



El reto clínico del mes Febrero 2020

Ensanchamiento mediastínico por pancreatitis aguda

Dr. Alejandro Pérez Fernández. Hospital Morales Meseguer
Dr. Enrique Pérez-Cuadrado Robles. Clínicas Universitarias Saint-Luc en
Bruselas, Bélgica

Varón de 47 años con consumo de alcohol diario mayor de 30 g de 15 años de evolución y fumador activo de 10 cigarrillos diarios, sin otros antecedentes personales ni intervenciones quirúrgicas. Consulta en Urgencias por dolor abdominal de 20 horas de evolución que ha iniciado mientras dormía en epigastrio, irradiado en cinturón a la espalda, de carácter continuo e intensidad progresiva junto a náuseas sin vómitos.

Se encuentra estable hemodinámicamente y afebril. En analítica destaca amilasa 877 y lipasa 306, con perfil hepático y calcio sérico sin alteraciones y triglicéridos 295.

Pregunta 1. Con juicio clínico de pancreatitis aguda, ¿cuál sería la medida inicial y la más importante a instaurar en las primeras horas?

Elige la correcta:

- a) Dieta absoluta y antibioterapia profiláctica empírica de amplio espectro.
- b) Sueroterapia intensiva con suero salino fisiológico 0.9 % por 24-48 horas.
- c) Sueroterapia intensiva con Ringer lactato por 24-48 horas.
- d) Sueroterapia intensiva con cualquiera de pautas anteriores, analgesia, dieta absoluta y progresar si control del dolor y no síntomas ni signos que sugieran íleo paralítico.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- d) Sueroterapia intensiva con cualquiera de pautas anteriores, analgesia, dieta absoluta y progresar si control del dolor y no síntomas ni signos que sugieran íleo paralítico.

La sueroterapia intensiva en primeras 24 a 48 – 72 horas se considera la medida más importante, no existiendo directrices válidas de cómo administrarla, aunque parece que tiene que ser abundante, persiguiendo normalizar los niveles de tensión arterial y mantener diuresis > 0.5 ml/kg/hora. La administración de Ringer lactato frente a suero salino fisiológico sólo ha demostrado una mejoría analítica, pero no mejoría clínica, por lo que no se prefiere uno sobre el otro. Ha quedado claramente demostrado que no está indicado la administración de antibioterapia profiláctica empírica y que tiene que iniciarse la nutrición precozmente si la situación clínica lo permite.

Para saber más...

- Crockett S, Sachin W, Timothy B et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterology [revista on-line] marzo 2018 [consultado el 10 de enero de 2019]; 154 (4): 1096-1101. Available in: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)30076-3/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)30076-3/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F)
- Vegge S, Dimagno M, Forsmark C et al. Initial Medical Treatment of Acute Pancreatitis: American Gastroenterological Association Institute Technical Review. Gastroenterology [revista on-line] marzo 2018 [consultado el 10 de enero de 2019]; 154 (4): 1103-1139. Available in: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)30075-1/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)30075-1/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F)
- De-Madaria E, Herrera-Marante I, González-Camacho V et al. Fluid resuscitation with lactated Ringer's solution vs normal saline in acute pancreatitis: A triple-blind, randomized, controlled trial. United European Gastroenterol J. 2018; 6(1): 63-72. doi: 10.1177/2050640617707864.

Se realiza ingresado ecografía abdómino-pélvica que descarta dilatación vía biliar intra- y extrahepática, no observándose imágenes compatibles con colelitiasis ni coledocolitiasis, concluyendo cambios pancreáticos y peripancreáticos compatible con pancreatitis edematosa intersticial con líquido libre peripancreático en escasa cantidad. Tres semanas después, el paciente acude a Urgencias por disfagia para sólidos progresiva que tiene lugar diariamente con todas las comidas, así como saciedad precoz sin dolor abdominal, fiebre ni otra sintomatología. Se realiza RX tórax que muestra ensanchamiento mediastínico:



RX tórax PA en bipedestación: ensanchamiento mediastínico paratraqueal derecho y pinzamiento seno costodiafrágico izquierdo.

