



11242
18

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital General "Dr. Muel Gea González" S.S.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo de tesis.

NOMBRE: Nidia Escobar
Hernandez
FECHA: 4 Abril 2003
FIRMA: Nidia Escobar

"DRENAJE DE PANCREATITIS COMPLICADA, POR TECNICA DE RADIOLOGIA INTERVENSIONISTA"

A R T I C U L O
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
RADIOLOGIA E IMAGEN
P R E S E N T A
DRA. NIDIA ESCOBAR HERNANDEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F.

2003

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SUBDIVISION ESPECIALIZADA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE MEXICO

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
Director General

DR. JOSE LUIS DEL RIO RIZO
Director Médico


DR. GERMAN FAJARDO DOLCI
Director de Enseñanza


DR. GERARDO PERDIGON CASTAÑEDA
Jefe de la División de Radiología e Imagen y Asesor del Artículo

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
DIRECCION DE ENSEÑANZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DRENAJE DE PANCREATITIS COMPLICADA, POR TÉCNICA DE RADIOLOGÍA INTERVENSIONISTA.

Escobar-Hernández N***, Perdigón-Castañeda GM*, Pérez-Galicia JC***, Rodríguez-Badillo R**, Gutiérrez Vázquez I****, Herrera-Esquivel JJ****.(Hospital General Dr. Manuel Gea González)

OBJETIVO:

Demostrar la utilidad de la técnica de drenaje mediante punción percutánea bajo guía tomográfica en el paciente con pancreatitis Aguda Complicada, como otra alternativa en pacientes que no son candidatos a drenaje quirúrgico de los abscesos peripancreáticos.

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio transversal observacional cuyo universo de estudio fueron pacientes con diagnóstico de pancreatitis complicada, con criterios de inclusión: Diagnóstico de pancreatitis, estado crítico y con estudio tomográfico el cual los clasificaba con Baltasar D-E, y con estancia en la terapia intensiva, estos pacientes no fueron candidatos a drenaje quirúrgico, por su estado inestable y el riesgo de falla multiorgánica. Los criterios de exclusión fueron : Tomografía computada negativa a pancreatitis hemorrágica, o la presencia de pseudoaneurisma corroborado por Ultrasonido Doppler o bien Tomografía contrastada, los tiempos de coagulación alargados.

Los pacientes fueron sometidos a la técnica de drenaje percutáneo en la sala de tomografía, se procedió a realizar una tomografía simple y contrastada de abdomen, con cortes de 10x10mm, posteriormente se identifican el estómago y órganos vitales que pudieran ser lesionados, se realizaron medidas para ver la distancia que hay entre la piel y la colección o el pseudoquiste, la distancia de los órganos vitales que pudieran lesionarse, se procede a colocar un marcaje metálico y posteriormente se realiza otro corte tomográfico una vez que se ha planeado la vía de abordaje y las precauciones necesarias, mediante la técnica modificada de seldinger, se procedió a realizar el abordaje el cual fue transgástrico en 2 de los procedimientos, otra vía utilizada fue transperitoneal utilizando la línea media axila derecha o izquierda, esta última utilizada en 2 procedimientos, evita lesionar el estómago, previa asepsia y antisepsia de la región, se infiltra con lidocaína y posteriormente se introduce la aguja de chiba, hasta

aquí se vuelve a tomar otro corte tomográfico y se localiza la aguja, y una vez localizada se introduce la guía metálica teflonada 0.38 FR otro corte tomográfico es realizado para localizar la guía y su adecuada posición para introducir un dilatador, dentro del cual posteriormente se coloca el catéter, el cual servirá, para el drenaje de las colecciones, se realizan otros cortes tomográficos de control, una vez que se tiene la seguridad de no haber lesionado algún órgano vital, se procede a fijar con seda 00, vigilando el libre paso del material purulento mediante el drenaje a gravedad. Una vez terminado el procedimiento se concluye con una tomografía de control, posteriormente es trasladado al servicio de cuidados intensivos para ser monitorizado, y a las 12 horas es realizado un control ultrasonográfico. Otro método guía fue el ultrasonido practicado en 1 paciente, previa preparación del paciente, distendiéndosele el estomago con líquido y de esta forma delimitar el estomago y las colecciones, el abordaje fue transperitoneal, con las misma técnica modificada del seldinger con controles ultrasonográficos y la visualización directa de la introducción de la aguja, aquí se realiza cálculo de la profundidad del quiste debajo de la piel y la angulación que se le dará a la aguja para su paso, el catéter de elección es Pigtail y Arrow de 12 FR.

