

Antibioticoterapia como primer paso del step up approach. Reporte de un caso

Antibiotic therapy as first step in the step-up approach. Case report

Valentina Seballos*
Martín Salvatierra**

Hospital Regional Salto, Uruguay

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico de un paciente que presentó necrosis pancreática infectada y se trató de manera conservadora. Resultados: Si bien el primer paso del Step up Approach lo constituye el drenaje percutáneo, en casos seleccionados podrían manejarse con tratamiento médico. Conclusión: La antibioticoterapia está indicada siempre que se demuestre infección, en pacientes seleccionados podría ser el único tratamiento, se necesitan más estudios que lo avalen.

Palabras clave: Necrosis Pancreática Infectada, tratamiento antibiótico.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study is to describe the case report of a patient with infectious pancreatic necrosis who was treated conservatively. Results: Although the first step of the step-up approach is percutaneous drainage, in selected cases, patients could be managed with medical treatment. Conclusion: antibiotic therapy is indicated if the presence of an infection is confirmed. In selected patients, it could be the only treatment. Still, further validation studies are needed.

Keywords: Infectious pancreatic necrosis, antibiotic treatment.

INTRODUCCIÓN

La necrosis pancreática puede presentarse en el 10% de los pacientes con pancreatitis aguda y asocia una mortalidad del 15 al 20%. En la necrosis pancreática infectada confirmada los pacientes se benefician de un enfoque mínimamente invasivo que se centre en drenaje percutáneo y/o debridamiento endoscópico (Step up Approach). En casos seleccionados de pacientes sin falla multiorgánica se podría optar por tratamiento antibiótico y conservador. Presentamos un caso clínico de necrosis pancreática infectada donde se realizó tratamiento conservador.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años de edad, sexo masculino, obeso. Consulta por epigastralgia y síndrome neurovegetativo. Examen físico: Ictericia. Analítica: Bilirrubina total de 5,46mg/dl, bilirrubina

directa de 3,28mg/dl. Amilasemia 3000 U/l. Ecografía abdominal: Litiasis vesicular múltiple, móvil, vía biliar y páncreas no evaluables por dolor. Tomografía computada: Páncreas edematoso. A las 72 horas: Persiste con epigastralgia y presenta bilirrubina de 22mg/dl. Colangiorensonancia: Vía biliar fina, pasaje de contraste a duodeno, no certifica vía biliar libre (Figura 1). Se realiza endoscopia y papilotomía extrayendo barro biliar y bilis turbia. Remisión parcial del dolor, reintegro de la vía oral, evolución tórpida. A los 21 días presenta epigastralgia y fiebre, con leucocitos en ascenso. Tomografía computada presenta una colección necrótica localizada en la transcavidad de los epiplones, en el sector anterior de páncreas desde la cabeza hasta la cola, impresiona gas en su interior. Resonancia magnética evidencia colección necrótica de contenido heterogéneo (Figura 2). Se mantiene conducta expectante en base a tratamiento antibiótico con meropenem por 14 días, vía oral suspendida,



Figura 1: Colangiorensonancia. Se observa vía biliar intra y extrahepática, pasaje de contraste a duodeno, no certifica vía biliar libre

* Residente Cirugía General, Clínica Quirúrgica 3

** Profesor Adjunto, Clínica Quirúrgica 3

Autor correspondiente: Dra. Valentina Seballos

Correo electrónico: vs-94@hotmail.com - Dirección: 25 de Agosto 139. Código Postal: 50000. Salto, Uruguay.

Fecha de recepción: 01/12/2021 - Fecha de aprobación: 01/05/2022

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons



Figura 2: Resonancia Magnética. Presenta extensa colección necrótica que se extiende desde cabeza a cola de páncreas.

nutrición parenteral y correcto manejo del dolor. Parámetros humorales infecciosos en rangos de normalidad. Tomografía de control a las 6 semanas informa pequeña colección en cola de páncreas, posterior colecistectomía y colangiografía sin inconvenientes.

DISCUSIÓN

La necrosis pancreática infectada debe ser tratada en un enfoque multidisciplinario en conjunto con gastroenterólogo, cirujano, radiólogo intervencionista, intensivista, infectólogo y equipo nutricional². La patogenia de la infección es motivo de debate aunque se plantean múltiples vías, hematogena, biliar, enteral y translocación bacteriana.

La antibioticoterapia esta indicada cuando se demuestre infección o cuando exista fuerte sospecha imagenológica (por ejemplo gas en colección necrótica) se debe indicar antibióticos con buena penetración pancreática a cargo de infectólogo². La nutrición vía oral debe de indicarse de inmediato siempre que no presente alteraciones gastrointestinales: mantiene la barrera de la mucosa intestinal y evita la translocación bacteriana, reduce las complicaciones infecciosas, insuficiencia orgánica y mortalidad². Cuando no es posible, puede realizarse enteral por sonda nasogástrica/yeyunal o parenteral total.

En necrosis pancreática infectada el primer paso de tratamiento inicia con antibioticoterapia y drenaje percutáneo, retrasando la intervención quirúrgica. Presenta cómo desventaja mayor riesgo de fístula pancreatocutánea. Existe evidencia IA para drenaje de inicial mininvasivo Wall off Necrosis, 1C para

saber cuándo esta indicado y el momento y 2C para la necrosis estéril².

El segundo escalón es la necrosectomía mínimamente invasivo pudiendo ser mediante endoscopia, videoendoscópico (Técnica VARD) o laparoscópico.

El debridamiento pancreático debe de evitarse en el periodo temprano agudo (primeras 2 semanas ya que aumenta la morbimortalidad) debe de retrasarse a las 4 semanas¹.

La definición de gravedad de la pancreatitis tanto en fase aguda como temprana depende la insuficiencia orgánica. En un estudio de cohortes observacional prospectivo que analizo insuficiencia orgánica e infección, obtuvo un OR = 16,72, IC del 95%, 7,04-32,56, P <0,001, frente a necrosis pancreática OR = 1,73, IC del 95%, 1,14-2,98, P = 0,008, teniendo la falla multiorgánica mayor impacto en la mortalidad.

En nuestro paciente dada la situación clínica, hemodinámica estable y ausencia de falla orgánica, se mantuvo tratamiento medico en cuidados intermedios, se inicio el tratamiento antibiótico, nutrición enteral, reanimación con líquidos y control del dolor. Se observo mejoría clínica a las 24-48h. Destacamos que nuestro paciente nunca presentó falla orgánica motivo por el cual se opto por iniciar tratamiento antibiótico y mantener conducta expectante. La oportunidad de la colecistectomía en caso de la pancreatitis grave debe de realizarse luego de la 6ta semana o evidencia de resolución imagenológica.³

Conflicto de Interes: Los autores declaras que no existen conflictos de intereses.

Contribución de autores: contribuyeron de manera equitativa a la producción del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Grinsven J, van Dijk S, Dijkgraaf M, Boermeester M, Bollen T, Bruno M et al. Postponed or immediate drainage of infected necrotizing pancreatitis (POINTER trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019;20(1). DOI:10.1186/s13063-019-3315-6.
2. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. (2019). American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology* . 2020 Jan;158(1):67-75.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2019.07.064.
3. Leppäniemi I A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick A, Ball C and et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg* . 2019 Jun 13;14:27. doi: 10.1186/s13017-019-0247-0.
4. Boxhoorn L, Voermans R, Bouwense, S Bruno M, Verdonk C, Boermeester A, van Santvoort HC, Besselink M. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2020 Sep 5;396(10252):726-734. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31310-6.
5. Guo Q, Li A, Xia Q, Liu X, Tian B, Mai G, Huang Z, Chen G, and et al. The role of organ failure and infection in necrotizing pancreatitis: a prospective study. *Ann Surg* . 2014 Jun;259(6):1201-7. doi: 10.1097/SLA.0000000000000264.