

Necrosectomía pancreática

Elena Tenorio González

Hôpital Henri Mondor, París.



Contexto clínico: ¿cuándo hablamos de necrosis pancreática?

La pancreatitis aguda necrotizante es una **forma grave de pancreatitis** en la que se produce necrosis del parénquima pancreático, del tejido peri/extrapancreático o de ambos. Esta necrosis puede ser estéril o infectarse, lo cual condiciona un pronóstico mucho más severo.

- Tipos de colecciones según la clasificación de Atlanta (2012)

< 4 semanas:

ANC (Acute Necrotic Collection – Colección necrótica aguda)

mezcla de líquido y detritos sólidos, sin pared definida.

> 4 semanas:

WON (Walled-Off Necrosis – Necrosis encapsulada):

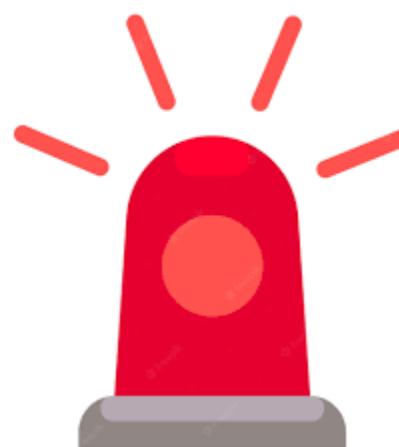
colección madura, encapsulada, pared bien definida; contiene material sólido y líquido.



Contexto clínico: ¿cuándo drenarla?



- **Infección CONFIRMADA o alta sospecha**
(hemocultivos +, TC, ↑PCR alta de respuesta a manejo conservador en casos seleccionados)
- **Fallo orgánico persistente**
- **Síntomas compresivos** (órganos adyacentes, vasos)
- **Fístulas**
- **Sangrado**

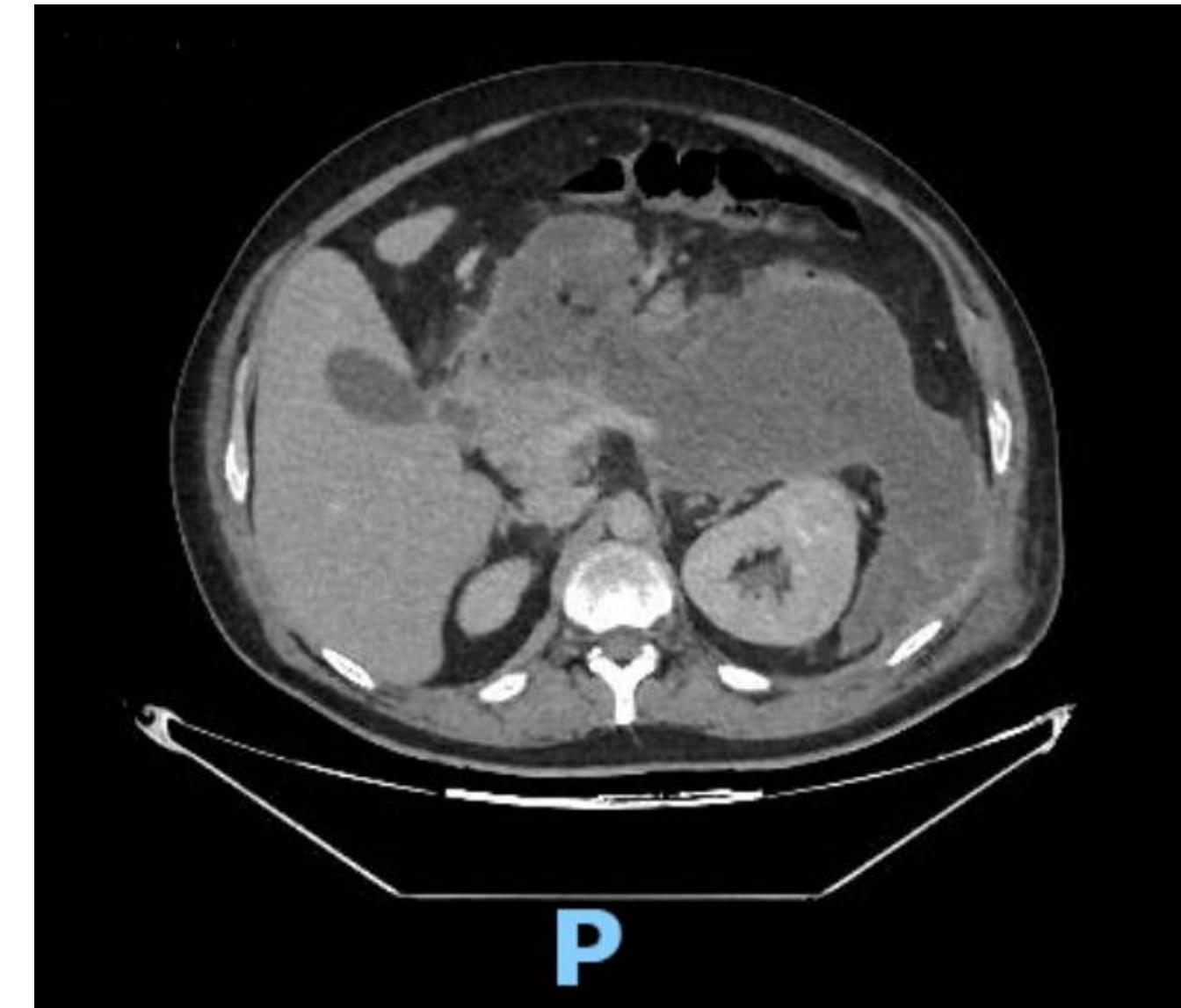


Idea clave: NO TODA COLECCIÓN REQUIERE DRENAJE
¡ATENCIÓN AL TIMING!

Contexto clínico: ¿cuándo drenarla?

Momento óptimo: “ ≥ 4 semanas” → **¡¡YA NO!!**

- Indicación
- Paredes bien delimitadas
- Accesible



¿Podemos prevenir la infección?

-Papel de la antibioterapia: **NUNCA PROFILACTICA**

-IMPORTANCIA DE LA **NUTRICIÓN ENTERAL**

- Inicio precoz
- Nutrición enteral continua : requerimiento diario 35 Kcal/kg.
- No diferencias en SNG o nasoyeyunal
 - Desde que se drena /si gastroparesia → nasoyeyunal



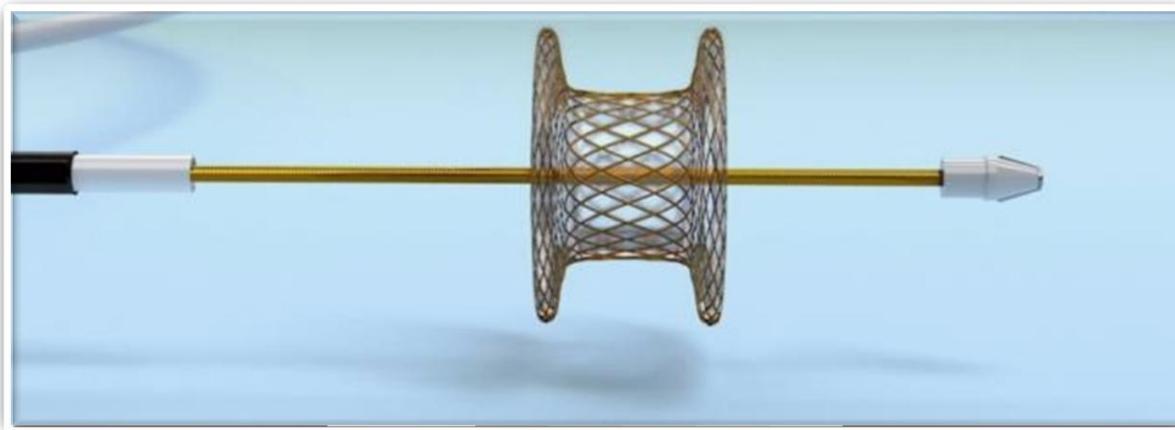
Evitar NPT de rutina (intolerancia sostenida a NE, requerimiento energético no alcanzable por vía enteral).



Estrategia “step-up”: del drenaje a la necrosectomía

Drenaje como primer paso:

- Transgástrico / transduodenal
- LAMS como estándar actual (15 o 20 mm)
- Paciente intubado



“STEP-UP APPROACH”