RESULTADOS:

Se incluyeron 5 pacientes del sexo masculino, con una edad promedio de 20 a 60 años, con una media de 30 años, referidos de la Unidad de cuidados Intensivos, con diagnóstico clínico y tomográfico de Pancreatitis complicada Baltasar D o E, en el período comprendido de Marzo de 1998 a Agosto de 1999.

Los antecedentes de comorbilidad fueron, (50%) alcoholismo, (25%) colecistitis litiasica agudizada, (25%) extensión de la inflamación por patologia ulcerosa péptica adyacente.

(25%) fueron pancreatitis Baltasar D, y (75%) Baltasar E, los días dentro de la unidad de cuidados intensivos, posterior a la colocación del drenaje fueron :10 días (75%), y 30 días (25%), (75%) sin crecimiento bacteriano en el material drenado, (25%) con crecimiento de E. Coli, la técnica utilizada por tomografía fue (90%) de los cuales (50%) fueron transgástricos, y (50%) retroperitoneales; (10%) bajo guía ultrasonografica.

Las complicaciones observadas fueron (10%) por retiro accidental del drenaje. Se obtuvo material purulento en (90%) de los pacientes y (10%) seroso, por pseudoquiste, el 100% de los pacientes que fueron sometidos a esta técnica recibieron antibióticos de

cuarta generación. La localización de la necrosis fue: (10%) cabeza 1 paciente, (90%) cuerpo y cola en 4 paciente. Y la cura fue del 100%, con desaparición de la fiebre, resolución de la cavidad necrótica y el no requerimiento del drenaje quirúrgico.

DISCUSIÓN:

La pancreatitis aguda es la inflamación de la glándula pancreática con afección variable tanto de órganos vecinos como a distancia. Puede presentarse como un episodio aislado o bien por un proceso recidivante o aparecer como reagudización de la pancreatitis crónica.⁽¹⁾ El cuadro de pancreatitis en el paciente inicia con dolor tras una comida abundante o bien abuso alcohólico, la amilasa serica aumenta en 24 horas, la lipasa aumenta a las 72 horas.⁽²⁾ La placa simple de abdomen puede mostrar el signo del colón, asa centinela localizada en el estomago, duodeno, ileo terminal y ciego, así como incremento de la distancia entre el colon y el estomago debido al aumento de tejidos blandos, en la placa de tórax puede haber derrame pleural y atelectasias subsegmentarias⁽³⁾ ecsonograficamente existen hallazgos, como son visualización del páncreas 62-78%, disminución de la ecogenicidad a causa del edema, incremento en el tamaño, y masas extrapancreaticas hipoeoicas con buena transmisión acústica, calcificaciones o pseudoquistes.^(4,5,6,7,8) La Tomografía computada es la técnica más sensible y el método de elección en el estudio de pancreatitis aguda ya que señala las complicaciones y nos sirve de guía para el drenaje percutaneo, en esta técnica se utilizan los criterios de Baltasar siendo estadio A: Apariencia normal del páncreas pero con amilasa o lipasa aumentada, así como leucocitos aumentados, B: Inflamación peri pancreática, Estadio C: Menos de 2 colecciones, estadio D más de 2 colecciones, Estadio E necrosis pancreática.^(4,10)

