

## TRATAMIENTO MINIINVASIVO DE NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA EN PACIENTE CON PANCREATITIS LÚPICA

OSCAR BROSUTTI, ALEJANDRO GARCÍA HEVIA, IVÁN FENDRICH, SOLEDAD CIAN, MAXIMILIANO GARCIA, FIAMMA LOMELLO, DÉBORA RAMÍREZ

Servicio de Cirugía, Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina

**Dirección postal:** Débora M. Ramírez, Hospital J. B. Iturraspe, Hernandarias 3517, 3000 Santa Fe, Argentina

**E-mail:** deboraramirez09@gmail.com

**Recibido:** 15-V-2024

**Aceptado:** 16-VII-2024

### Resumen

La pancreatitis aguda (PA) es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes que requieren ingreso hospitalario en nuestro medio, donde el tratamiento médico precoz y una secuencia del enfoque escalonado (EE) reduce significativamente la morbimortalidad. La necrosis pancreática se asocia con una tasa de muerte del 8 al 39%, es prácticamente siempre una indicación de intervención.

Esta afectación como manifestación de lupus eritematoso sistémico (LES) es rara y su frecuencia es menor del 5%.

Los objetivos de dicho reporte son mostrar el éxito del abordaje mínimamente invasivo resaltando los beneficios, como es la disminución del dolor e infección del sitio quirúrgico, dando como resultado mejoría en la calidad de vida; y por otro lado, destacar al lupus como una causa rara de pancreatitis aguda.

**Palabras clave:** necrosis pancreática, enfoque escalonado, lupus eritematoso sistémico

### Abstract

*Minimally invasive treatment of infected pancreatic necrosis in patient with lupic pancreatitis*

Acute pancreatitis (AP) is one of the most common gastrointestinal diseases that requires hospital admis-

sion in our environment, where early medical treatment and a staggered approach sequence significantly reduces morbidity and mortality. Pancreatic necrosis is associated with a death rate of 8 to 39% and is practically always an indication for intervention.

This condition as a manifestation of systemic lupus erythematosus (SLE) is rare and its frequency is less than 5%.

The objectives of this case are to show the success of the minimally invasive approach, highlighting the benefits, such as a decrease in pain and infection at the surgical site, resulting in an improvement in quality of life; and the other hand, lupus should be highlighted as a rare cause of acute pancreatitis.

**Key words:** pancreatic necrosis, step up approach, systemic lupus erythematosus.

La pancreatitis aguda (PA) es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes que requiere ingreso hospitalario en nuestro medio, donde el tratamiento médico precoz y una secuencia del enfoque escalonado (EE) reduce significativamente la morbilidad y mortalidad<sup>1</sup>.

La pancreatitis como manifestación de lupus eritematoso sistémico (LES) es rara y su frecuencia es menor del 5% en series publicadas en Europa y EE. UU.<sup>2</sup>. El diagnóstico se basa en los

hallazgos clínicos, laboratorios e imágenes, así como en la exclusión de otras causas comunes de pancreatitis. Suele presentarse con un LES de actividad moderada a grave y conlleva un peor pronóstico<sup>2,3</sup>. El diagnóstico oportuno de LES es fundamental para una adecuada respuesta de dicha enfermedad y menor probabilidad de pancreatitis aguda<sup>3</sup>.

Por otro lado, la necrosis pancreática infectada (NPI) se asocia con una tasa de mortalidad del 8 al 39%, es prácticamente siempre una indicación de intervención. Históricamente, el drenaje quirúrgico abierto fue la primera opción. Hoy en día se aborda en forma mini-invasiva con el EE. Esta estrategia consiste en el drenaje percutáneo y/o endoscópico dejando al drenaje quirúrgico abierto como última opción si los procedimientos iniciales no fueron satisfactorios<sup>4</sup>.