RX tórax PA en bipedestación 3 meses antes: Atelectasia subsegmentaria en campo pulmonar medio medio izquierdo. Pinzamiento del seno costodiafragmático derecho.



Pregunta 2. ¿Qué prueba complementaria aportaría menos información en este caso?

- a) Gastroscofia.
- b) TAC toraco-abdominal con contraste intravenoso.
- c) Analítica completa (bioquímica, hemograma, autoinmunidad, serologías) y Mantoux.
- d) Ecografía abdómino-pélvica.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡ Respuesta correcta!

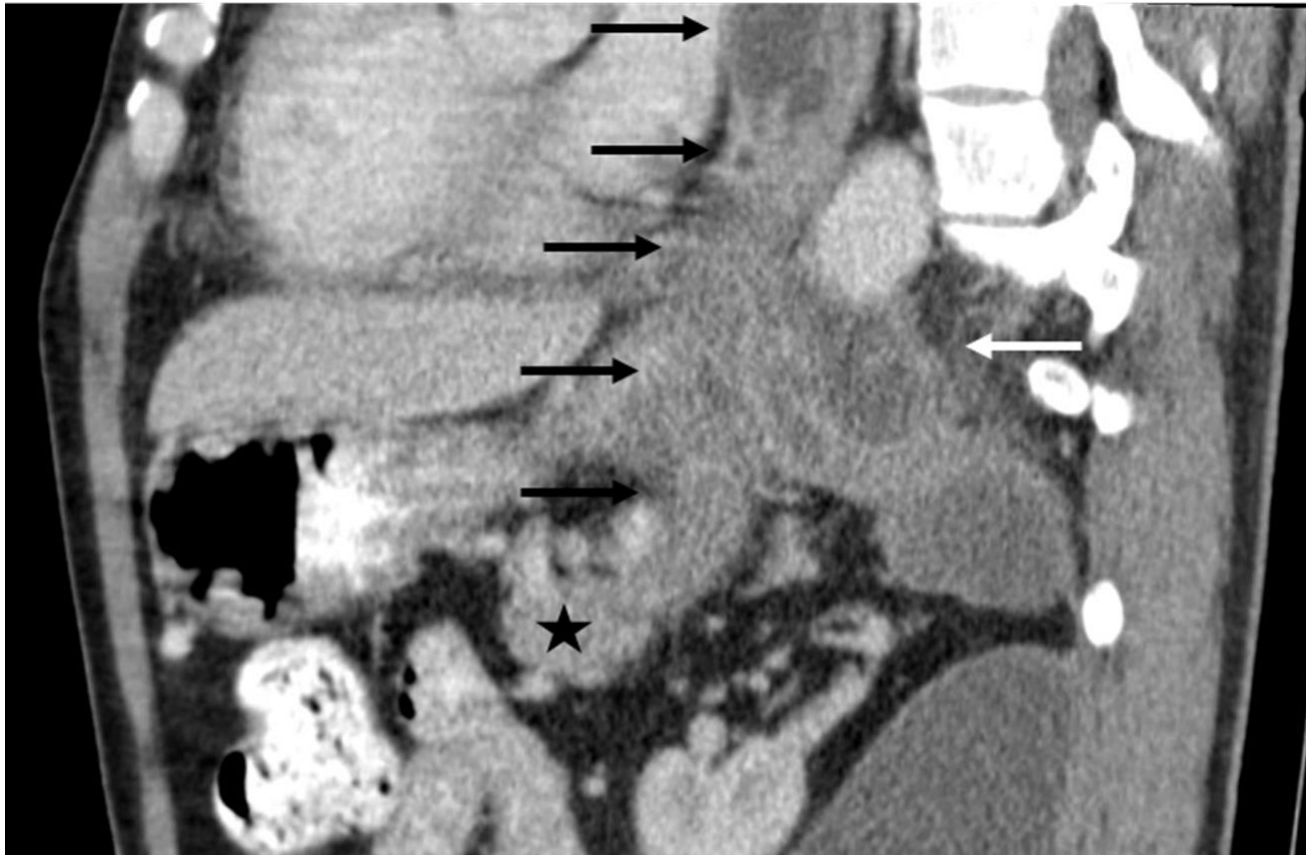
d) Ecografía abdómino-pélvica.