Las técnicas de mínima invasión actualmente utilizadas para introducir el catéter están basadas en la modificadas de Seldinger.⁽¹¹⁾ Las utilizadas para el abordaje pancreático son transgástricas, o bien retroperitoneales, en la primera los reportes iniciales se describian dos etapas, con una gastrostomía percutánea seguida una semanas después por punción del pseudoquiste o las colecciones, una vez que se había asegurado la fibrosis de la vía a lo largo del tubo de gastrostomía.^(12,13) y la otra mencionada es la retroperitoneal que evita la lesión del estomago y es más directa.⁽¹³⁾ mediante guía tomográfica.⁽¹⁴⁾ El catéter de elección es Pigtail y Arrow de 12 FR.^(11,15,16)

Nuestro trabajo corrobora la alternativa que se le puede ofrecer al paciente con pancreatitis complicada, utilizando una técnica inocua, con bajo riesgo, y si exponer al paciente al riesgo del acto quirúrgico propiamente, así como el riesgo anestésico, en la

serie reportada por el Dr. Matzinger, 2% de los 18% de pacientes con pancreatitis aguda que desarrollaron pseudoquiste, requirieron drenaje percutaneo mediante abordaje transgástrico en dos tiempos, las complicaciones que el reporta fue del 46-57% de los casos, la recurrencia de los quistes fue del 28%, la morbimortalidad fue significativamente baja 2-9%, y el seguimiento a estos pacientes fue de cura total del 69-79% de los casos.⁽¹⁾ Otros reportes indican series de 34 pacientes a los que se les realizó esta técnica bajo guía tomográfica obteniéndose en 32 pacientes la presencia de material purulento, el promedio intrahospitalario de estos pacientes fue de 45 días, el 26% presentó complicaciones, falla renal, respiratoria, choque y sangrado.⁽²⁾

CONCLUSIÓN

Esta técnica ya utilizada, en nuestro estudio demostró ser útil, con un mínimo porcentaje de complicaciones, y baja mortalidad, en pacientes cuyo estado crítico no es candidato a técnicas quirúrgicas de drenaje, y con mínimo riesgo ya que no es necesario anestesiarse al paciente, sino que mediante anestesia local se puede realizar el procedimiento, es seguro mediante guía tomográfica o bien bajo guía ultrasonográfica. La estancia en la unidad de cuidados intensivos se reduce, así como los días intrahospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA.

1. 1.- Pedrosa CS, Casanova R. *Diagnóstico por imagen (2) Abdomen. Tracto Gastrointestinal*. 2000:667.
2. Wolfgang Dähnert, *Radiology Revie Manual*, Tird Edition;1993:533.
3. Wolfgang Dähnert, *Radiology Revie Manual*, Tird Edition;1993:534.
4. Wolfgang Dähnert, *Radiology Revie Manual*, Tird Edition;1993:535
5. Hill MC. Pancreatic Sonography: An update. *Ultrasound Annual*;1982 Raven Press, New York:1-5.
6. Coleman BG, Arger PH, Roserberg HK, Gray-Scale sonographic assessment of pancreatitis in children; *Radiology* 1983:146-145.
7. Doust BD, Pearce JD, Gray scale ultrasonic properties of normal and inflamed pancreas; *Radiology* 1976:120:653-656.
8. Sarti DA, King W, The ultrasonic findings in inflammatory pancreatic disease; *Semin ultrasound CT MR* 1980; 1:178-180.
9. Balthazar EJ, Ranson JH, Naidich DP, Acute pancreatitis pronostic value of CT; *Radiology* 1985; 156:767-772.
10. Karlson KB, Martin EC, Fankuchen EI, Acute Pancreatitis, *Radiology* 1982; 142:619-624.
11. Quiroz FA, Ferrari, Andrei, Abdomen y Gastrointestinal; *Diagnostico por imagen 2da. Edición:(49):669*.
12. Frederick RK, Matzinger MD, Chia-Sing HO, Pancreatic psedocysts drainage through a percutaneus transgastrico approach: Futher experience. *Radiology* 1988;167:431-434.
13. Rattner D, Legermate D, Lee M, Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection. *Journal Surgery* 1992;163:105-110.
14. Kerlan RK, Replaceable sump lumen catheter for abscesses drainage Gastrointest. *Radiology* 1986;11:112-116.
15. Kuligowska S, Oslen WL, Collections of fluid after pancreatitis, *Radiology* 1985;155:335-340.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN