

El cirujano en una PA debe actuar en 3 momentos

- DIAGNOSTICO
- COMPLICACION EN EL CURSO DE LA MISMA
- LUEGO DE PASADO EL CUADRO PARA EVITAR LA RECIDIVA DE LA MISMA

IMAGENOLOGIA

- ECOGRAFIA
- TOMOGRAFIA COMPUTADA
- R.N.M – colangiorresonancia
- ECO-ENDOSCOPIA (93 % sensibilidad; 95 % especificidad)

POR UNA COMPLICACION EN EL CURSO DE LA MISMA

- LA PAB DESPUES DE LA T.C. SE TRANSFORMO EN UNA ENFERMEDAD DE TRATAMIENTO MEDICO
- INTERVENCIONISMO
 - Minimamente invasivo
 - Percutaneo
 - Laparoscopico
 - Endoscopico
 - Cirugía abierta clásica
- ***ALGUNAS DE ELLAS DISCUTIDAS***

PAB indicaciones cirugía

- Se acepta que cuando hay necrosis infectada se trata
- Actualmente hay una tendencia a definir la conducta más con la evolución clínica y la repercusión que da la enfermedad que con los hallazgos imagenológicos.

FOTOOHI, M.; TRAVERSO, W.:

Pancreatic necrosis: paradigm of an multidisciplinary team
Advances in Surgery, 40 (2006) 107-118

Los hallazgos imagenologicos

POR SI NO SON INDICACION DE
PROCEDIMIENTO INVASIVO, SINO
DE ACUERDO A LA CLINICA:

"no operar imágenes, se operan enfermos"

La necrosis puede ir

- A la resolución
- A la infección
 - Esta es indicación de cirugía o de drenaje percutaneo en varios Centros.
 - En otros es de tratamiento médico evaluando la evolución clínica.
- La mortalidad disminuye drásticamente si no está infectada

Oportunidad operatoria

- En general no antes de la 2^a. semana
- Cuando el enfermo se presenta grave de entrada si se opera en estos momentos la mortalidad es muy alta (algunos plantean degravitar la VBP como medida desesperada)
- Podrían ser indicaciones en este momento los raros casos de hemorragia y perforación intestinal.

FOOTHI y TRAVERSO

ADVANCES IN SURGERY 2006

- DRENAJE PERCUTANEO CON CATETER DE GRUESO CALIBRE
- DESBRIDAMIENTO ENDOSCOPICO TRANS DRENAJE
- NECROSECTOMIA CLASICA ABIERTA.
 - SI LO QUE SE RETIRA ES MAYOR DE 50 gr. La mortalidad aumenta.

EN LA CIRUGIA ABIERTA HAN SIDO SEÑALADAS 4 TACTICAS

- 1) NECROSECTOMIA COMBINADA CON MECHADO (PACK) ABIERTO.
- 2) RELAPAROTOMIAS PROGRAMADAS A DEMANDA.
- 3) LAVADO CONTINUO CERRADO.
- 4) PACKING CERRADO.

EN LA CIRUGIA ABIERTA

- ABORDAJE
- CONSERVACION DEL EPIPLON MAYOR
- INSTRUMENTOS QUE EVITEN EL SANGRADO:
DIGITOCCLASIA Y PINZAS DE ANILLO
- DEJAR DRENAJES (SE LOS CAMBIA FRECUENTE Y SE LOS CONTROLA CON T.C.)



Cooper-Ashley:Acute Pancreatitis.
(2008)

“ Debridamiento por cirugía abierta sigue siendo el gold standard para el tratamiento de la necrosis pancreática

La estrategia de manejo no operatorio así como las técnicas minimamente invasivas y endoscópicas van en aumento”

Cuando se opera que más puede hacer el cirujano ?

- Realizar colecistectomía, ya que evita la posibilidad de recidiva
- Realizar colangiografía i/o que da información valiosa

CUANDO REALIZAR LA COLECISTECTOMIA

- LA COLECISTECTOMIA ES PARA EVITAR LA RECIDIVA DE LA PANCREATITIS (30 - 60 %)
- NO TIENE VALOR PARA MEJORAR EL CUADRO ACTUAL DE LA PANCREATITIS

LARSON,S.S.S; NEALON,W.H.; EVERS,B.M.
MANAGEMENT OF GALLSTONE PANCREATITIS
Advances in Surgery, 40(2006) 265-284

Cuando realizar la colecistectomía en las PAB

- Si se realiza precozmente tiene una alta morbilidad y mortalidad.
- La oportunidad debe ser considerada después que la respuesta inflamatoria desaparezca.

Indicaciones para evitar recidivas

- PANCREATITIS LEVE

En la misma internación a partir de las 48 hs, previene el 50% de las recurrencias: Cole.Lap. + colangio i/o

- PANCREATITIS GRAVE

C.R.E. + E, previene el 94-97 % de las recurrencias

Posteriormente hacer la Cole.Lap.

(2008)

Si se encuentran cálculos en la V.B.P.