Estrategia “step-up”: del drenaje a la necrosectomía

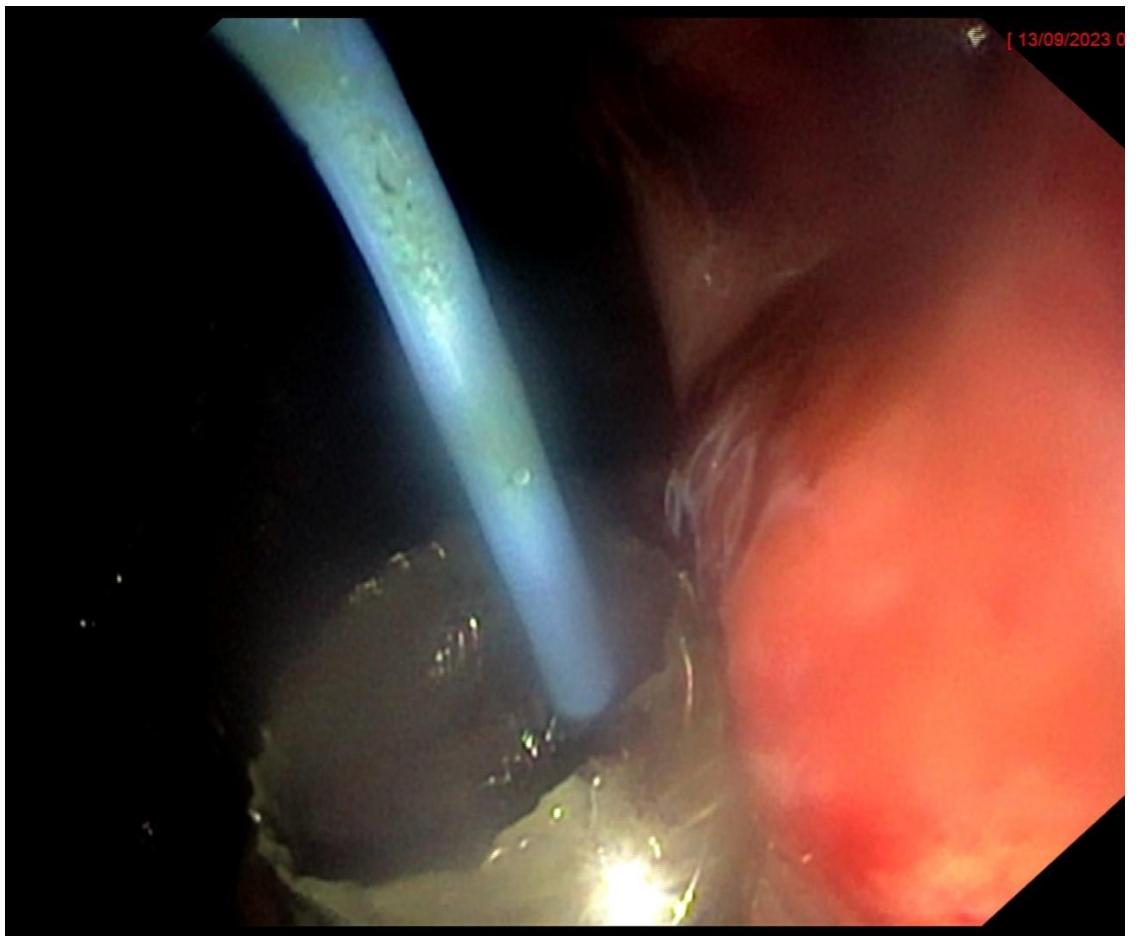
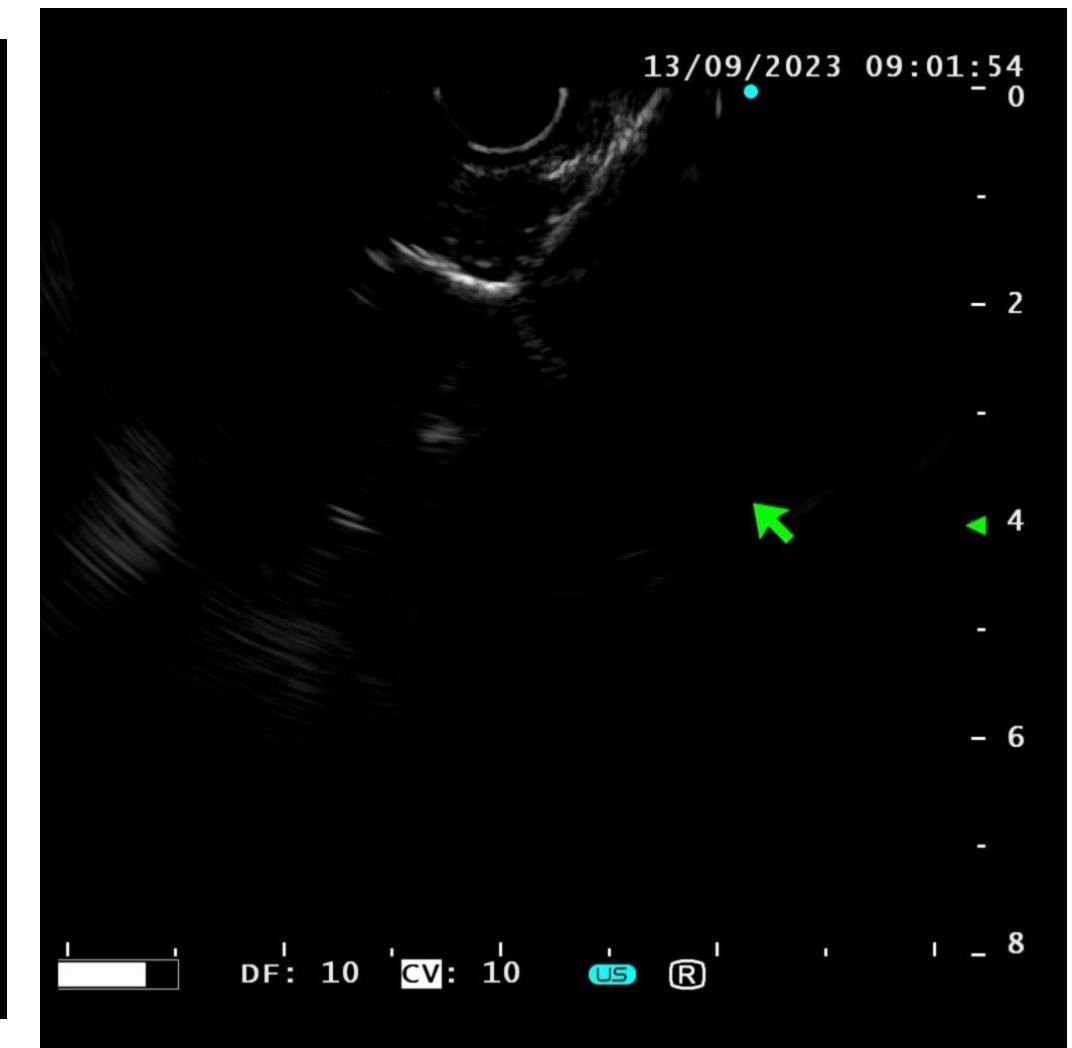
Cuándo escalar a necrosectomía:

- Falta de mejoría clínica
- Persistencia de detritus > 30–50 %
- Sepsis persistente

“STEP-UP APPROACH”



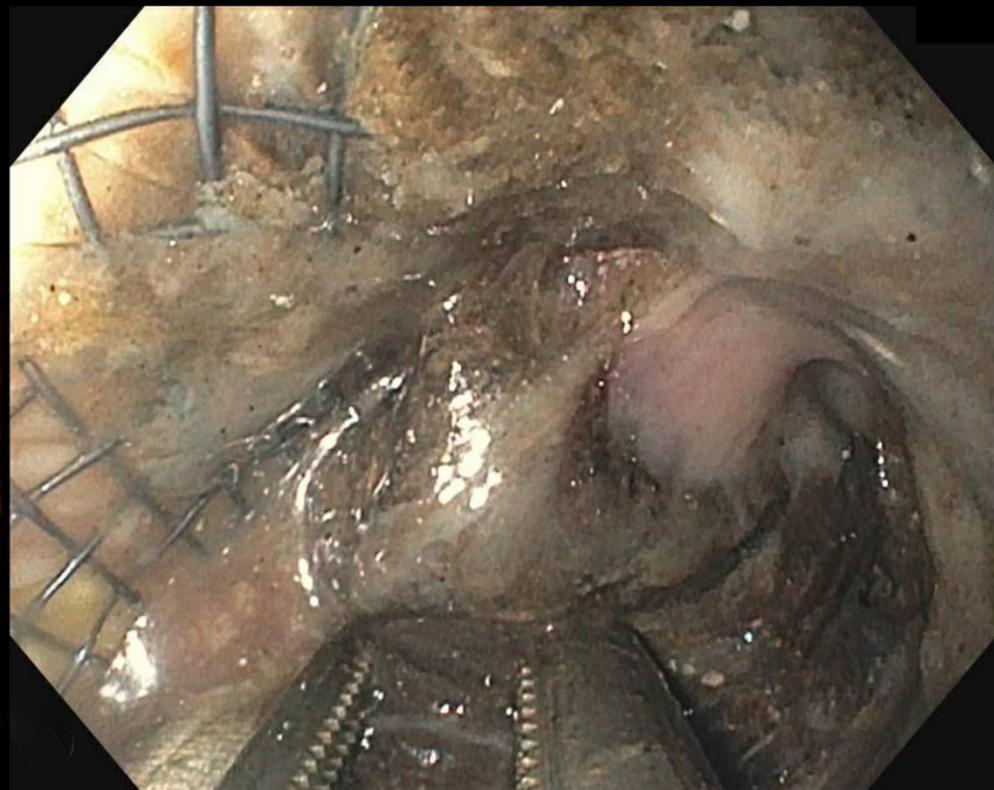
Técnica



Técnica

Material

- Lavado con solución salina.
- Pinza cuerpos extraños, asa polipectomía, Dormia, cesta, Endorotor.



Técnica

Procedimiento

1. Acceso a través del LAMS
2. Lavado + visualización de cavidad
3. Desbridamiento mecánico
4. Lavado final
5. Pigtail coaxial
6. Sesiones cada 48-72h



Técnica

Procedimiento

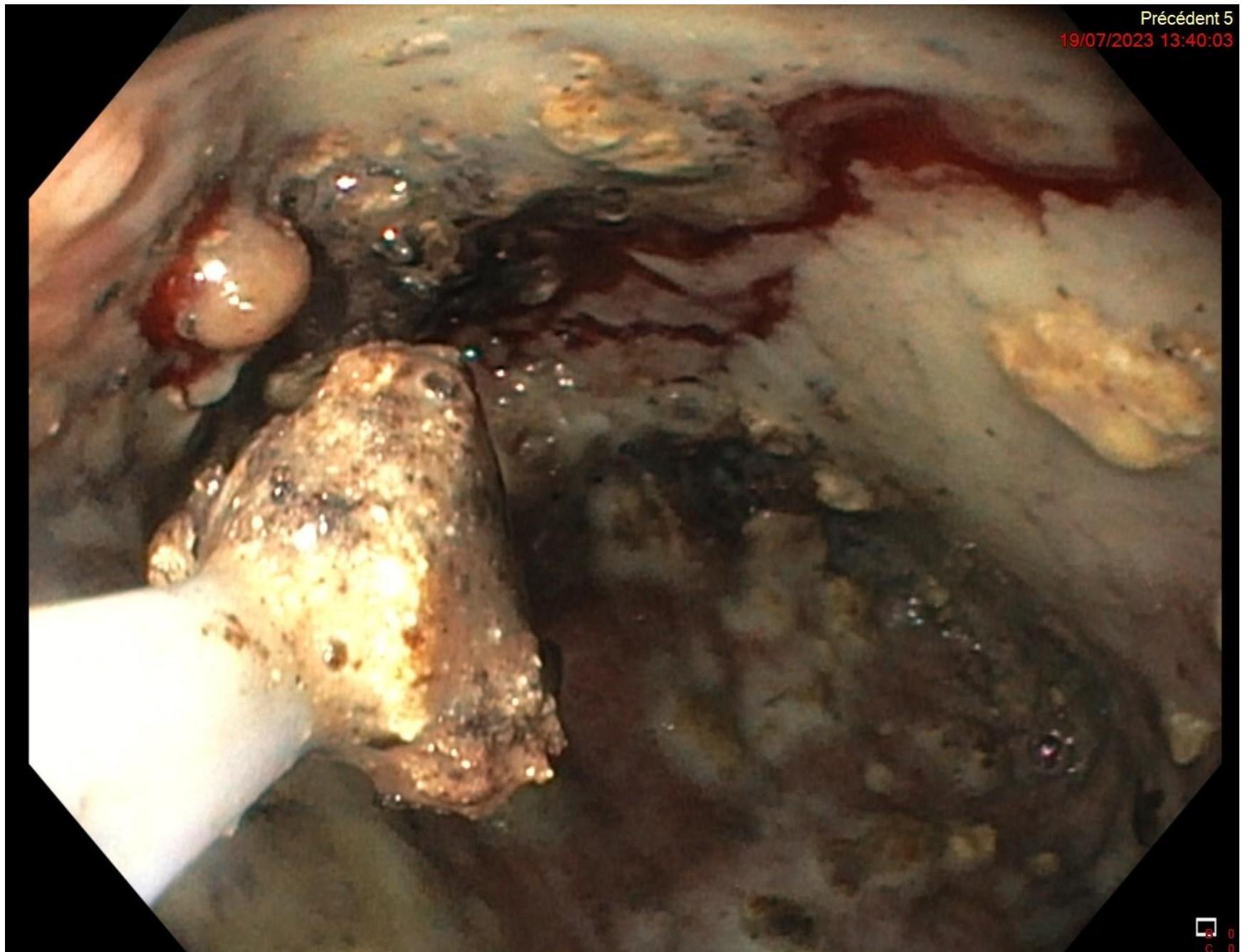
1. Acceso a través del LAMS
2. Lavado + visualización de cavidad
3. Desbridamiento mecánico
4. Lavado final
5. Pigtail coaxial
6. Sesiones cada 48-72h



Técnica

Procedimiento

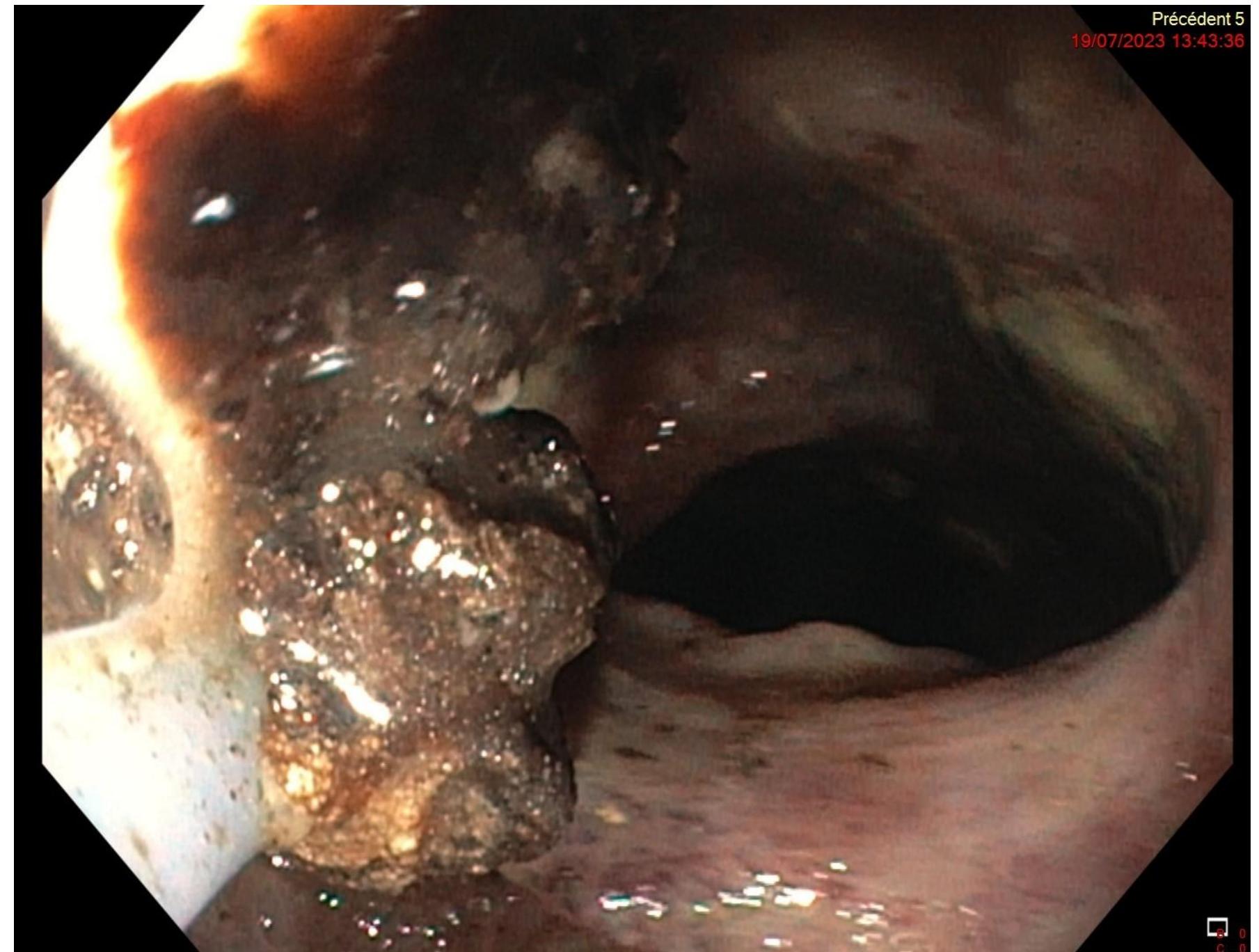
1. Acceso a través del LAMS
2. Lavado + visualización de cavidad
3. Desbridamiento mecánico
4. Lavado final
5. Pigtail coaxial
6. Sesiones cada 48-72h



Técnica

Procedimiento

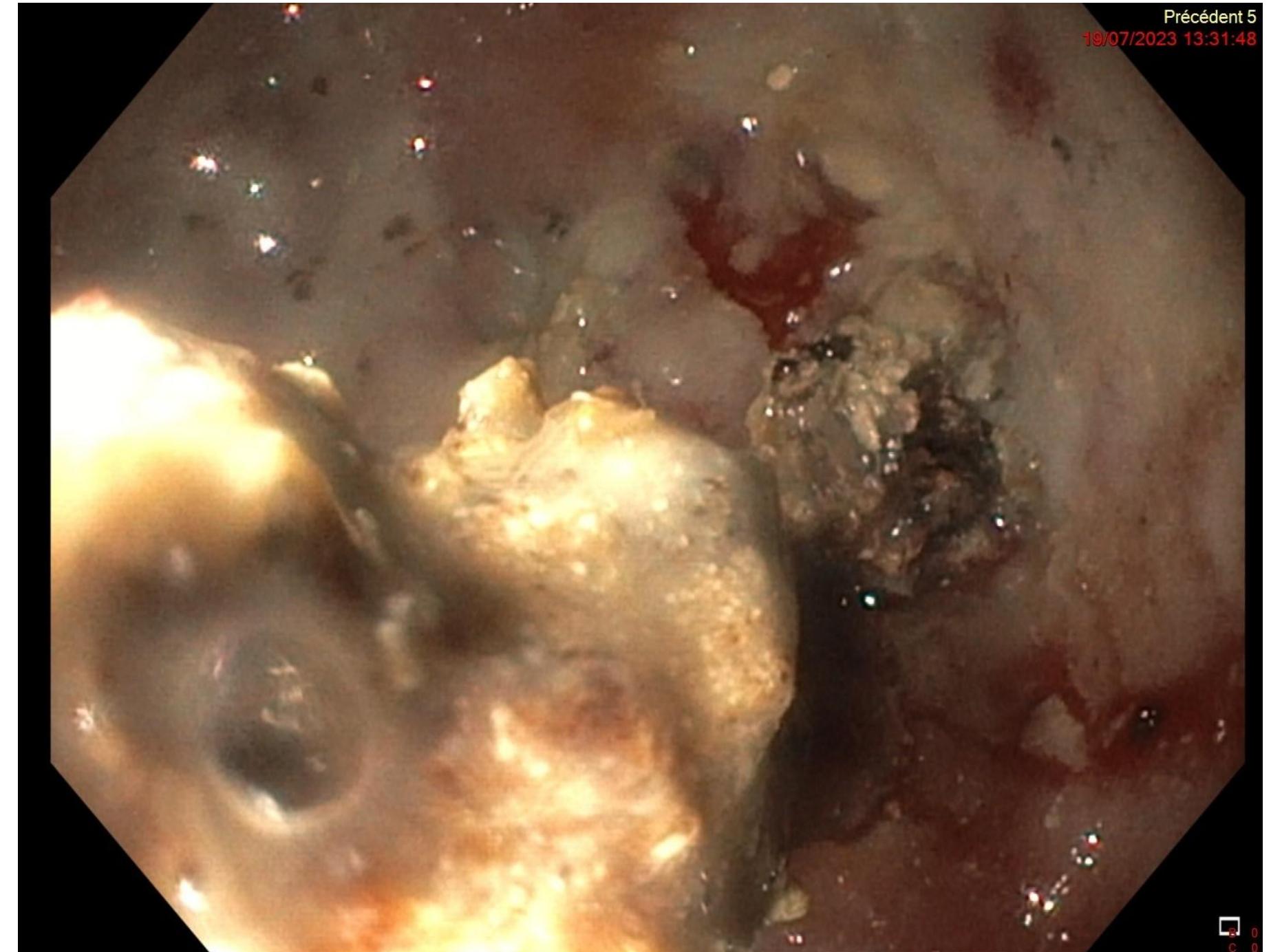
1. Acceso a través del LAMS
2. Lavado + visualización de cavidad
3. Desbridamiento mecánico
4. Lavado final
5. Pigtail coaxial
6. Sesiones cada 48-72h



Técnica

Procedimiento

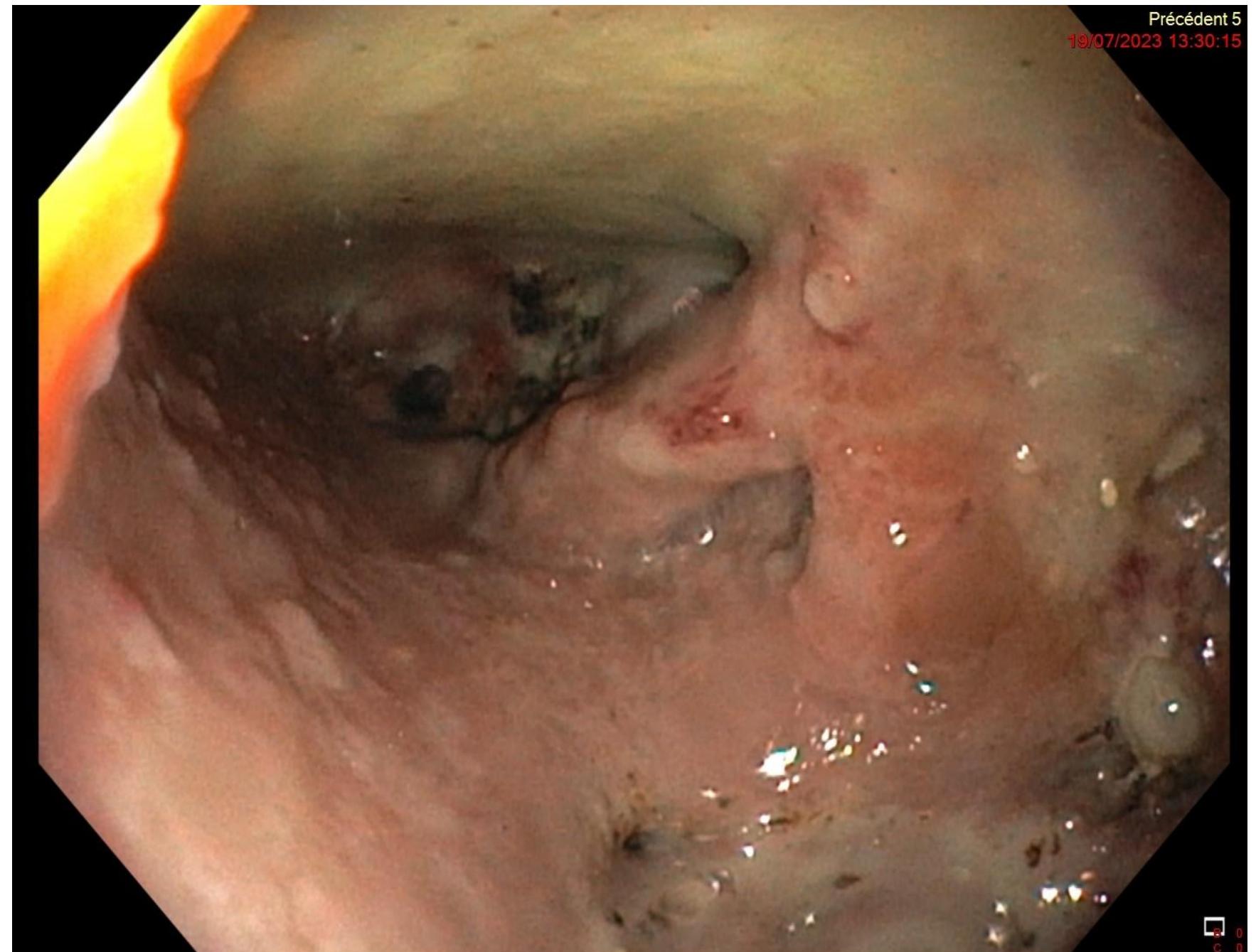
1. Acceso a través del LAMS
2. Lavado + visualización de cavidad
3. Desbridamiento mecánico
4. Lavado final
5. Pigtail coaxial
6. Sesiones cada 48-72h



Técnica

Procedimiento

1. Acceso a través del LAMS
2. Lavado + visualización de cavidad
3. Desbridamiento mecánico
4. Lavado final
5. Pigtail coaxial
6. Sesiones cada 48-72h



Técnica

Procedimiento

1. Acceso a través del LAMS

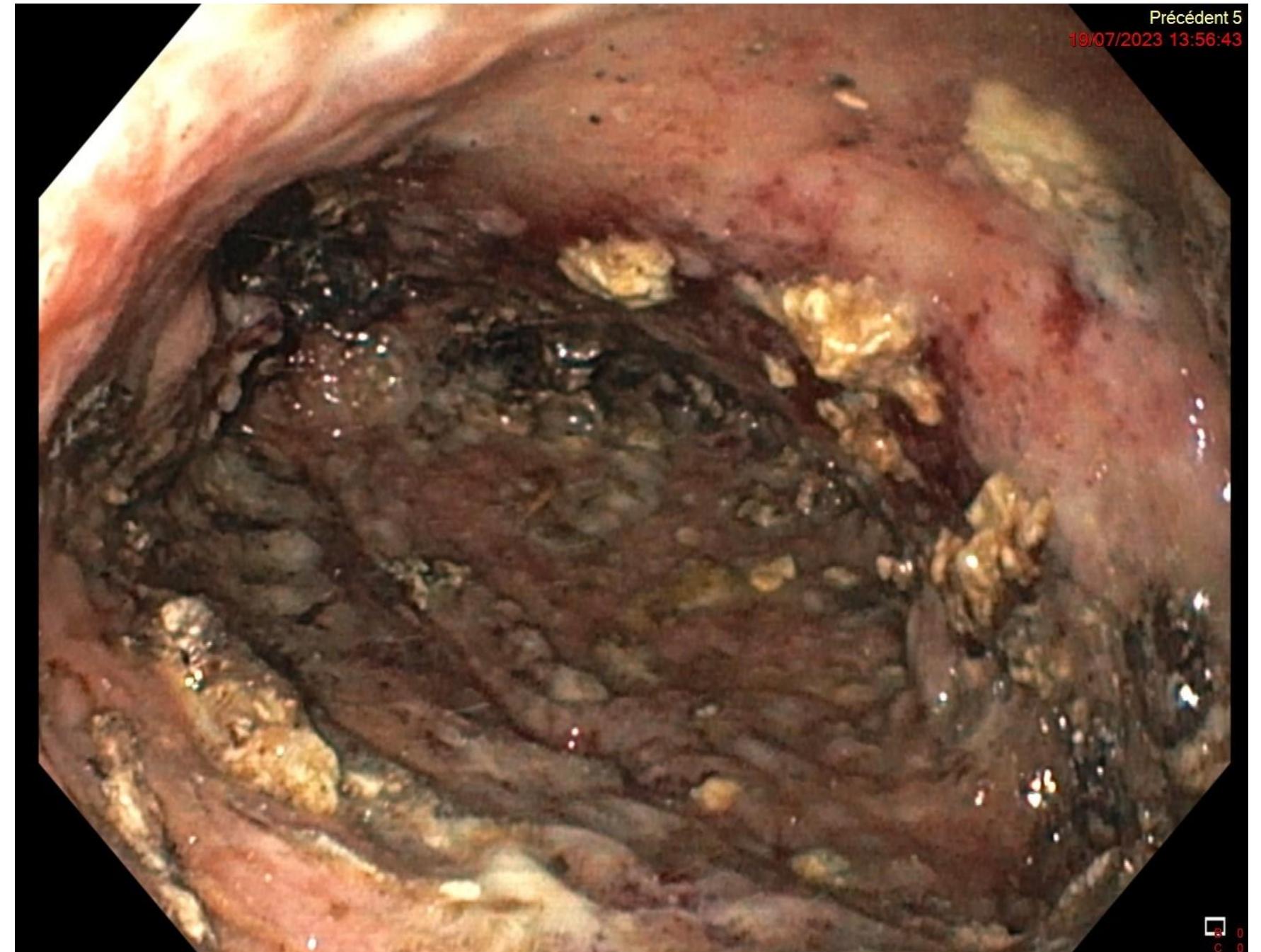
2. Lavado + visualización de cavidad

3. Desbridamiento mecánico

4. Lavado final

5. Pigtail coaxial

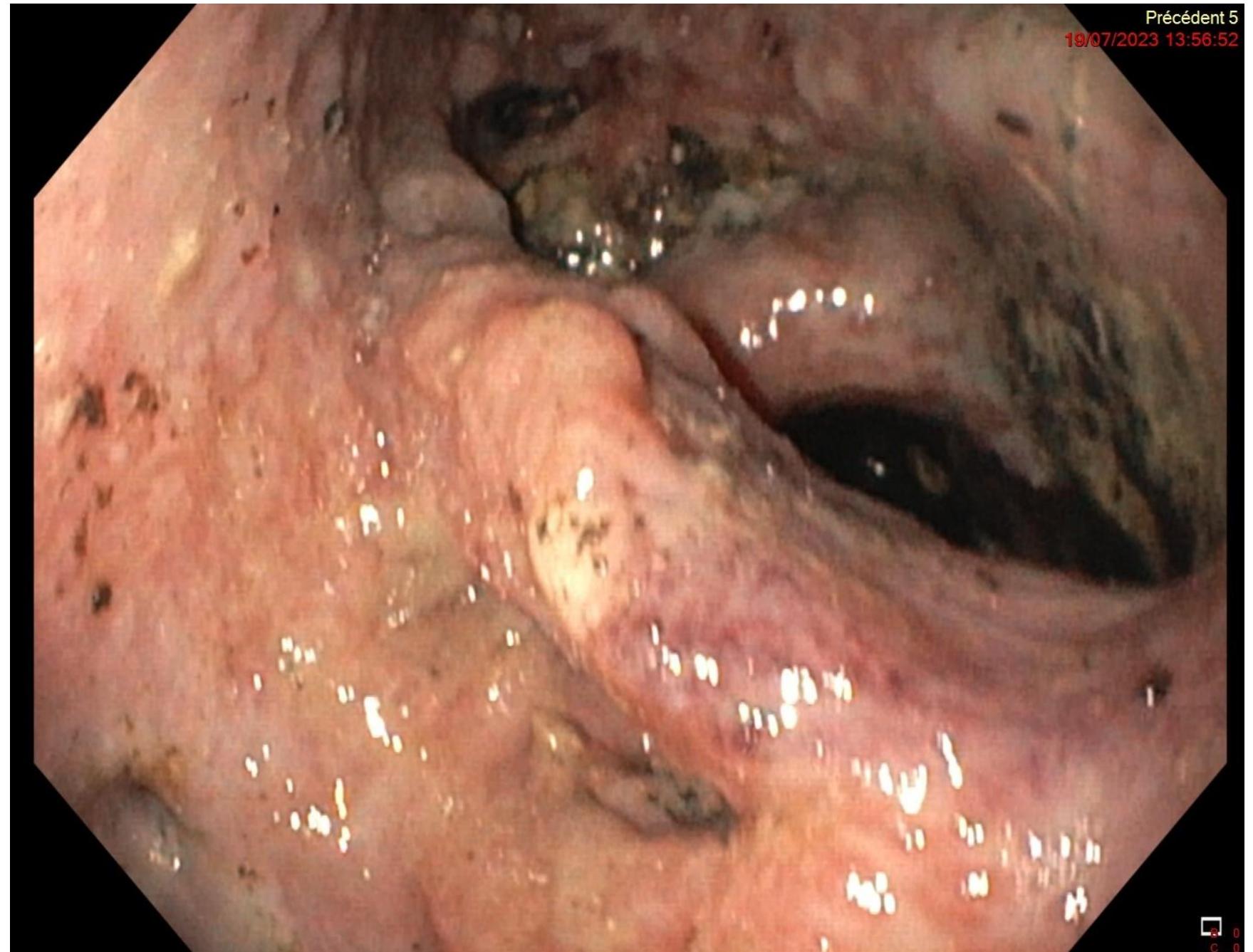
6. Sesiones cada 48-72h



Técnica

Procedimiento

1. Acceso a través del LAMS
2. Lavado + visualización de cavidad
3. Desbridamiento mecánico
4. Lavado final
5. Pigtail coaxial
6. Sesiones cada 48-72h



Técnica

Retirada de la LAMS

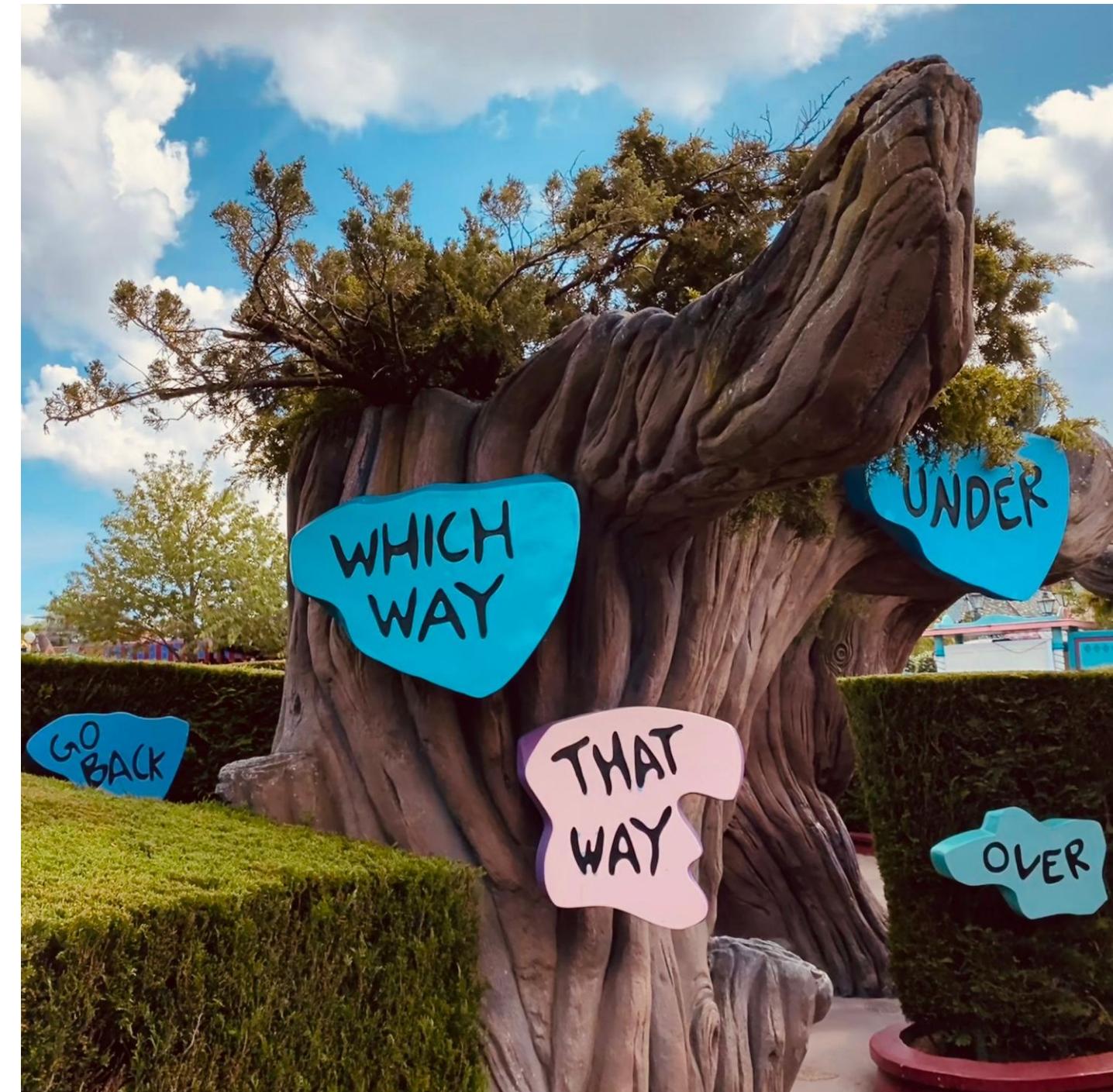
- >4 semanas ↑riesgo complicaciones
- Pigtail x 2
- TC reevaluación



Técnica

Estrategias avanzadas

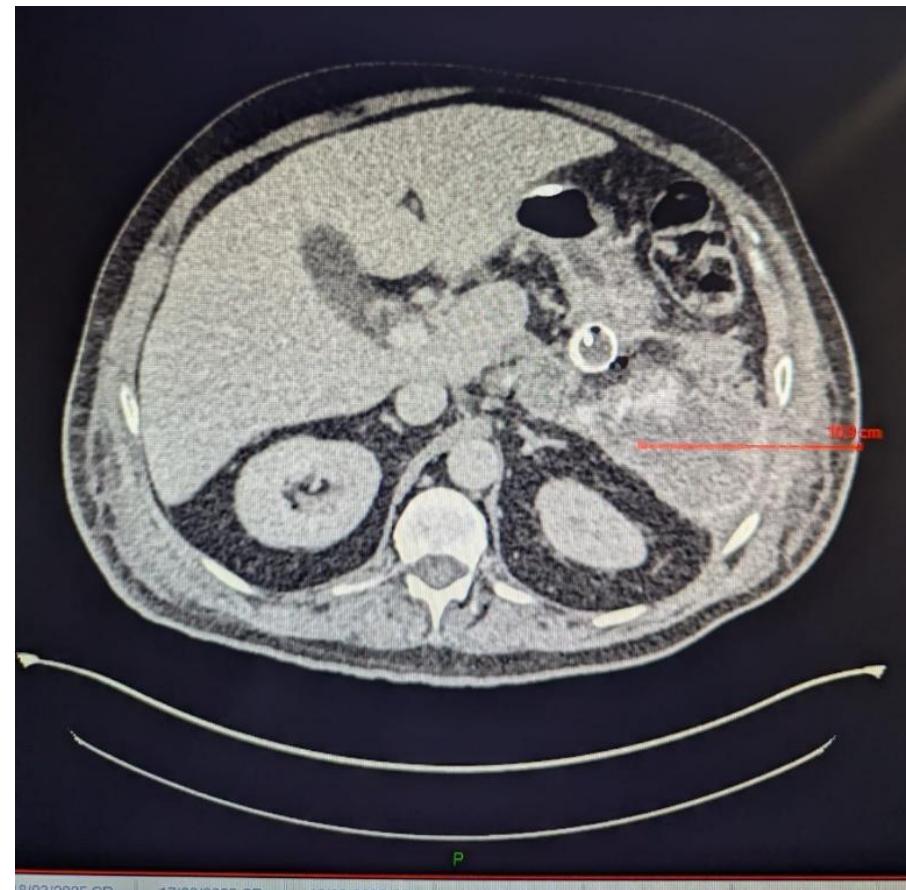
- Técnica multitúnel
- Lavados continuos con drenaje naso-colección
- Combinación con drenaje percutáneo