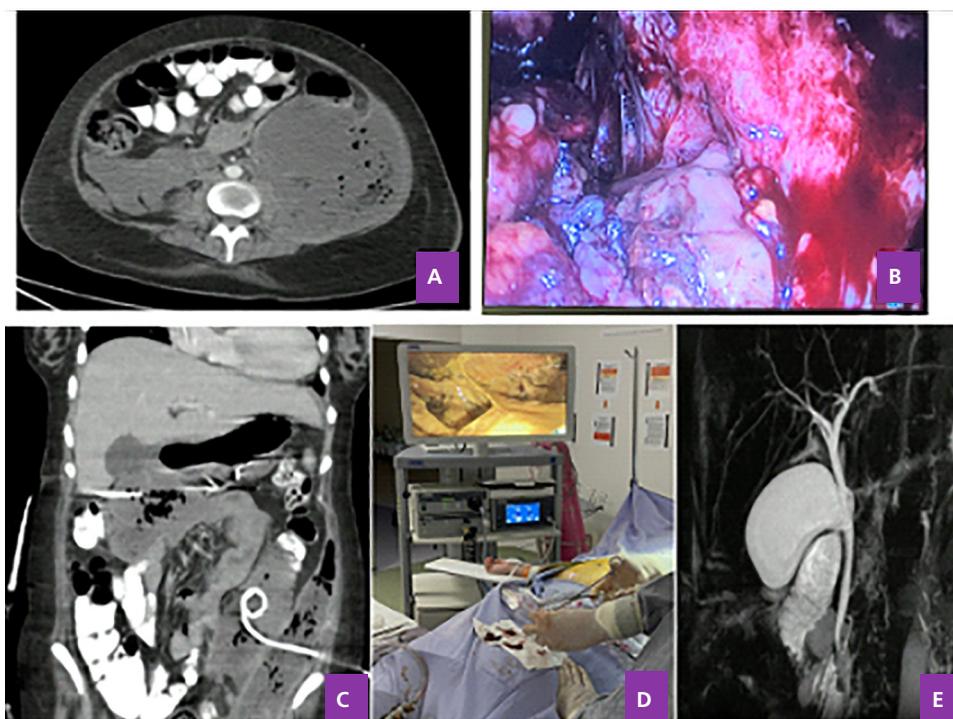
Presentamos el caso de una paciente joven con diagnóstico reciente de LES que tuvo como complicación un cuadro de pancreatitis aguda necrotizante que fue tratada con éxito en nuestra institución a través de un abordaje mínimamente invasivo.

### Caso clínico

Mujer de 22 años de edad sin hábitos tóxicos, hipotiroides medicada con levotiroxina y diagnóstico reciente de LES, sin tratamiento. Cursó internación en terapia intensiva por síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) de probable etiología autoinmune, secundario a cuadro clínico caracterizado por dolor en hemiabdomen superior, asociado a vómitos y fiebre de aproximadamente 15 días de evolución, considerando como posible diagnóstico pancreatitis aguda. Se realizaron inicialmente estudios de laboratorio, donde se destacaron leucocitosis con neutrofilia, hiperamilasemia, urea - creatinina séricas elevadas, sin hipertrigliceridemia. También se solicitaron serologías para citomegalovirus, HIV, virus de hepatitis C y B que resultaron negativas.

Se realizó ecografía abdominal en la cual se observó vesícula de paredes delgadas sin litiasis, vía biliar intrahepática no dilatada, hepatocolédoco de 2.8 mm, páncreas no visualizado por abundante meteorismo, líquido libre de características homogéneas perihepático, periesplénico y en parietocólico derecho e izquierdo. Para complementar estudios se realizó tomografía computarizada (TAC) donde se visualizaron colecciones agudas peripancreáticas de gran volumen con la presencia de aire en su interior (Fig. 1A).

**Figura 1** | A: Colecciones agudas peripancreáticas de gran volumen con la presencia de aire en su interior. B: Drenajes percutáneos. C: Desbridamiento retroperitoneal video A: Asistido. D: Necrosectomía pancreática videolaparoscópica. E: Colangiorresonancia donde no se visualizan litiasis



Se abordó el caso siguiendo el EE; iniciando el mismo con antibióticos con buena penetrancia en páncreas como es el caso del imipenem. Ante la no mejoría se continuó realizando drenajes percutáneos de las colecciones, colocando drenajes transgástricos y en colecciones de flanco izquierdo e hipocondrio derecho, adicionando más catéteres con el fin de disminuir el volumen de las mismas (Fig. 1B). El débito se cuantificó diariamente y los drenajes se trabajaron proactivamente. Frente a la desmejoría clínica, a pesar del drenaje de las colecciones y la ampliación del calibre de los catéteres, se realizó TAC. En la misma se visualizó la persistencia de colecciones izquierdas, por lo que se avanzó en el EE realizando un desbridamiento retroperitoneal video asistido (VARD) (Fig. 1C). Se realizó control imagenológico posterior al procedimiento, y se constató la persistencia de la necrosis retroperitoneal derecha, por lo que se realizó abordaje endoscópico, que, por motivos anatómicos (localización de colección en íntimo contacto con colon derecho e hígado) y técnicos (imposibilidad de colocar otro puerto de trabajo en dicha región), no fue redituable. Finalmente, se decidió realizar necrosectomía laparoscópica, y se logró eliminar la necrosis remanente (Fig. 1D). Posteriormente, se realizó una nueva imagen, en la cual se constató la au-

sencia de colecciones/tejido necrótico, retirando progresivamente los drenajes.

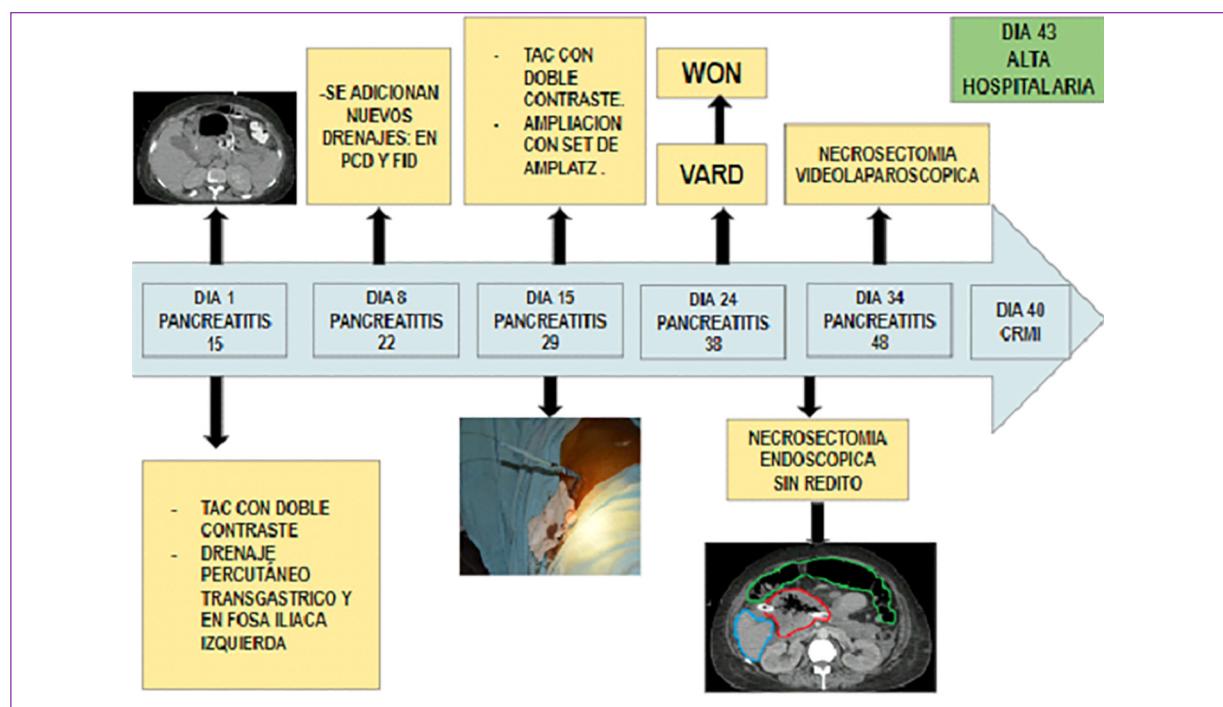
Una vez que se retiraron todos los drenajes se realizó colangiografía, no se constató la presencia de litiasis vesicular, y se excluyó definitivamente la causa biliar de otras enfermedades que pudiesen causar pancreatitis aguda (Fig. 1E). Finalmente, luego de seis semanas de internación la paciente fue dada de alta, con buena evolución clínica e imagenológica. Se la citó al mes para valorar parámetros clínicos, de laboratorio e imagenológicos, los cuales se encontraron conservados. Actualmente continúa en seguimiento por un equipo interdisciplinario, incluyendo el servicio de cirugía, reumatología y nutrición (Fig. 2).

Este reporte cuenta con el consentimiento informado brindado por la paciente.

## Discusión

La PA es la respuesta inflamatoria del páncreas a injurias muy diversas, aproximadamente el 90 % es secundario a litiasis biliar o ingesta de alcohol, siendo lo más frecuente en nuestro medio. El 10 % restante se debe a múltiples etiologías o causas no identificadas<sup>5-7</sup>.

