



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## PÁNCREAS

# Tratamiento endoscópico de las enfermedades pancreáticas

## *Endoscopic treatment of pancreatic diseases*

M. A. Ramírez-Luna

*Gastroenterología y Endoscopia, Departamento de Endoscopia Gastrointestinal.  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*

Recibido el 9 de junio de 2013; aceptado el 27 de junio de 2013

En la pasada Semana de Enfermedades Digestivas realizada en la ciudad de Orlando, Florida en los Estados Unidos, se presentaron varios trabajos en resumen acerca del drenaje endoscópico de la necrosis pancreática y de las colecciones líquidas pancreáticas.

Navin Paul et al. presentaron un trabajo titulado el drenaje de pseudoquistes pancreáticos y necrosis pancreática líquida guiada por ultrasonido endoscópico (USE): prótesis metálicas autoexpandibles totalmente cubiertas (PMTC) contra prótesis plásticas (PP) doble cola de cochino mediante cistogastrostomía<sup>1</sup>. El estudio fue una comparación retrospectiva. El éxito técnico con PMTC fue de 100% (12/12 pacientes) en tanto de 91% para PP (11/12). Se observó una diferencia significativa en el diámetro de la dilatación requerida de la fístula cistogástrica entre el grupo de PMTC contra PP (3 mm contra 7.4 mm,  $p = 0.001$ ). En todos los pacientes del grupo de PMTC se colocó una prótesis de 10 mm de diámetro en tanto en el grupo de PP se colocó un promedio de 2.54 prótesis con un diámetro promedio de 9.54 F. En 1/12 (8%) pacientes de PMTC y en 3/12 (25%)

de PP se observó migración al estómago de la prótesis, no se presentó ningún caso de migración al interior de la colección. No se identificó ninguna recurrencia de la colección en el grupo de PMTC en tanto esto se observó en 3/12 (25%) en PP los cuales necesitaron nuevo drenaje endoscópico en uno y drenaje quirúrgico en 2 pacientes. No se observaron complicaciones inmediatas o tardías en el grupo de PMTC en tanto 1/12 (8%) del grupo de PP presentó neumoperitoneo y requirió cirugía.

Este trabajo comparativo por supuesto adolece de los problemas de una evaluación retrospectiva, pero pone de manifiesto la ventaja teórica de un menor costo a largo plazo con la menor necesidad de reintervención en el caso de PMTC; este estudio no evalúa los costos de ambos grupos de tratamiento, sin embargo por supuesto se esperan estudios comparativos prospectivos que muestren el mayor costo-beneficio de las prótesis metálicas en el drenaje de colecciones líquidas peripancreáticas.

Alireza Sedarat et al. presentaron un trabajo en resumen titulado Técnica para drenaje endoscópico de colecciones

Autor de correspondencia: Vasco de Quiroga No. 15. Col. Sección XVI. Del. Tlalpan. México, D.F. C.P. 14000. Teléfono: (01) 5487 0900 ext. 2150. Correo electrónico: mangelramirez@yahoo.com (M. A. Ramírez-Luna)

líquidas pancreáticas organizadas - Un estudio de patrones de práctica entre expertos<sup>2</sup>. El objetivo del estudio fue evaluar en la práctica de los expertos los patrones preferidos de preparación del paciente, posición para el drenaje así como instrumentación para realizar la cistogastrotomía. Los autores enviaron por internet un cuestionario de 10 preguntas a un grupo de 60 expertos. El 75% de los endoscopistas realiza el procedimiento con intubación endotraqueal electiva y el 52% prefiere la posición del paciente en decúbito lateral izquierdo. El 64% de los endoscopistas realiza una dilatación de la cistogastrotomía entre 8 y 12 mm, 15% entre 12 y 18 mm y 21% a menos de 8 mm; ninguno dilata a más de 18 mm. Es clara la imposibilidad y no necesidad de hacer un estudio comparativo entre intubar y no hacerlo en un paciente que va a ser sometido a un drenaje transluminal con posibilidad alta de broncoaspiración. Existen estudios comparativos que destacan la no necesidad de un drenaje guiado por endosonografía cuando existe una compresión clara de la pared del duodeno o estómago, y sí en cambio su gran utilidad en ausencia de compresión o varices en la pared del trayecto de punción.

Un trabajo de interés fue realizado por Ji Young Bang et al. titulado Evolución de las estrategias de tratamiento en el manejo endoscópico de la necrosis pancreática<sup>3</sup>. El objetivo del estudio fue identificar los factores que mejoran los resultados del drenaje endoscópico en pacientes con necrosis pancreática. Éste fue un estudio retrospectivo de pacientes tratados en un periodo de 9 años. A todos los drenajes se les colocó prótesis doble cola de cochino aunado a un drenaje nasoduodenal para lavado de la cavidad. En pacientes seleccionados se realizó la técnica de drenaje transluminal múltiple. En el periodo de estudio 79 pacientes fueron tratados, el drenaje fue exitoso en 51 (68.9%). Los pacientes a los cuales se les realizó la técnica de drenaje transmural múltiple (n = 16) tuvieron mayor éxito del tratamiento que con la técnica de drenaje convencional (n = 58), 93.8% vs. 62.1%, p = 0.02. En el análisis multivariado sólo la técnica de drenaje transmural múltiple (p = 0.02) y la carencia de necesidad de intervenciones endoscópicas múltiples (p = 0.03) fueron predictivos del éxito del tratamiento. De los 51 pacientes con éxito del tratamiento a largo plazo, la recurrencia de la colección se presentó en 0 de 27 pacientes con prótesis permanentes transmurales en comparación a 5 recurrencias en los 24 pacientes en los que se retiraron las prótesis (0% contra 20.8%, p = 0.02). En una media de seguimiento de 314 días, se encontraron complicaciones en 5 de 40 (12.5%) pacientes con síndrome de conducto pancreático desconectado. Las conclusiones y mensaje trascendente de este trabajo son que el drenaje de la necrosis pancreática se acompaña de un mayor éxito cuando se realiza la técnica de drenaje transmural múltiple y que la permanencia de las prótesis transmurales disminuye significativamente la recurrencia de la colección. Estos conceptos se pueden llevar a la práctica teniendo en mente particularmente en las colecciones grandes con necrosis la ventaja de realizar fístulas múltiples transgástricas y transduodenales en el mismo paciente a fin de permitir un drenaje lo más óptimo posible, incluso un punto a investigar en el futuro es la ventaja de mantener dichas fístulas permeables con la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles múltiples transgástricas y transduodenales.

Surinder S. Rana et al. presentaron un trabajo muy interesante titulado Consecuencias a largo plazo de prótesis transmurales permanentes en pacientes con colecciones asociadas a necrosis pancreática y síndrome del conducto pancreático desconectado<sup>4</sup>. El estudio fue una evaluación retrospectiva de pacientes sometidos a tratamiento en los últimos 3 años. Se incluyeron en el estudio 25 pacientes que fueron seguidos por un promedio de 19.1 ± 10.9 meses (rango 2 a 34 meses). En todos los pacientes se colocaron de manera permanente y por vía transgástrica 2 o 3 prótesis plásticas doble cola de cochino de 7 French (16 pacientes) o 10 French (9 pacientes) y de 5 cm de longitud. La pancreatografía endoscópica reveló el conducto pancreático desconectado en la cabeza, cuerpo y cola en 18, 6 y un paciente, respectivamente. Cuatro pacientes (16%) presentaron migración espontánea de las prótesis transmurales. Ninguno de los 25 pacientes incluidos en el estudio presentó recurrencia de la colección. Los autores concluyen que la permanencia de las prótesis transmurales en pacientes con colecciones asociadas a necrosis pancreática y síndrome de conducto pancreático desconectado es segura y parece disminuir el riesgo de recurrencia de la colección. Es bien sabido que en necrosis pancreática posterior a una pancreatitis aguda se puede presentar síndrome de conducto pancreático desconectado hasta en el 50% de los pacientes. El tratamiento endoscópico de esta condición entraña el drenaje transmural de la colección al estómago o duodeno con la permanencia indefinida de las prótesis, retirar estas prótesis condiciona el riesgo de recurrencia de la colección alimentada por el segmento pancreático desconectado. El estudio de Surinder et al. destaca el riesgo de migración de las prótesis transmurales de un 16%, sin embargo, llama la atención que en el seguimiento ninguna de las colecciones recurrió lo cual en mi opinión puede tener 2 explicaciones, primero que a pesar de migración de las prótesis persiste permeable la fístula interna creada por endoscopia lo cual drena el segmento pancreático excluido. La segunda explicación es que el seguimiento es corto y que prolongarlo puede hacer más evidente el incremento en la recurrencia de la colección, pues es posible que con mayor seguimiento la fístula interna que persiste, aun en ausencia de prótesis, cierre totalmente y con ello el jugo pancreático del segmento excluido alimente y reforme la colección.

## Financiamiento

No hubo financiamiento para la realización de este trabajo.

## Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de interés, en relación con el artículo que se remite para publicación.

## Bibliografía

1. Paul N, Abboud G, Jamil LH, et al. EUS guided drainage of pancreatic pseudocyst and walled off liquefied pancreatic necrosis - fully covered self-expanding metal stent (FCSEMS) vs. double pigtail plastic stent for cyst gastrostomy. DDW 2013, Mayo 18-21. Orland, FL. Abstract Su 1578.

2. Sedarat A, Raina A, Chandrasekhara T, et al. Techniques for endoscopic drainage of organized pancreatic fluid collections: a survey of practice patterns amongst experts. DDW 2013, Mayo 18-21. Orlando, FL. Abstract Mo 1441.
3. Bang JY, Hasan M, Ramesh R, et al. Evolving treatment strategies in the endoscopic management of walled-off pancreatic necrosis (WOPN). DDW 2013, Mayo 18-21. Orlando, FL. Abstract Mo 1443.
4. Rana SS, Bhasin DK, Chalapathi R, et al. Long-term consequences of permanent indwelling transmural stents in patients with walled off pancreatic necrosis & disconnected pancreatic duct syndrome. DDW 2013, Mayo 18-21. Orlando, FL. Abstract 765.