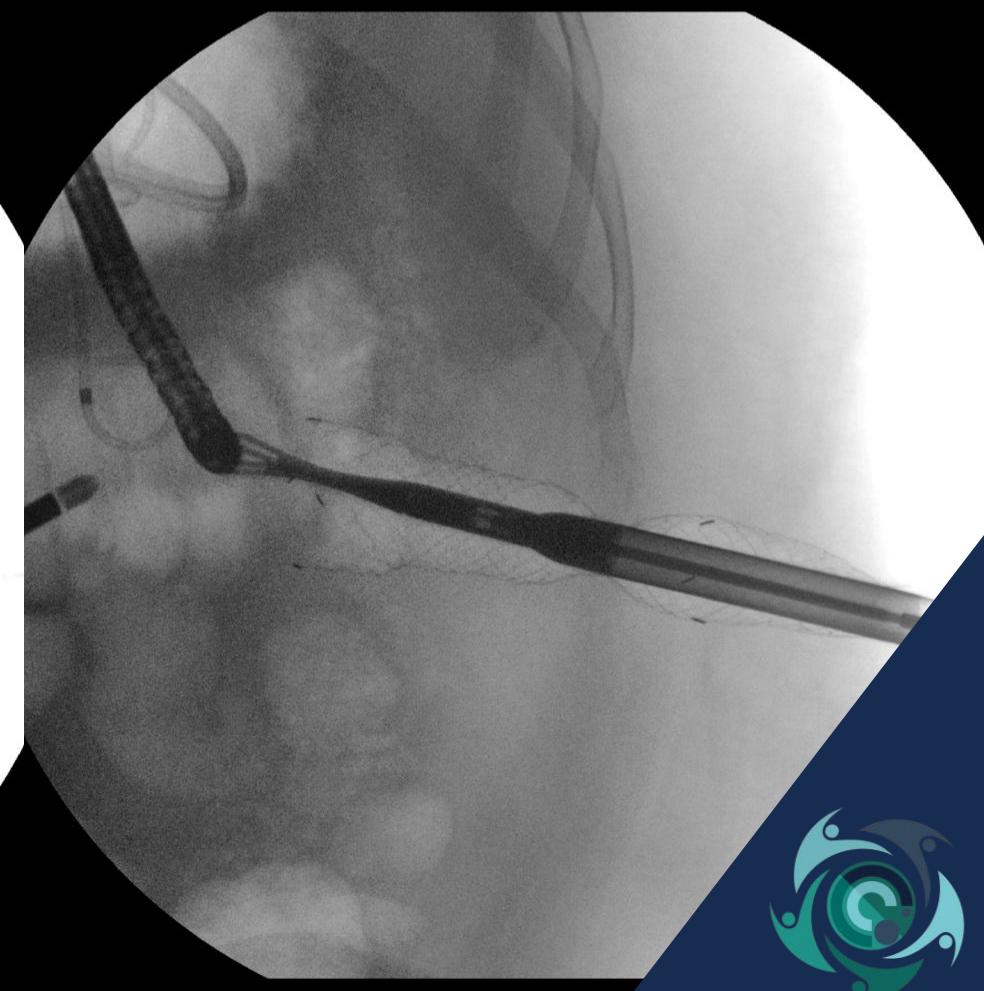
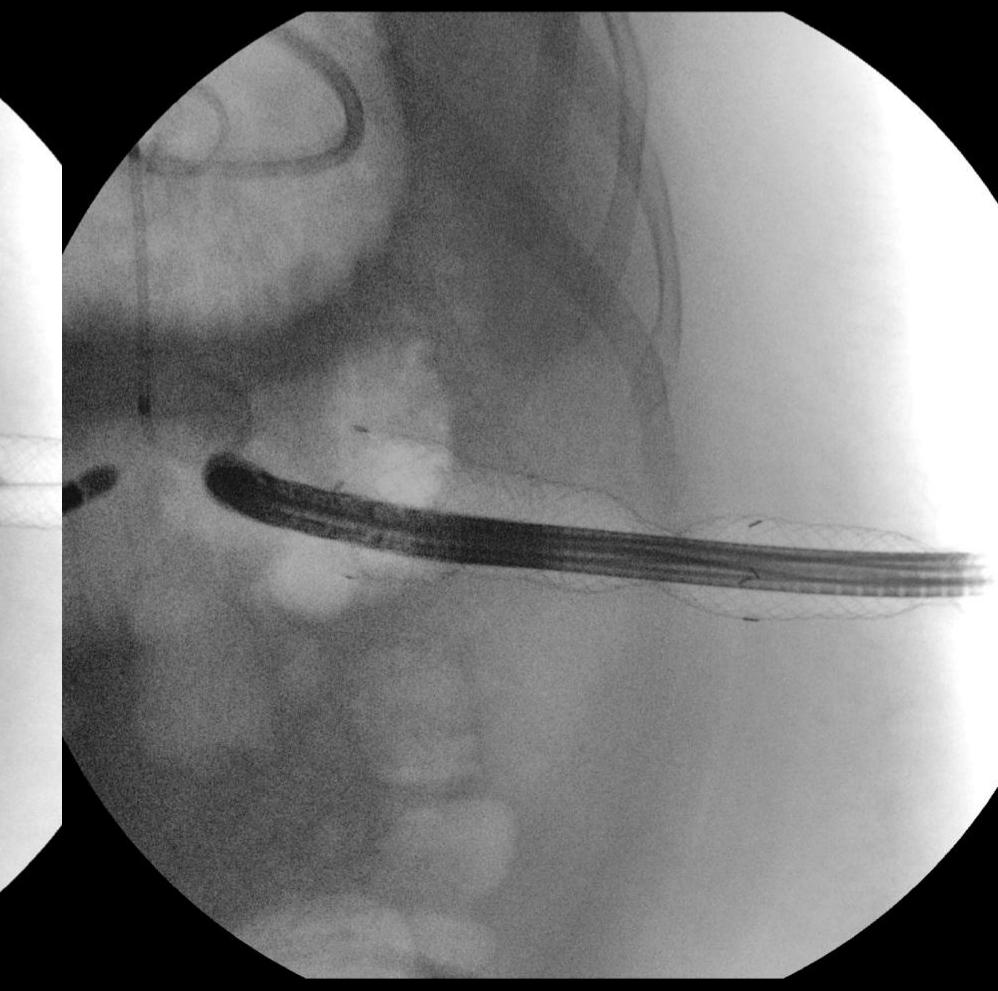
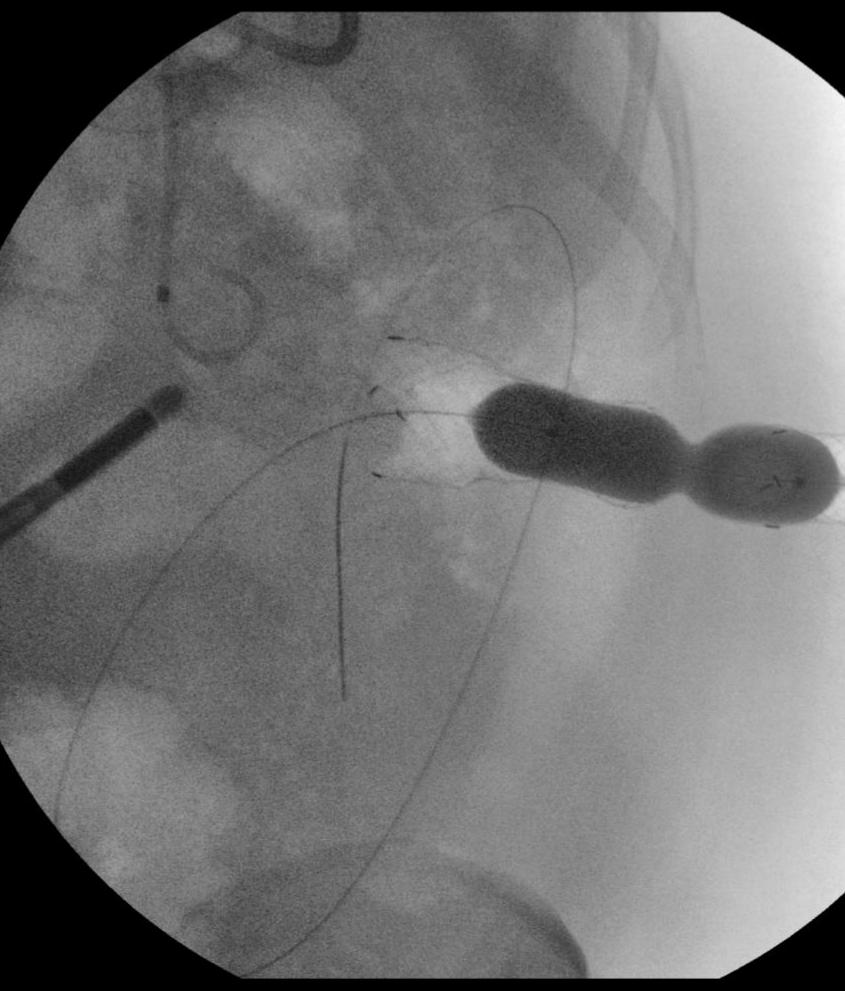
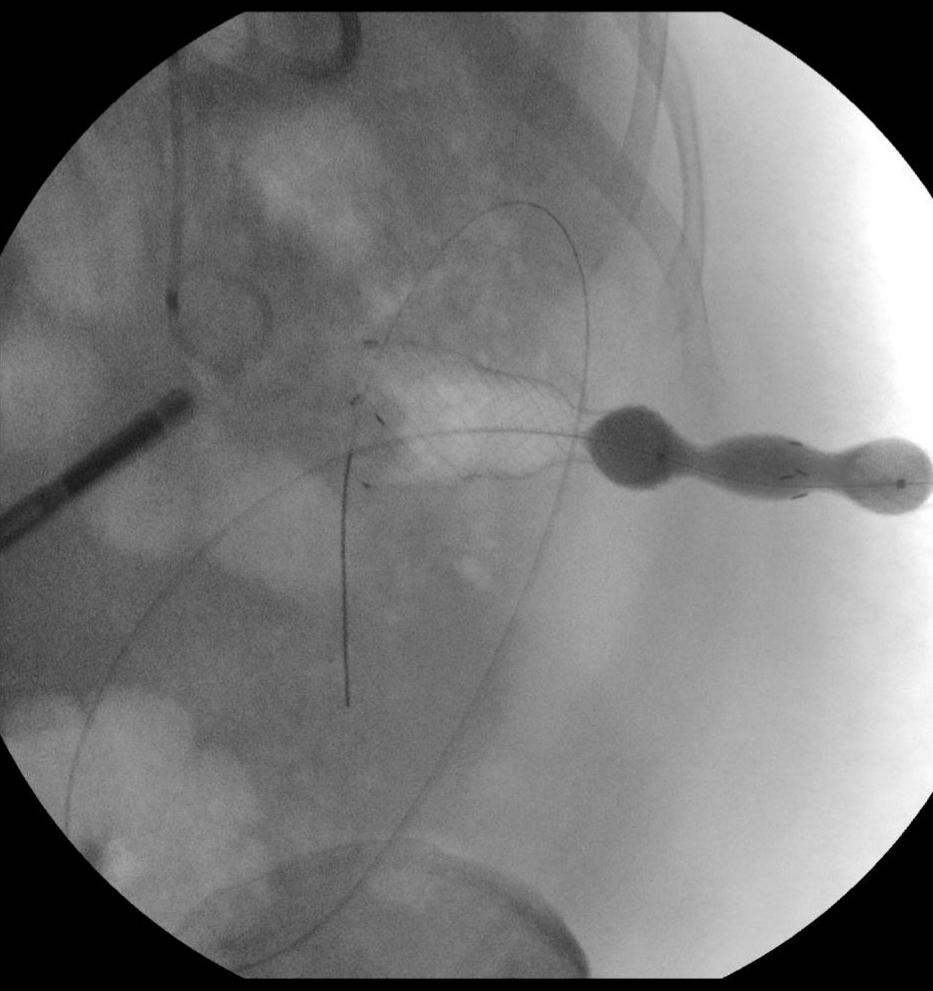
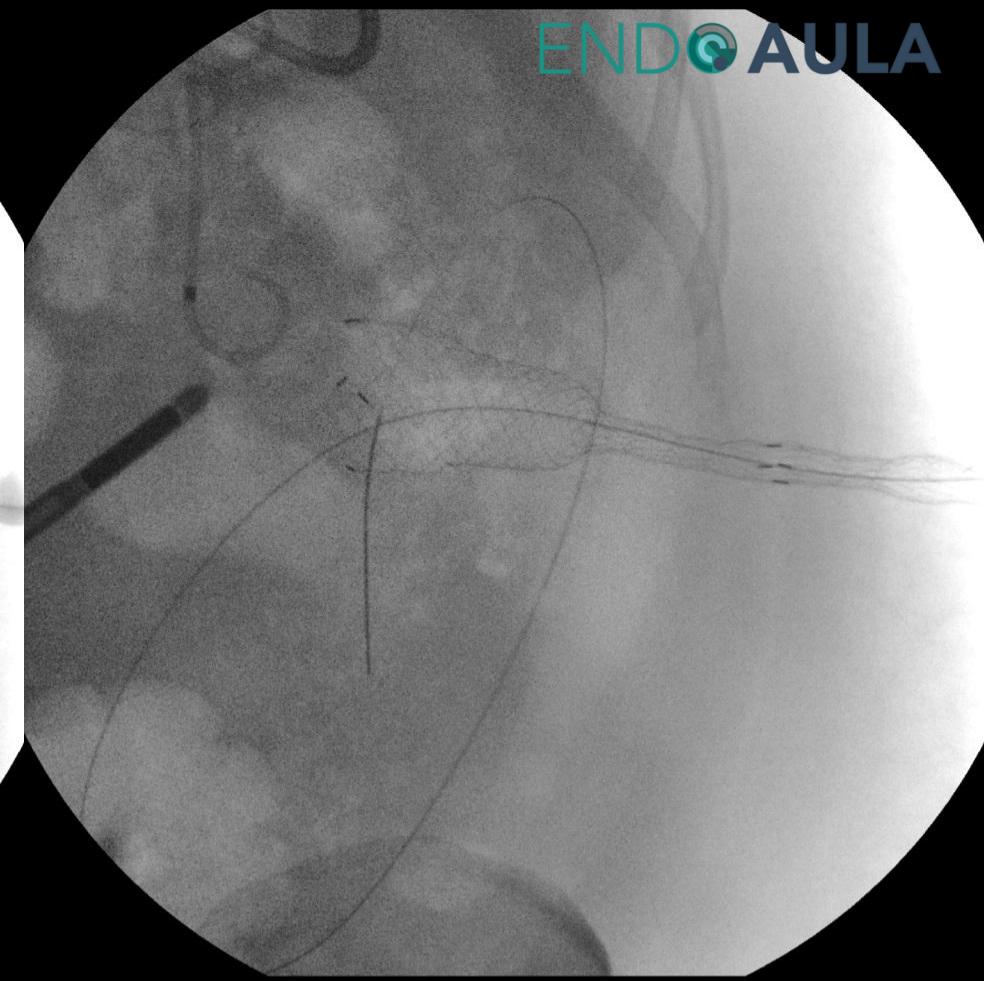
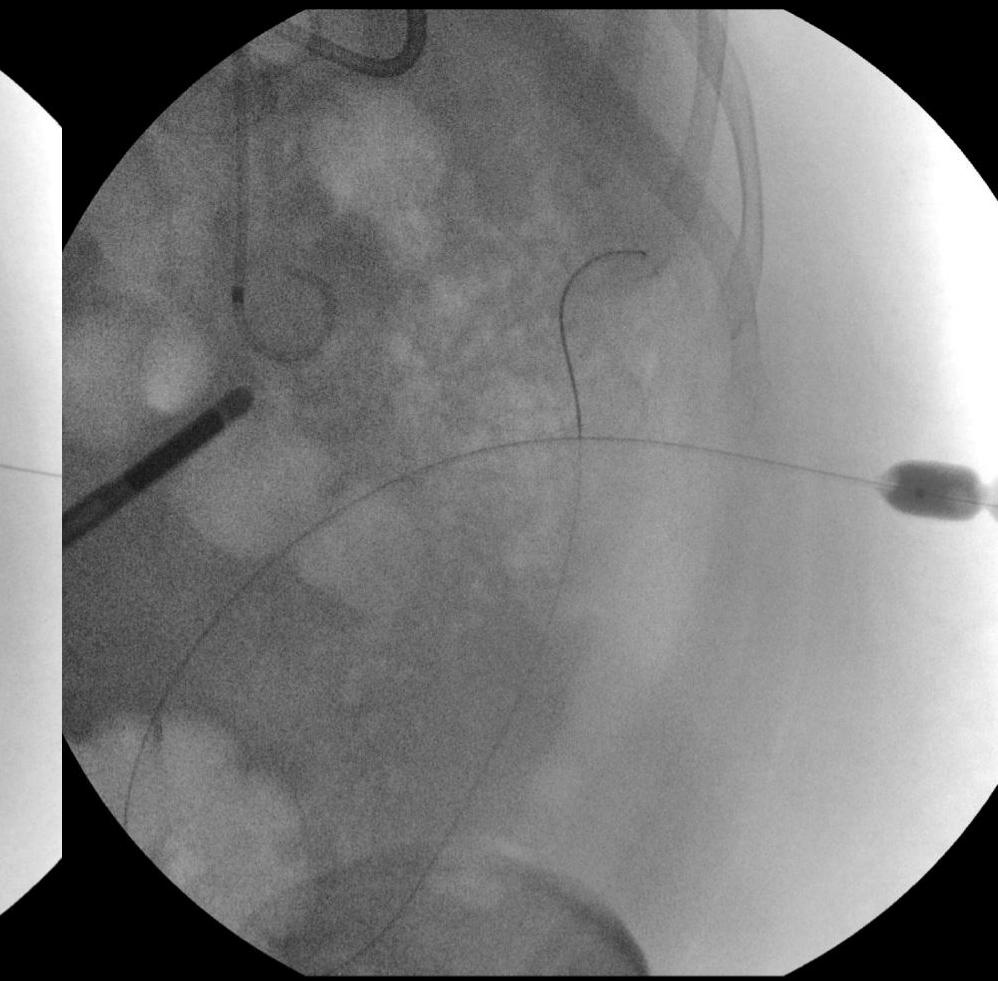
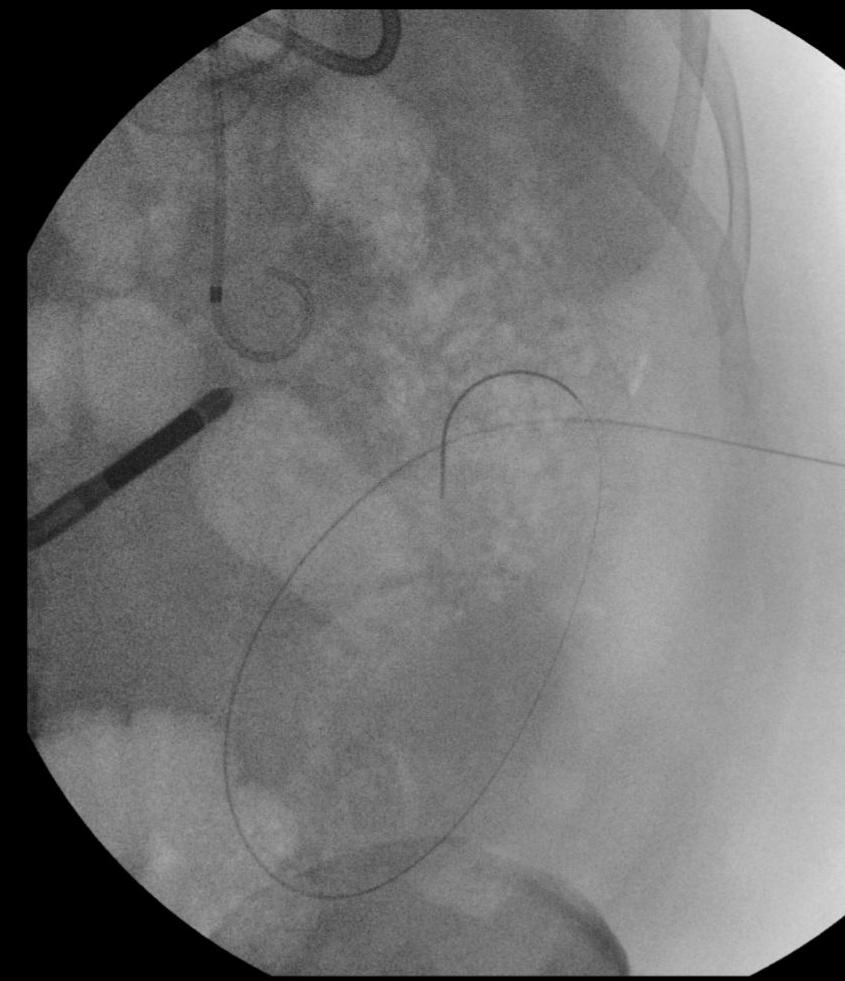
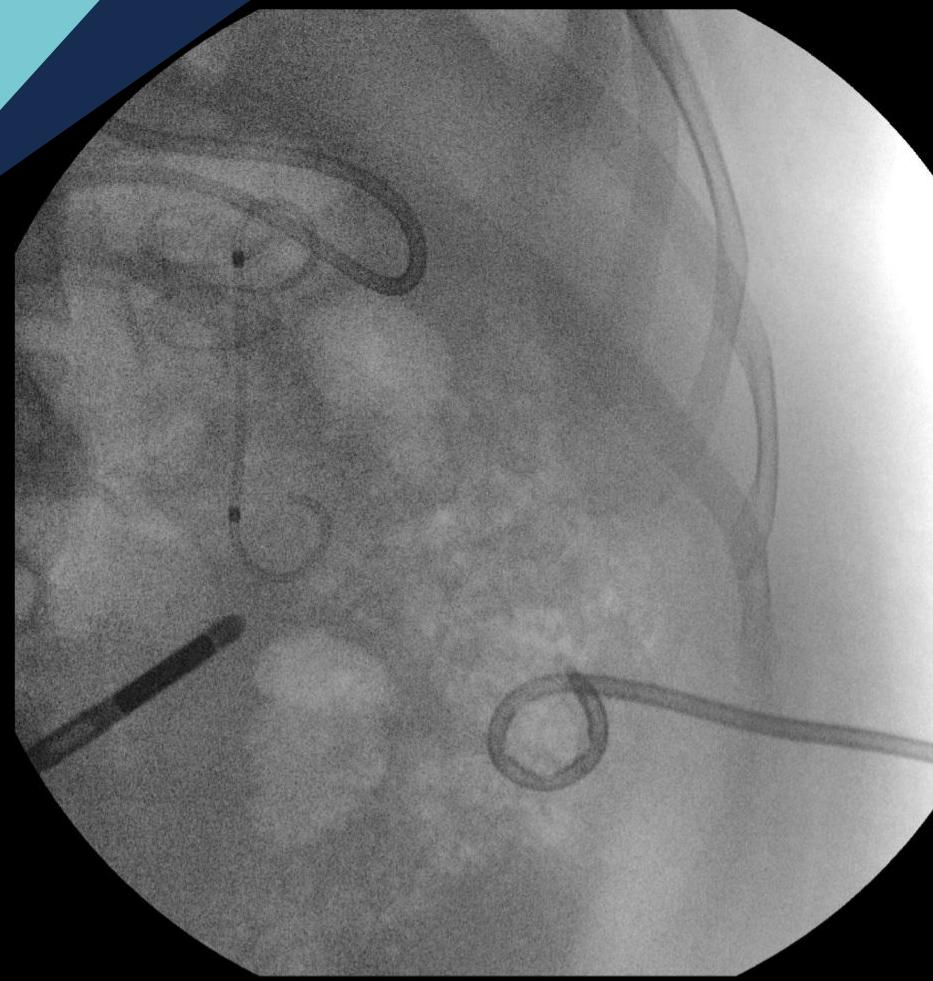


Técnica

Abordaje percutáneo

- Catéter 12–14 French mediante una vía retroperitoneal.
- Lavado con suero fisiológico 10 ml/8h





Técnica

Abordaje quirúrgico

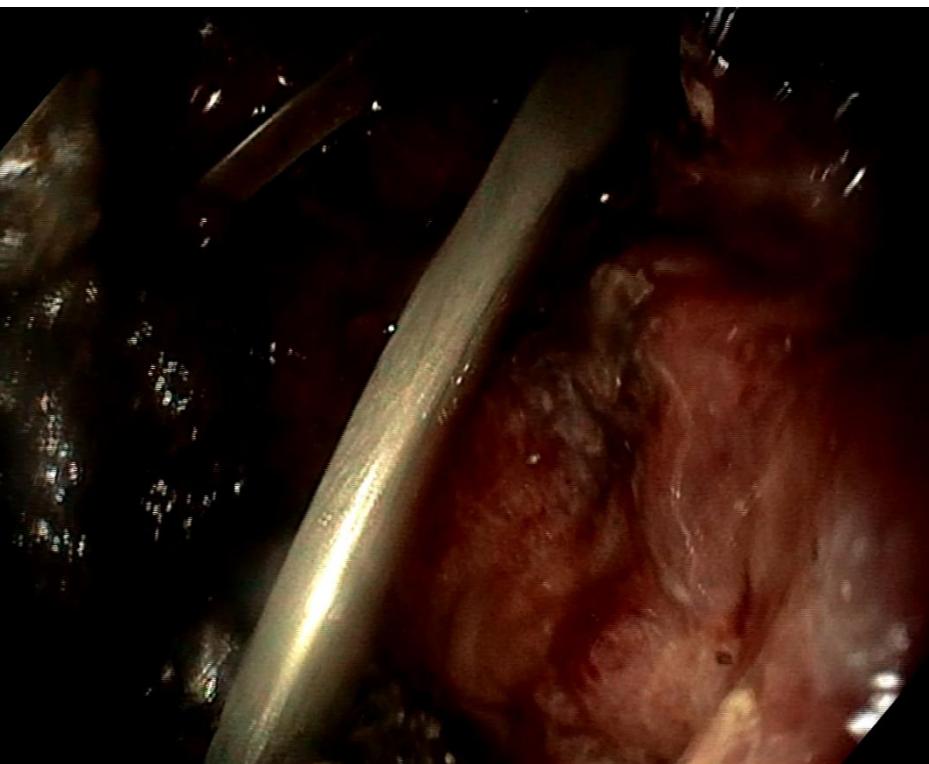
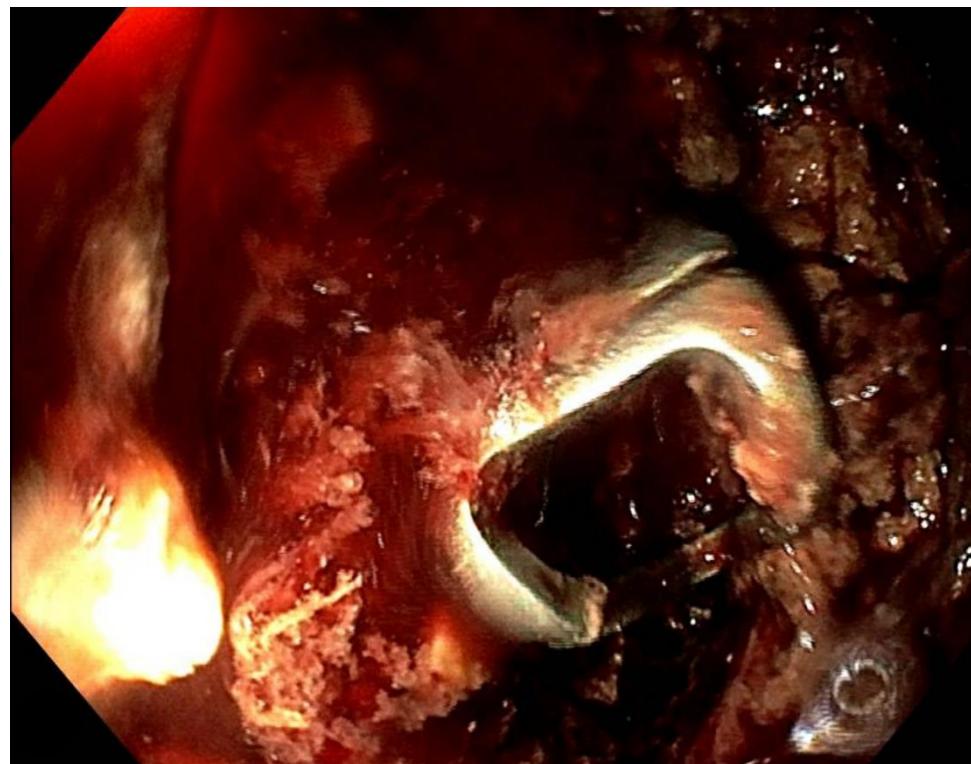
-Pinza quirúrgica



Técnica

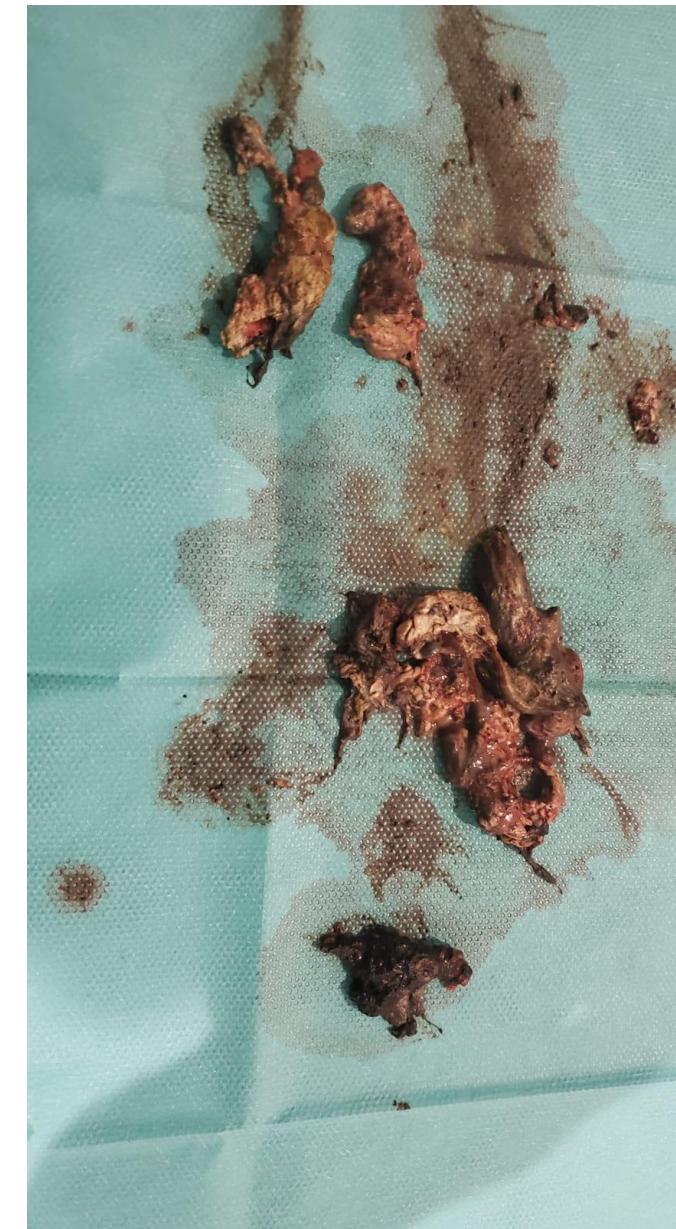
Abordaje quirúrgico

-Control fluoroscópico y endoscópico



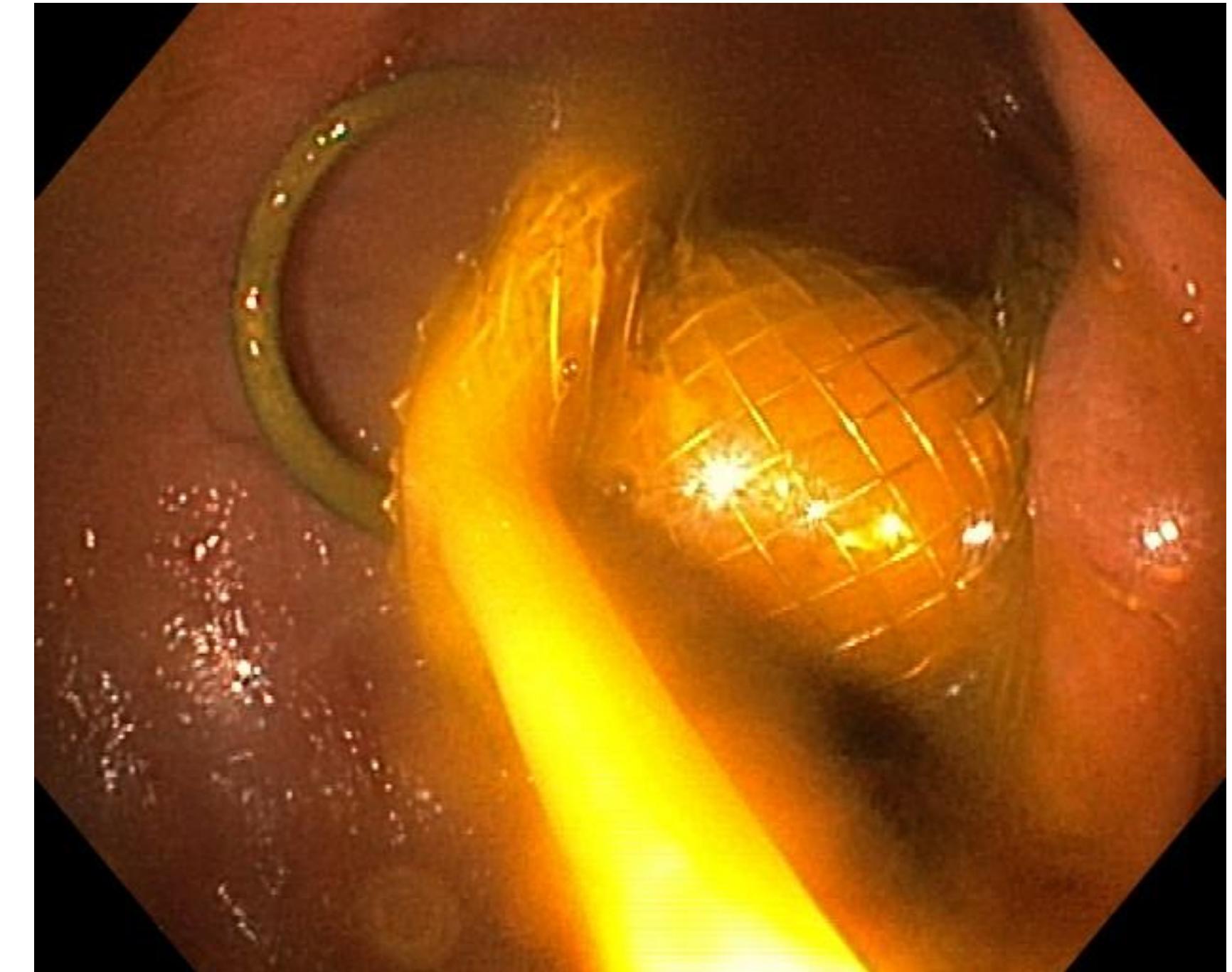
Técnica

Abordaje quirúrgico



Complicaciones

- Sangrado (5–15 %)
- Infección persistente
- Ruptura de LAMS / migración
- Fístulas tardías



Resultados

Éxito clínico

- 80–90 % en centros especializados.

Comparación con cirugía y radiología

- Menos invasivo
- Reducción estancia hospitalaria
- Menor tasa de complicaciones
- Menor mortalidad



Mensajes clave

- La necrosectomía endoscópica es hoy el **gold standard** en el manejo de la necrosis pancreática infectada.
- No intervenir precozmente.
- Uso adecuado de LAMS y sesiones repetidas.
- **Trabajo multidisciplinar:** UCI, radiología, cirugía.
- La curva de aprendizaje es real: realización en centros expertos.