Aunque al diagnóstico se prefiere la ecografía abdómino-pélvica para intentar filiar la etiología, en la evolución se prefiere el TC con contraste IV, siendo obligada su realización en las pancreatitis agudas severas a partir de las 48-72 horas de evolución, y en la evolución, en el caso de que aparezca nueva sintomatología o cambio en la tolerancia oral, así como si fiebre una vez se hayan descartado otros focos de infección.

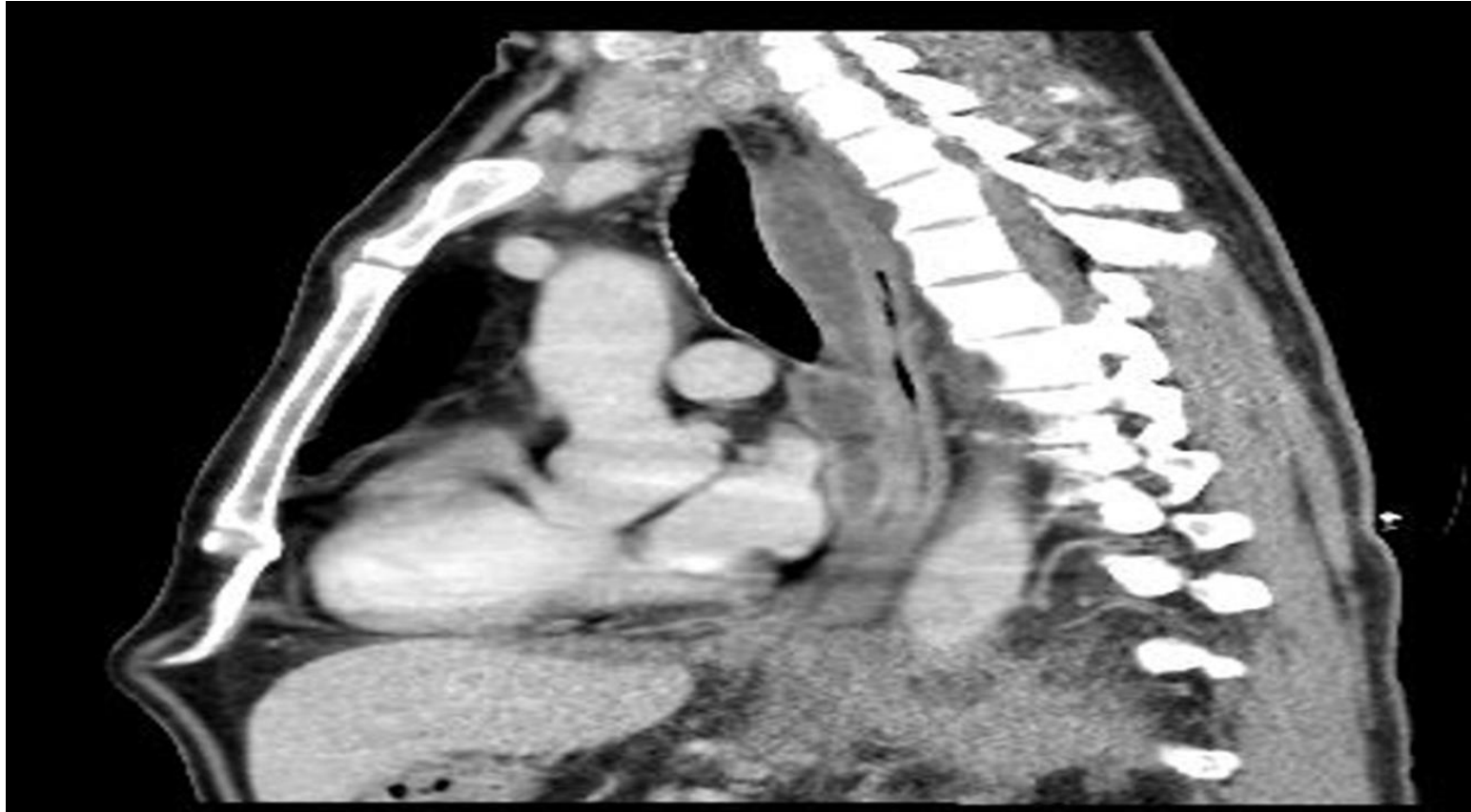
Se realiza analítica con elevación amilasa y lipasa sin otras alteraciones, así como gastroscopia que no muestra hallazgos significativos, pero en TAC se observa colección líquida aguda peripancreática que desde el espacio retrocrural izquierdo se extiende al mediastino posterior comunicándose por el hiato esofágico, así como necrosis cola pancreática < 30 %.