**Figura 2** | Línea de tiempo del reporte de caso



TAC: tomografía computarizada; PCD: parietocólico derecho; FID: fosa iliaca derecha; WON: walled of necrosis; VARD: desbridamiento retroperitoneal video asistido; CRMI: colangiografía

La pancreatitis lúpica (PL) es un diagnóstico de exclusión. LES es una enfermedad multisistémica, que afecta el sistema gastrointestinal en un 50 % de los pacientes, la pancreatitis es una rara complicación, con una frecuencia aproximada del 0.2%-8.2%<sup>3</sup>.

En el caso que presentamos realizamos el diagnóstico definitivo de PL al descartar la presencia de litiasis vesicular, anomalías estructurales del páncreas, el valor de triglicéridos normal, y antecedentes tóxicos. Se define NPI cuando se visualiza gas extraluminal por TAC con una sensibilidad del 56% y especificidad del 97%, deterioro clínico del paciente con necrosis sin otro foco o cultivo positivo obtenido por punción con aguja fina<sup>8</sup>.

El tratamiento clásico de la NPI fue la necrosectomía quirúrgica abierta. Este procedimiento invasivo, tiene altas tasas de complicaciones y mortalidad, incluso en centros especializados. El estudio PANTER comparó pacientes que recibieron como primera línea de tratamiento necrosectomía quirúrgica abierta versus drenaje mini-invasivo (endoscópico o percutáneo), demostrando que el EE posee mayores beneficios que el abordaje convencional, es por eso que se propusieron intervenciones mini-invasivas.

El EE se basa en la instauración temprana del tratamiento médico de soporte y un abordaje secuencial de menos a más agresividad de la NPI según la respuesta al tratamiento, comenzando por el drenaje percutáneo, continuando con técnicas de drenaje quirúrgico mínimamente invasivo según la localización y relegando el abordaje quirúr-

gico abierto al último escalón del algoritmo terapéutico, en caso de fracaso de los anteriores. En cuanto a la técnica, el objetivo debe ser el control del foco inflamatorio, consiguiendo el adecuado drenaje y desbridamiento del tejido necrótico<sup>1</sup>.

En este sentido, nuestra institución cuenta con experiencia en el abordaje de PA Y NPI, considerando que podría ser el primer paso de utilización de antibióticos con buena penetrancia en el páncreas<sup>5</sup>.

El VARD es una técnica mini-invasiva que disminuye la respuesta sistémica al estrés quirúrgico. Ofrece la ventaja de una mejor visualización de las estructuras vasculares pancreáticas y minimiza la lesión de éstas. Este abordaje nos resulta particularmente atractivo en casos como los de esta paciente con grandes colecciones necróticas que nos permiten colocar 2 trocares, e incluso el desbridamiento manual o con pinzas tipo Gregoire.

En conclusión, destacamos la importancia del abordaje interdisciplinario entre infectología, terapeutas, reumatólogos, nutricionistas e imagenólogos en casos tan complejos como el que presentamos, y recomendamos que este tipo de pacientes con LES y pancreatitis necrotizante sean abordados en centros adecuados que tengan los especialistas mencionados y un centro quirúrgico de vanguardia, como es el caso de nuestro nosocomio, que cuenta con cirujanos formados en procedimientos quirúrgicos guiados por imágenes, endoscopistas experimentados, laparoscopia expertos, lo que permite así resultados más favorables.

---

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

1. Tinoco Gonzalez J, Tallón Aguilar L., Sánchez Artega A., et al. Retroperitoneoscopy in acute pancreatitis. *Cirugía Andaluza* 2019; 3: 281-3.
2. Velasque Marques E, Cerqueira Batista Filho L, Toledo Maciel A. Acute pancreatitis caused by systemic lupus erythematosus activity: a case report and literature review. *Medwave* 2023; 23: doi: 10.5867.
3. Blanco Ornelas LH, Martín Nares E., Aguirre Muñoz MA., López Iñiguez A., Valerdi Contreras L. Pancreatitis aguda como presentación inicial de lupus eritematoso sistémico. *Revista Médica MD* 2016; 7:196-9.
4. Velázquez VR, Cardenas LLE. Acute pancreatitis and pancreatic necrosis: current concepts and treatment. *Cir Gen* 2017; 39: 147-51.
5. Obeid J., Brosutti O. Garcia Calcaterra E.; Cian MS.; Garcia M.; Necrosis pancreática infectada: tratamiento solo con antibióticos. ¿Cuál sería el primer paso del step-up approach? *Medicina (B Aires)* 2023; 83: 394-401.
6. van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med* 2010; 362: 1491-502.
7. Ferraina P, Oria A, Cirugía de Michans. 5a. ed. 14a reimpresión. Buenos Aires: El Ateneo 2015.
8. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2013; 13: e1-e15.