

Drenaje de necrosis pancreática encapsulada (WON) guiado por endosonografía en paciente con pancreatitis aguda: Reporte de un caso clínico en un hospital regional

ANDRÉS RIVAS RICO¹⁻³; CARLO MARINO COLOMA²⁻³; SERGIO SOTELO HERNÁNDEZ³

Endosonography-guided drainage of encapsulated pancreatic necrosis (WON) in a patient with acute pancreatitis: A clinical case report in a regional hospital

Abstract

Introduction: Encapsulated pancreatic necrosis, is a complication of acute necrotizing pancreatitis, being an entity of difficult management both clinically and surgically. Treatment includes several approaches, being drainage by endosonography (EUS) one of the most recommended, since it has improved patient outcomes. **Objective:** To review the literature and report a clinical case of encapsulated necrosis (WON), treated by EUS at the Regional Hospital of Talca. **Material and methods:** Patient with a history of acute pancreatitis due to choledocholithiasis treated by ERCP, who evolved with persistent abdominal pain and vomiting with all ingestion, a diagnosis of encapsulated necrosis (WON) was confirmed by CT scan of the abdomen and pelvis with contrast. The patient was treated with cystogastroanastomosis with LAMS prosthesis guided by endosonography, for the discussion the most relevant literature is reviewed. **Results:** Excellent postoperative clinical results, microbiological study of pancreatic fluid showed infected necrosis. At one year of follow-up the patient remains asymptomatic. **Discussion:** Recognizing the evolution of acute pancreatitis and diagnosing its local complications is key to offer the best treatment available in each institution.

Keywords: acute necrotizing pancreatitis; encapsulated necrosis; WON; infected necrosis

Resumen

Introducción: La necrosis pancreática encapsulada, es una complicación de la pancreatitis aguda necrotizante, siendo una entidad de difícil manejo tanto clínico como quirúrgico. El tratamiento incluye varios enfoques, siendo el drenaje por endosonografía (USE) uno de los más recomendados, ya que ha permitido mejorar los resultados en los pacientes. **Objetivo:** Revisión de la literatura y reporte de un caso clínico de necrosis encapsulada (WON), tratado por USE en el Hospital Regional de Talca. **Material y métodos:** Paciente con antecedentes de pancreatitis aguda por coledocolitiasis tratado mediante ERCP, que evolucionó con dolor abdominal persistente y vómitos a toda ingesta, mediante tomografía de abdomen y pelvis con contraste se confirmó diagnóstico de necrosis encapsulada (WON). El paciente fue tratado

1. Programa de Especialidad Médica Cirugía General. Universidad Católica del Maule. Maule, Chile.

2. Cirujano Digestivo, Servicio de Cirugía. Hospital Regional de Talca. Maule, Chile.

3. Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule. Maule, Chile.

Correspondencia:

Andrés Rivas

arivasr@hospitaldetalca.cl

Enviado: 07-10-2024

Aceptado: 02-12-2024

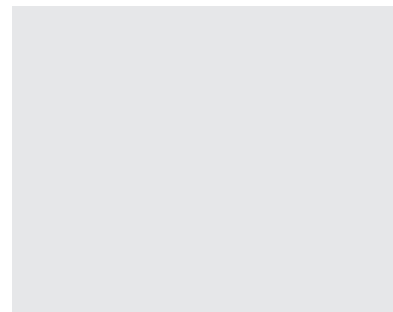
con cistogastroanastomosis con prótesis LAMS guiado por endosonografía, para la discusión se revisa la literatura más relevante.

Resultados: Excelentes resultados clínicos posoperatorios, el estudio microbiológico del líquido pancreático demostró necrosis infectada.

Al año de seguimiento paciente permanece asintomático. **Discusión:**

Reconocer la evolución de la pancreatitis aguda y diagnosticar sus complicaciones locales, es clave para ofrecer el mejor tratamiento disponible en cada institución.

Palabras clave: Pancreatitis aguda necrotizante; necrosis encapsulada; WON; necrosis infectada.