Reconstrucción MIP. Corte coronal. Colección líquida que asciende por el hiato esofágico al mediastino.



Reconstrucción MIP. Corte coronal. Colección líquida que asciende por el hiato esofágico al mediastino.



Reconstrucción MIP. Corte Sagital. Colección líquida que asciende por el mediastino posterior desde el abdomen pasando por el hiato esofágico.

Pregunta 3. ¿Qué actitud tomarías en este momento?

- a) Actitud expectante, realizando TC toraco-abdominal con contraste IV en una semana y antibioterapia empírica de amplio espectro.
- b) Drenaje endoscópico de la colección en este momento.
- c) Esperar una semana para el drenaje endoscópico de la colección.
- d) Drenaje quirúrgico de la colección y necrosectomía abierta.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡ Respuesta correcta!

c) Esperar una semana para el drenaje endoscópico de la colección.

En la evolución de la pancreatitis aguda, una complicación frecuente es la aparición de colecciones pancreáticas, definiéndose 4 subtipos según la clasificación de Atlanta modificada de 2012, que tiene en cuenta el tiempo de evolución de las mismas y la presencia o ausencia de necrosis: colecciones peripancreáticas agudas líquidas o colección necrótica aguda si aparecen en menos de 4 semanas tras el episodio agudo; pseudoquiste o necrosis encapsulada si su duración es mayor a 4 semanas. La mayoría se resuelven solas, estando indicado su tratamiento si producen síntomas, pudiendo drenarse de forma percutánea, quirúrgica o endoscópicamente.

En la actualidad se prefiere un manejo mínimamente invasivo, que ha demostrado disminuir la mortalidad, estancia hospitalaria y complicaciones respecto a la cirugía abierta, pudiendo plantearse su drenaje endoscópico a partir de las 3-4 semanas de evolución, asegurándose con ello la presencia de una pared definida alrededor de la misma, disminuyendo las complicaciones relacionadas con su drenaje.

En principio, si no se sospecha infección de la necrosis u otra complicación en la evolución de la pancreatitis aguda, no está indicada la antibioterapia empírica ni ninguna otra intervención.

Para saber más...

- ASGE Standards of Practice Committee, Muthusamy VR, Chandrasekhara V et al. The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory pancreatic fluid collections. *Gastrointest Endosc.* 2016;83(3):481-8. doi: 10.1016/j.gie.2015.11.027.
- Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg.* 2019;14:27. doi: 10.1186/s13017-019-0247-0.
- Shahid H. Endoscopic management of pancreatic fluid collections. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2019;4:15. doi: 10.21037/tgh.2019.01.09.