- Extracción laparoscópica:
 - Transcística
 - Coledocotomía
- Conversión a abierta
- C.E.R. + E.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE

colecistectomía

- CON NECROSIS ESTERIL
 - LUEGO DE LA 3er. SEMANA, evitaría la infección de la necrosis
- CON GRAN CANTIDAD LIQUIDO PERI PANCREATICO
 - LUEGO DE LA 6ta. SEMANA

En el pre operatorio de estos enfermos podría estar indicado:

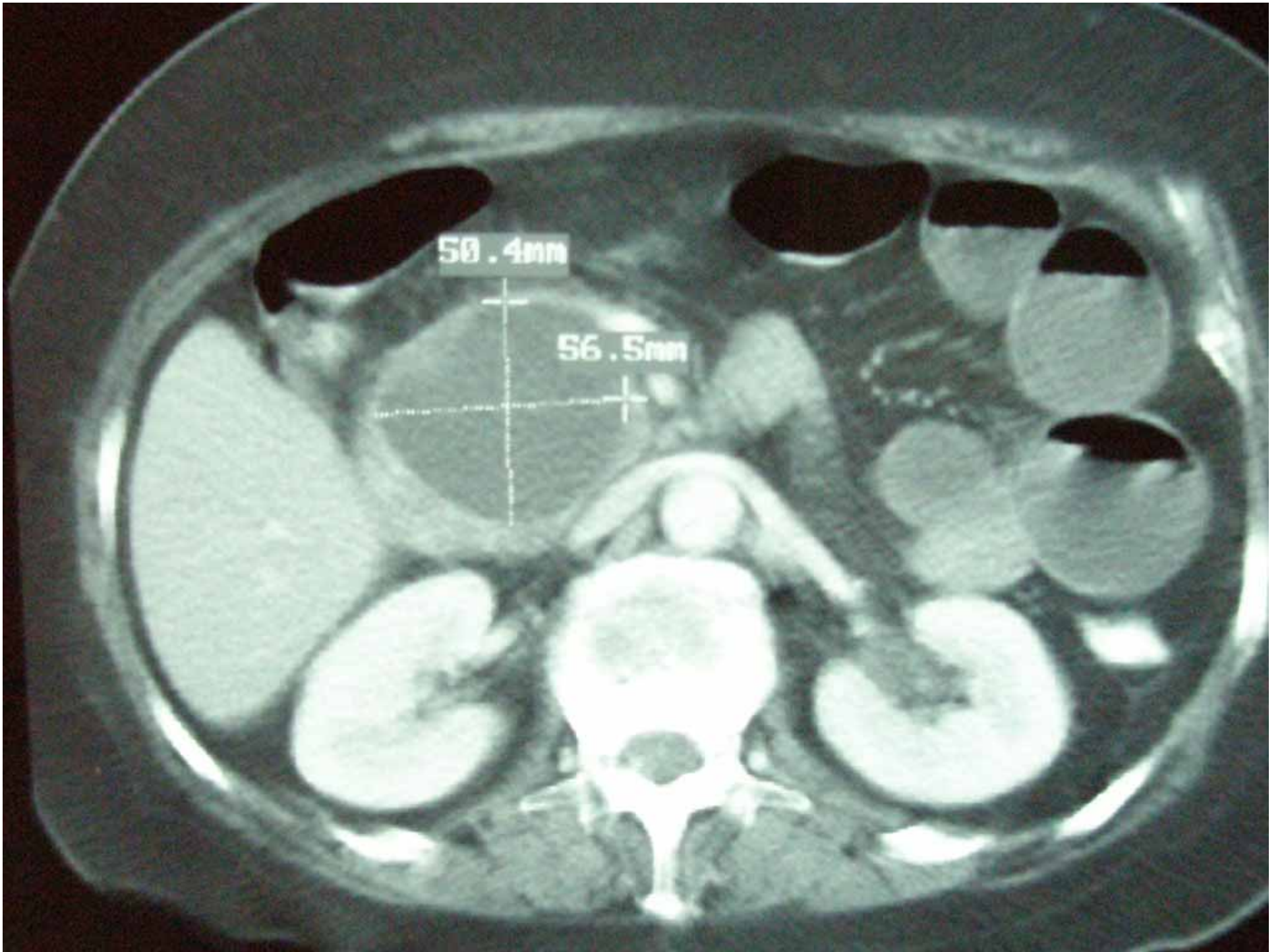
- COLANGIO RESONANCIA

- La sensibilidad para litiasis VBP > 90 %
- Disminuye los costos
- Disminuye las complicaciones para diagnostico frente a la ERCP. (En el 75 % de los enfermos que se realiza ERCP diagnostica no tienen cálculos en la VBP).

- ECOENDOSCOPIA

Seudo quiste pancreático

- **En general se opera en la evolución, en el mismo momento de la colecistectomía, cuando son mayores de 5 cms.
- Se espera un mayor tiempo para que la pared (maduración fibroblastica) permita una mejor derivación quisto digestiva.
- Hay abordajes minimamente invasivos que no son aceptados universalmente.



Ocampo, C: Pancreatitis aguda biliar: estrategias de manejo.

Feb-mar. 2008

- La asociación de colecistitis aguda y colangitis agudas en las PAB no es frecuente.
- La asociación colangitis aguda y PAB en la serie es del 2 %.
- El tratamiento de esta es la CRE+E

ENFERMEDAD DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

- CIRUJANOS
- IMAGENOLOGOS INTERVENSIONISTAS
- ENDOSCOPISTAS
- INTEGRANTES DE UCIS
 - MEDICOS, ENFERMERIA
 - NUTRICIONISTAS, FISIOTERAPEUTAS, etc.