Introducción

La incidencia global de la Pancreatitis Aguda (PA) es de 34/100.000 habitantes encontrado en más de treinta estudios de cohortes poblacionales de alta calidad, sin diferencias por sexo, destacando que no hay datos precisos en Sudamérica. Durante los años de 2013-2018, la tasa de incidencia promedio en Chile fue 42,6 x 100.000 habitantes con tendencia al ascenso. Se debe señalar que Chile presenta la más alta tasa en América.¹ La clasificación revisada de Atlanta² establece la severidad la PA, en leve o moderada, en ausencia de complicaciones locales o sistémicas o con complicaciones locales y/o falla orgánica reversible en menos de 48 horas respectivamente y reserva el estatus de grave cuando existe falla orgánica persistente por más de 48 horas. Al referirse a las complicaciones locales indica que existen cuatro tipos principales de colecciones. Los dos primeros se presentan en el contexto de la pancreatitis edematosa intersticial: las colecciones agudas de líquido peripancreático, que son extrapancreáticas; los pseudoquistes pancreáticos, que son poco comunes tras pancreatitis aguda grave, típicamente se localizan extrapancreáticamente, están encapsulados y contienen líquido con o mínimos componentes sólidos, desarrollándose después de 4 semanas. Las otras dos formas de colecciones corresponden a la pancreatitis necrotizante: las colecciones necróticas agudas, que se for-

man temprano, antes de la demarcación de una pared; y la necrosis encapsulada (WON), que se caracteriza por tener paredes.³ La necrosis encapsulada (WON, por sus siglas en inglés), es una colección de necrosis pancreática o peripancreática que normalmente se forma después de un episodio agudo de pancreatitis necrotizante. El diagnóstico de colecciones pancreáticas se basa en los resultados de las pruebas de imágenes en un entorno clínico adecuado.⁴ Aproximadamente un 20 % de los pacientes con pancreatitis aguda desarrollan WON, en la glándula pancreática, tejido peripancreático o ambos, de este subconjunto de pacientes el 20 al 30 % desarrollara necrosis infectada con tasas de mortalidad asociada, necesidad de intervención e insuficiencia orgánica temprana en un 38%.⁵ La TC subestima la existencia de componente sólido o necrótico dentro de las colecciones, fuera o dentro del páncreas en comparación con la resonancia magnética (RM) o la endosonografía (EUS, por su sigla en inglés).⁴ Las indicaciones de drenaje en WON ya no se basan en el tamaño o la persistencia de la colección en el tiempo, sino en la presencia de síntomas o complicaciones. Se recomienda el drenaje, ya sea radiológico, endoscópico o quirúrgico en las siguientes situaciones: necrosis pancreática infectada (NPI) documentada, o NPI clínicamente sospechada; caracterizado con fallo orgánico en curso o síntomas persistente (“no evolución clínica satisfactoria”)⁶ otras indica-

ciones en ausencia de NPI, son dolor abdominal persistente, obstrucción gastrointestinal, obstrucción biliar, compresión vascular, hemorragia, colección que aumenta rápidamente de tamaño, pancreatitis aguda recurrente.⁵⁻⁷ Las actuales directrices internacionales ESGE 2018(6). Recomienda intervención invasiva (percutánea, endoscópica o quirúrgica) para pacientes con pancreatitis necrotizante aguda y necrosis infectada clínicamente sospechada o diagnóstica. El primer paso de este enfoque escalonado es el drenaje con catéter percutáneo, preferiblemente una vez que la colección (extra) pancreática se haya organizado y esté completamente encapsulada.

Caso Clínico

Paciente de 50 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial y apendicetomía laparoscópica, con episodio de pancreatitis aguda biliar moderada por coledocolitiasis en donde se realizó pancreatografía retrograda endoscópica (ERCP) con instalación de prótesis biliar. Consulto en servicio de urgencia 20 días después por dolor abdominal de 1 semana de duración, asociado a vómitos a toda ingesta. Por dicho cuadro se hospitaliza por servicio de urgencia y se solicitan:

Exámenes de laboratorio.

Glóbulos blancos: 10860, BT: 0,67 BD: 0,46. Fosfatasa Alcalina: 125, GGT: 171, Lipasa 171,2, PCR: 40.2. Ácido Láctico: 11.2. Albumina: 3.8

Imágenes:

Tomografía de abdomen y pelvis con contraste (Figura. 1): Demostró un páncreas engrosado con necrosis parenquimatosa a nivel del cuello aproximadamente 30%, con edema peripancreático y formación de una colección peripancreática líquida con un contenido hipodenso homogéneo de 17 x 6.7 cm adyacente a cabeza cuerpo y cola.

