la amilasa presente en el mismo). Actualmente la paciente se encuentra asintomática, y acude a revisiones periódicas en la consulta.



[Acceder al vídeo](#)

DISCUSIÓN

El “*step-up approach*” ha demostrado una disminución de la morbilidad tanto en el estudio PANTER como en otras series, por lo que pensamos que debería considerarse la estrategia de elección ante el tratamiento de la pancreatitis necrotizante sobreinfectada.

La técnica VARD ha demostrado ser una técnica segura, factible y reproducible, que se ha de implantar de la mano de cirujanos con experiencia en este campo. Estaría indicada en todo paciente con necrosis pancreática sobreinfectada de más de cuatro semanas de evolución (tiempo estimado para la formación de pared y mejoría del SIRS asociado) en el que se ha iniciado el “*step-up approach*” sin éxito^{2,5}. Las contraindicaciones para esta técnica serían la inestabilidad hemodinámica del paciente (shock séptico, shock hipovolémico, etc.), la localización anterior en el abdomen (por la alta posibilidad de lesión de vísceras circundantes), o la sospecha de perforación de víscera hueca ya instaurada. En cuanto a las limitaciones de la técnica, consideramos que el poco espacio de la cavidad (previamente virtual) condiciona poca visibilidad en la mayoría de las ocasiones. No

obstante, el uso en este caso del dispositivo de puerto único, mejora sustancialmente este problema.

Nuestra experiencia global con esta técnica se limita en la actualidad a seis pacientes, dos de los cuales sufrieron complicaciones mayores (Clavien Dindo igual o mayor de IIIa), con una tasa de mortalidad del 0%.

Siendo así, pensamos que la combinación de la estrategia escalonada, y de esta cirugía mínimamente invasiva (VARD), es el abordaje con mejores resultados que se le puede ofrecer a este tipo de pacientes⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hjalmar C. van Santvoort, MD et al. A Step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med.* 2010 Apr 22;362(16):1491-502. [DOI: 10.1056/NEJMoa0908821]
2. Da Costa DW et al. Staged multidisciplinary step-up management for necrotizing pancreatitis. *Br J Surg.* 2014 Jan;101(1):e65-79. doi: 10.1002/bjs.9346. Epub 2013 Nov 22. Review.
3. John BJ et al. Management of infected pancreatic necrosis-the "step up" approach and minimal access retroperitoneal pancreatic necrosectomy. *Indian J Surg.* 2015 Apr;77(Suppl 1):125-7. [DOI: 10.1007/s12262-014-1197-0] Epub 2014 Nov 19.
4. Gurusamy KS et al. Interventions for necrotising pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr 16;4:CD011383. doi: 10.1002/14651858.CD011383.pub2. Review.
5. Besselink, M. G. H. et al. Timing of surgical intervention in necrotizing pancreatitis. *Arch Surg.* 2007 Dec;142(12):1194-201.
6. Horvath, K. D. et al. Laparoscopic assisted percutaneous drainage of infected pancreatic necrosis. *Surg Endosc.* 2001;15(7):677-682.