Pregunta 4. Conociendo que la colección se extiende próximo a la curvatura mayor gástrica y que no comunica con el conducto pancreático, ¿qué tipo de drenaje endoscópico llevarías a cabo?

- a) Transpapilar mediante CPRE con la colocación de una prótesis en el conducto pancreático.
- b) Transmural mediante ecoendoscopia colocando a través de la pared gástrica una prótesis de aposición luminal metálica autoexpandible.
- c) Transmural mediante ecoendoscopia colocando a través de la pared gástrica dos pig-tails plásticos.
- d) Transmural mediante ecoendoscopia colocando a través de la primera porción duodenal una prótesis metálica autoexpandible recubierta.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

b) Transmural mediante ecoendoscopia colocando a través de la pared gástrica una prótesis de aposición luminal metálica autoexpandible.

Finalmente, se decidió colocar por ecoendoscopia a través de la pared gástrica una prótesis de aposición luminal metálica autoexpandible/dos pig-tails plásticos, observando salida inmediata tras su colocación de líquido no purulento, con desaparición de los síntomas el mismo día de su colocación, realizándose TC con contraste IV al día siguiente que demostró resolución de la colección, retirándose mediante gastroscopia la prótesis que se abandonó en la cavidad gástrica, siendo dado de alta a las 24 horas tras su retirada sin presentar complicaciones.

Aclaración

Aunque faltan estudios de calidad que comparen el drenaje de las colecciones pancreáticas agudas por separado, mediante prótesis de aposición luminal, prótesis metálicas autoexpandibles y stents plásticos, con los datos que tenemos hasta el momento, parece ser que las dos primeras tienen una mayor eficacia con una menor tasa de efectos adversos si se realiza en las condiciones adecuadas en todo tipo de colecciones, pudiendo estar más indicadas en el caso de necrosis encapsulada, al permitir aquellas prótesis de gran diámetro el paso del endoscopio para la realización de necrosectomía endoscópica.

En este caso en concreto, se decidió colocar pig-tails al sospecharse según prueba de imagen previa que se trata de un pseudoquiste, sin necrosis, además de por no tratarse de una colección de gran tamaño.

Para saber más...

- Shekhar C, Maher B, Forde C et al. Endoscopic ultrasound-guided pancreatic fluid collections' transmural drainage outcomes in 100 consecutive cases of pseudocysts and walled off necrosis: a single-centre experience from the United Kingdom. *Scand J Gastroenterol.* 2018; 53(5):611-5. doi:10.1080/00365521.2017.1398346.
- Hammad T, Khan MA, Alastal Y et al. Efficacy and Safety of Lumen-Apposing Metal Stents in Management of Pancreatic Fluid Collections: Are They Better Than Plastic Stents? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Dis Sci.* 2018;63(2):289-301. doi:10.1007/s10620-017-4851-0.
- Siddiqui AA, Kowalski TE, Loren DE, et al. Fully covered self-expanding metal stents versus lumen-apposing fully covered self-expanding metal stent versus plastic stents for endoscopic drainage of pancreatic walled-off necrosis: clinical outcomes and success. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(4):758-65. doi: 10.1016/j.gie.2016.08.014.
- Garcia Garcia de Paredes A, Gonzalez Martin JA, Foruny Olcina JR et al. Lumen-apposing metal stents versus biliary fully-covered metal stents for EUS-guided drainage of pancreatic fluid collections: a case control study: Meeting presentations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy ESGE Days 2018. *Endosc Int Open.* 2020;8(1):E6-E12. doi: 10.1055/a-1031-9295.



Ha finalizado el caso clínico

Ensanchamiento mediastínico por pancreatitis aguda

Dr. Alejandro Pérez Fernández. Hospital Morales Meseguer
Dr. Enrique Pérez-Cuadrado Robles. Clínicas Universitaires Saint-Luc en
Bruselas, Bélgica