En ausencia de NPI y dado la sintomatología de dolor abdominal persistente, se decide rea-

lizar el 6to día de hospitalizar, cistogastroanastomosis endoscópica guiada por USE con instalación de prótesis LAMS. En la exploración se identificó a imagen quística heterogénea en relación al cuerpo/cola del páncreas, de 50 mm de diámetro máximo. Se punciona con aguja, aspirando contenido para cultivo.

Se avanza guía hidrofílica con control fluoroscópico. Se procedió a realizar cistogastroanastomosis con LAMS MicroTech de 16 x 20 mm, sin incidentes. Dio salida a 1000 cc de contenido turbio de aspecto antiguo. Estudio de cultivo demostró *Enterobacter cloacae* productos de betalactamasa.

En el 6to día evolucionó con aumento del dolor abdominal y elevación de parámetros inflamatorios, se realizó tomografía de abdomen y pelvis que concluye: colección necrótica derivada por sondacistogástrica, disminución volumen (10x5.8x6.5cm) aerobilia secundaria a derivación biliodigestiva. Recibió tratamiento antibiótico con imipenem cumpliendo 5 días. El paciente presentó buena evolución posoperatoria, egresando el día 10 sin complicaciones.

Se realizó el primer control en la 3ra semana posoperatorio, con excelentes resultados clínicos. Acudió a un segundo control en la 8va semana posoperatoria con tomografía de abdomen y pelvis cc, que demostró resolución casi completa de la colección, alcanzando diámetros aproximados de 4 x 2 cm en el plano transversal, límites irregulares. Seguimiento a 1 año está asintomático, sin signos tomográficos de recidiva.

Discusión

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria del páncreas que puede variar desde formas leves hasta casos graves asociados a necrosis pancreática y complicaciones sistémicas o locales.² Este caso presenta una evolución característica de pancreatitis aguda biliar necrotizante que progresó hacia una co-

lección encapsulada tratada mediante drenaje endoscópico.

El paciente, presentó inicialmente una pancreatitis aguda biliar secundaria a coledocolitiasis, siendo manejado con éxito mediante ERCP e instalación de prótesis biliar. La recurrencia del dolor abdominal persistente 20 días después, junto con hallazgos de laboratorio e imágenes, sugirieron la progresión a una colección encapsulada asociada a necrosis pancreática. El abordaje endoscópico se eligió como primera línea para el drenaje, de acuerdo con las directrices internacionales (ESGE 2018),⁶ considerando los síntomas persistentes, el tamaño significativo de la colección (17 x 6.7 cm), y la falta de evidencia de necrosis infectada inicial. La identificación de *Enterobacter cloacae* en cultivo de líquido pancreático productor de betalactamasas justificó el uso de antibióticos específicos. La resolución progresiva de la colección, evidenciada por tomografía, y la buena evolución clínica durante el seguimiento destacan la eficacia del manejo integral. La decisión de drenaje endoscópico también evitó procedimientos más invasivos, como el drenaje percutáneo o quirúrgico. El aumento del dolor abdominal y los parámetros inflamatorios en el sexto día post-intervención indicaron una respuesta inflamatoria post-drenaje. La reevaluación mediante TC confirmó la disminución del volumen de la colección, permitiendo ajustes terapéuticos, como la continuación del tratamiento antibiótico.

Este caso refleja una presentación típica de PA biliar que evolucionó hacia una colección encapsulada (WON), destacando el papel de un abordaje escalonado en el manejo de complicaciones locales. Las directrices internacionales y el enfoque multidisciplinario son clave para optimizar resultados, minimizando la morbimortalidad asociada. La selección de técnicas mínimamente invasivas, como el drenaje endoscópico guiado por USE, permite una resolución efectiva de colecciones com-

plejas, reduciendo la necesidad de intervenciones más agresivas. El seguimiento a corto y mediano plazo es esencial para evaluar la resolución de las colecciones y prevenir recurrencias. Este caso subraya la importancia de la personalización del tratamiento y el manejo oportuno de complicaciones en pacientes con PA grave o moderada con evolución complicada.

Referencias

1. Csendes J. A, Gaete L. D, Toro P. J, Csendes J. A, Gaete L. D, Toro P. J. Epidemiology of acute pancreatitis in Chile between 2013 and 2018. *Rev Med Chil.* 2021;149(7):961–70. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000700961>.
2. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 2013;62(1):102–11. doi: [10.1136/gutjnl-2012-302779](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779).
3. van Grinsven J, van Brunschot S, van Baal MC, Besselink MG, Fockens P, van Goor H, et al. Natural History of Gas Configurations and Encapsulation in Necrotic Collections During Necrotizing Pancreatitis. *J Gastrointest Surg.* 2018 Sep 1;22(9):1557–1564. doi: [10.1007/s11605-018-3792-z](https://doi.org/10.1007/s11605-018-3792-z)
4. De Paredes AGG, López-Durán S, Foruny JR, Albillos A, Vázquez-Sequeiros E. Management of pancreatic collections: an update. *Rev Esp Enferm Dig.* 2020;112(6):483–490. doi: [10.17235/reed.2020.6814/2019](https://doi.org/10.17235/reed.2020.6814/2019).
5. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology.* 2020;158(1):67-75. doi: [10.1053/j.gastro.2019.07.064](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.064).
6. Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J, Badaoui A, Bali MA, Barthet M, et al. Endoscopic management of acute necrotizing pan-

creatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. *Endoscopy*. 2018;50(5):524–546. doi: 10.1055/a-0588-5365.

7. Muthusamy VR, Chandrasekhara V, Acosta

RD, Bruining DH, Chathadi K V., Eloubeidi MA, et al. The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of cystic pancreatic neoplasms. *Gastrointest Endosc*. 2016;84(1):1–9.

doi: 10.1016/j.gie.2016.04.014.

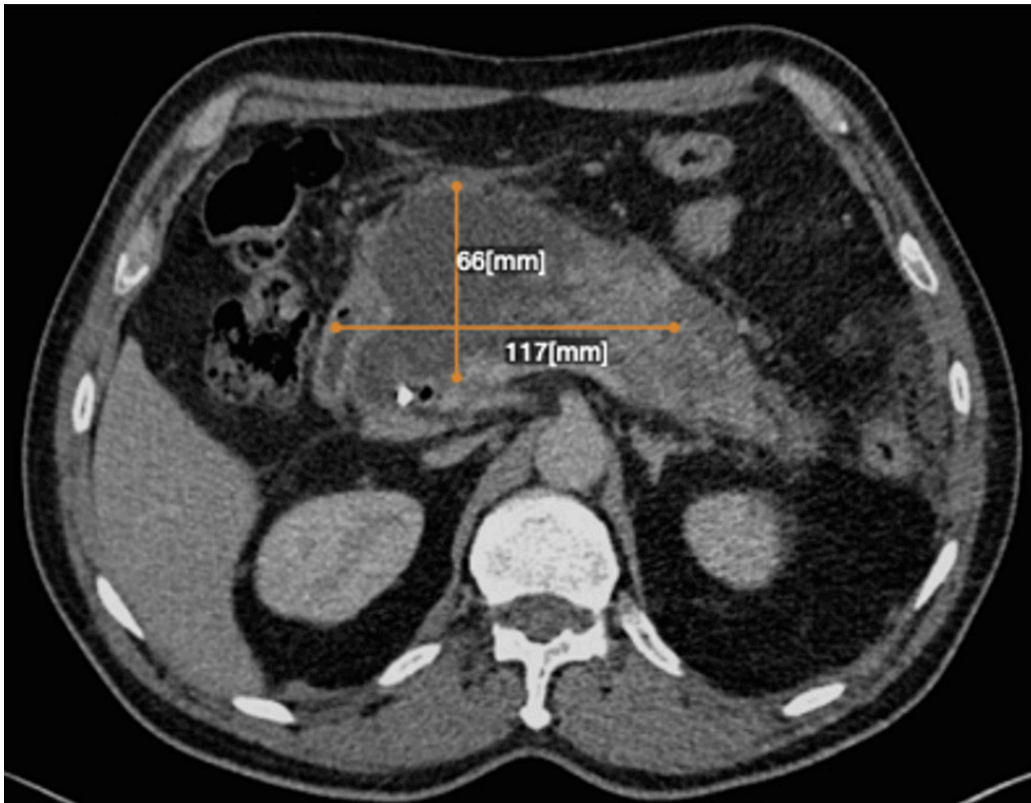


Figura 1.