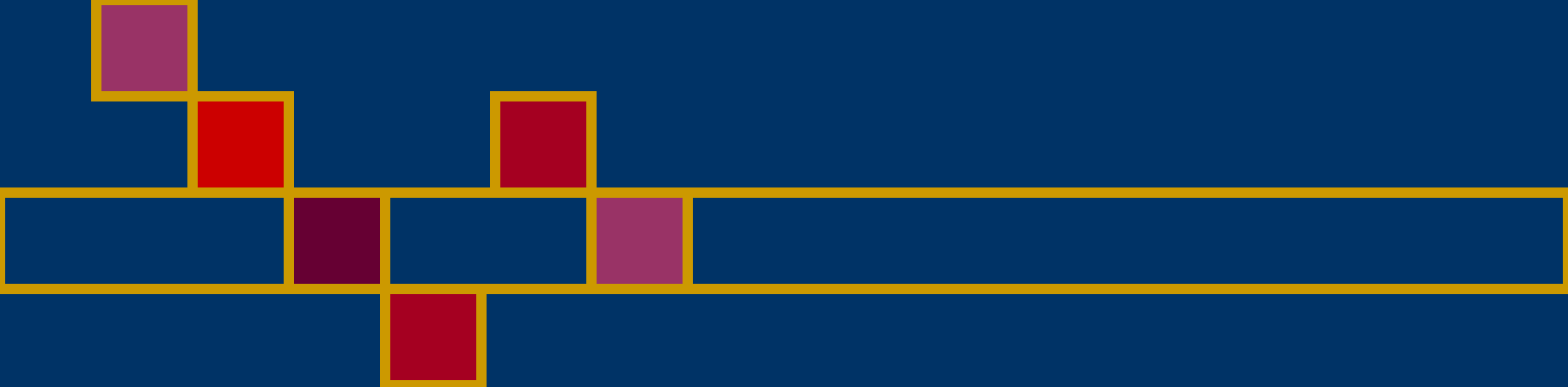




CONSENSO

“Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda”

Prof. Med. Gustavo Stork
Servicio de Cirugía General
Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”
Bahía Blanca



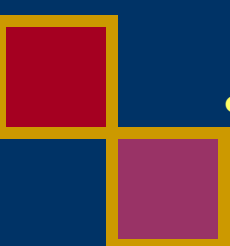
CONSENSO



“Diagnóstico de la Pancreatitis Aguda”



Criterios de Sackett para la valoración crítica de la evidencia

- 
- **Evidencia Nivel I:** Largos trials randomizados.
 - **Evidencia Nivel II:** Trials randomizados pequeños .
 - **Evidencia Nivel III:** Estudios no randomizados, prospectivos.
 - **Evidencia Nivel IV:** Estudios no randomizados, retrospectivos.
 - **Evidencia Nivel V:** Casos, series, grupos.
- 

Criterios de Sackett para la valoración crítica de la evidencia

✓ Recomendaciones GRADO A:

Apoyado por lo menos por un estudio de Clase I



Usarlo

✓ Recomendaciones GRADO B:

Apoyado por lo menos por un estudio de Clase II



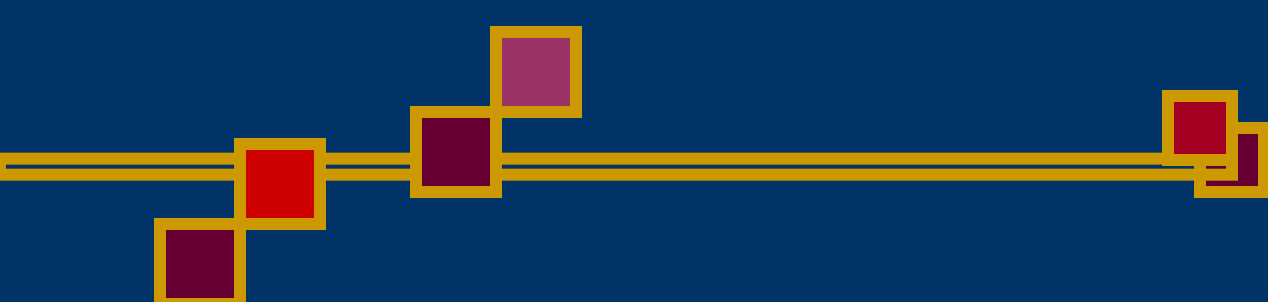
Usarlo o no

✓ Recomendaciones GRADO C:

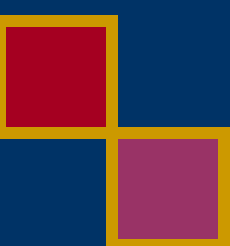
Soportados por estudios Clase III, IV y V



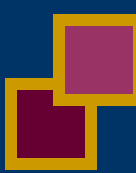
No Usarlo

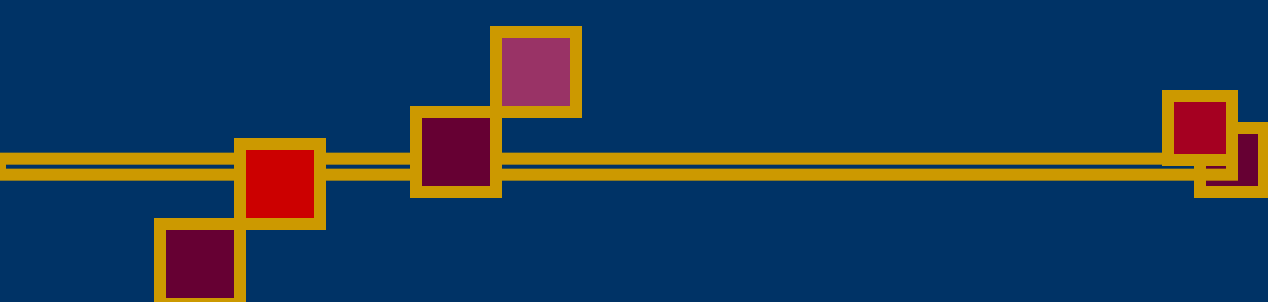
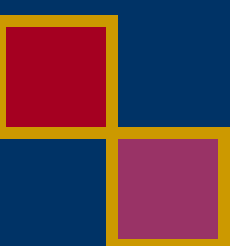


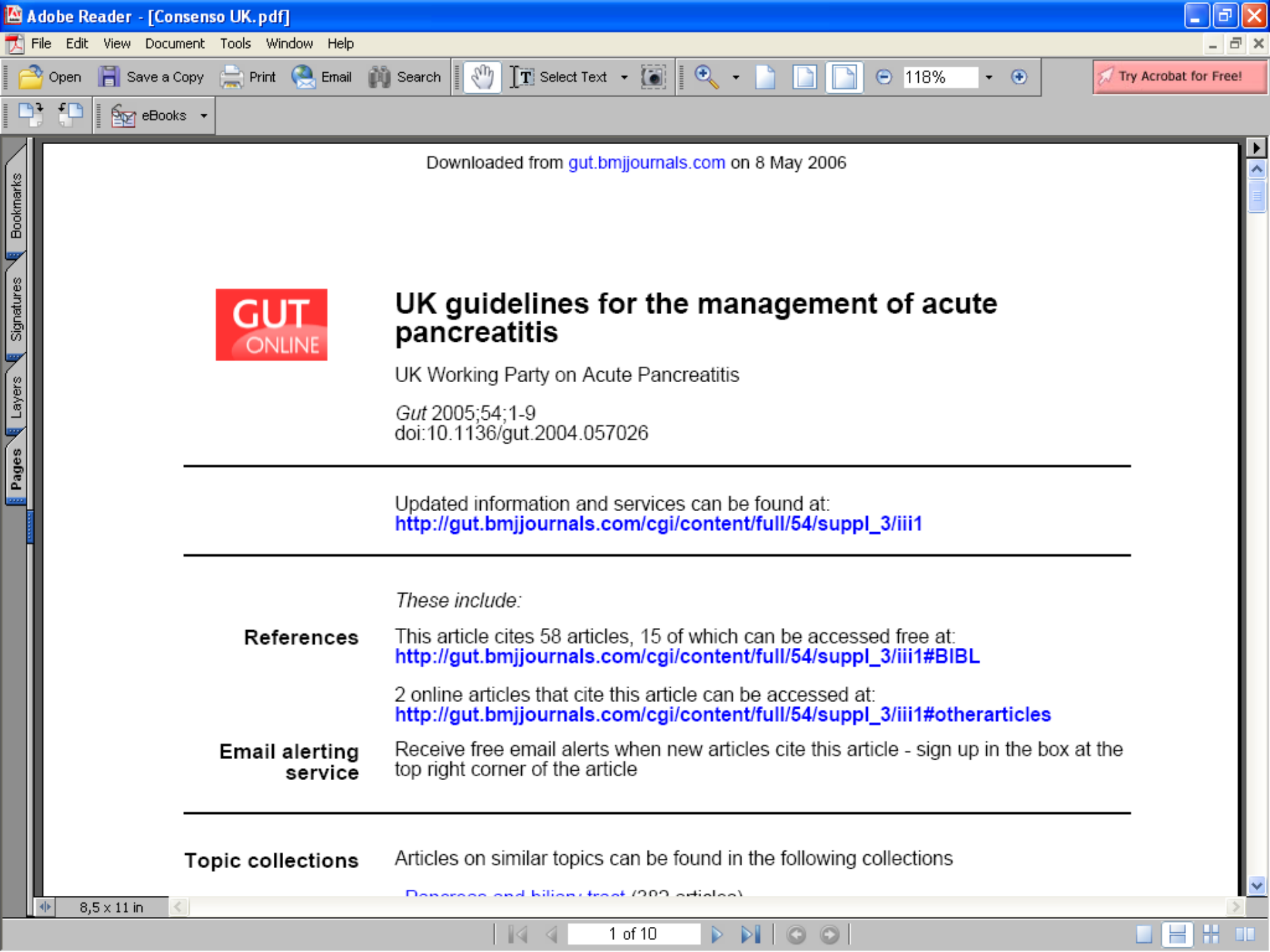
MEDLINE – COCHRANE – LILACS



Palabras claves:

- **Pancreatitis aguda**
 - **Síntomas y signos**
 - **Ecografía**
 - **Tomografía axial computada (TAC)**
 - **RMN, otros**
 - **Test de laboratorio**
- 

- 
- 
- 
- ✓ **Adultos**
 - ✓ **Artículos en cualquier idioma**
 - ✓ **Humanos**
 - ✓ **Últimos diez años**
 - ✓ **Según niveles de evidencia**



Downloaded from gut.bmjournals.com on 8 May 2006



UK guidelines for the management of acute pancreatitis

UK Working Party on Acute Pancreatitis

Gut 2005;54;1-9

doi:10.1136/gut.2004.057026

Updated information and services can be found at:

http://gut.bmjournals.com/cgi/content/full/54/suppl_3/iii1

These include:

References

This article cites 58 articles, 15 of which can be accessed free at:

http://gut.bmjournals.com/cgi/content/full/54/suppl_3/iii1#BIBL

2 online articles that cite this article can be accessed at:

http://gut.bmjournals.com/cgi/content/full/54/suppl_3/iii1#otherarticles

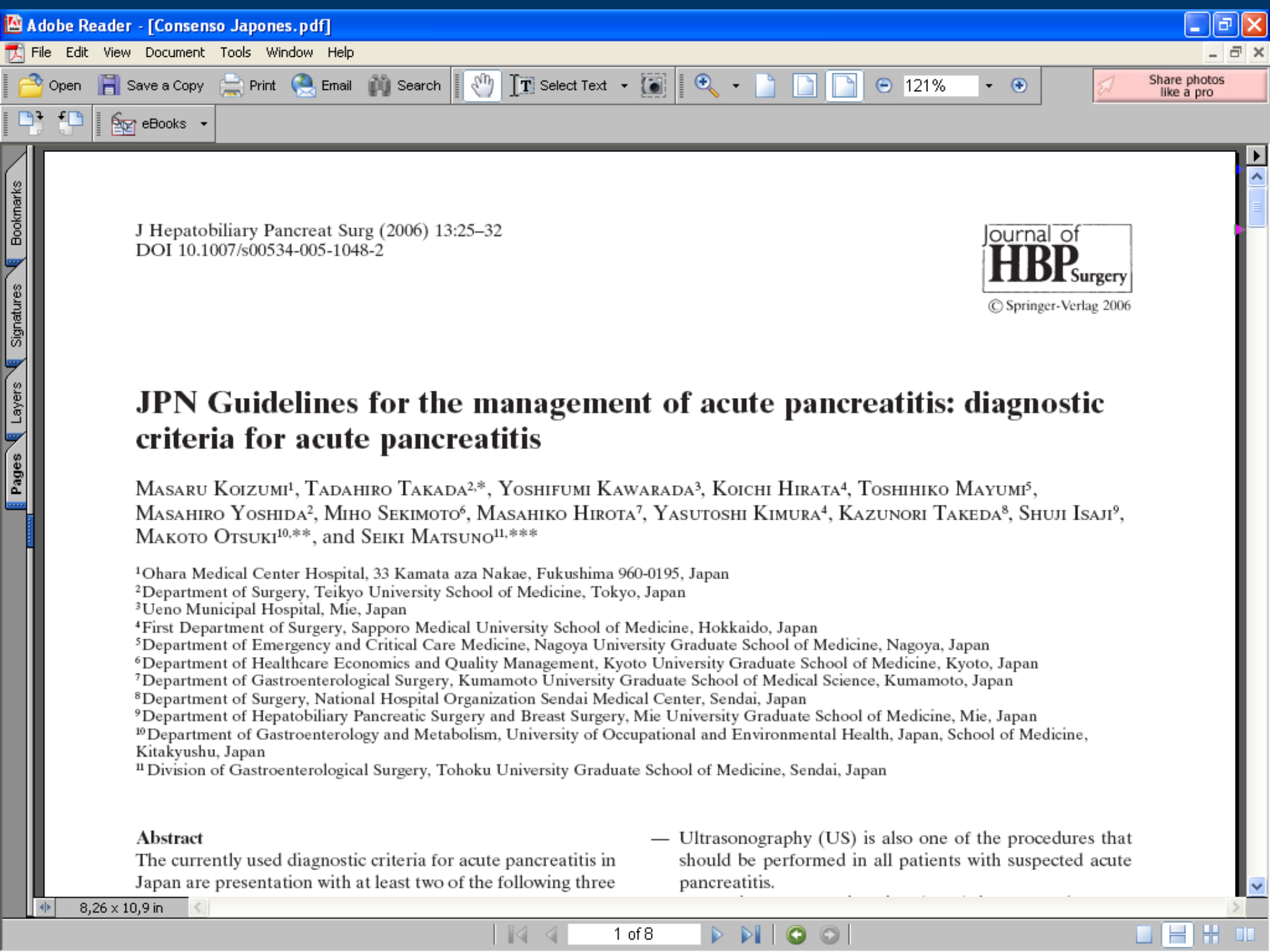
Email alerting service

Receive free email alerts when new articles cite this article - sign up in the box at the top right corner of the article

Topic collections

Articles on similar topics can be found in the following collections

[Pancreas and biliary tract \(282 articles\)](#)



J Hepatobiliary Pancreat Surg (2006) 13:25–32
DOI 10.1007/s00534-005-1048-2



JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: diagnostic criteria for acute pancreatitis

MASARU KOIZUMI¹, TADAHIRO TAKADA^{2,*}, YOSHIFUMI KAWARADA³, KOICHI HIRATA⁴, TOSHIHIKO MAYUMI⁵,
MASAHIRO YOSHIDA², MIHO SEKIMOTO⁶, MASAHIKO HIROTA⁷, YASUTOSHI KIMURA⁴, KAZUNORI TAKEDA⁸, SHUJI ISAJI⁹,
MAKOTO OTSUKI^{10,**}, and SEIKI MATSUNO^{11,***}

¹Ohara Medical Center Hospital, 33 Kamata aza Nakae, Fukushima 960-0195, Japan

²Department of Surgery, Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan

³Ueno Municipal Hospital, Mie, Japan

⁴First Department of Surgery, Sapporo Medical University School of Medicine, Hokkaido, Japan

⁵Department of Emergency and Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan

⁶Department of Healthcare Economics and Quality Management, Kyoto University Graduate School of Medicine, Kyoto, Japan

⁷Department of Gastroenterological Surgery, Kumamoto University Graduate School of Medical Science, Kumamoto, Japan

⁸Department of Surgery, National Hospital Organization Sendai Medical Center, Sendai, Japan

⁹Department of Hepatobiliary Pancreatic Surgery and Breast Surgery, Mie University Graduate School of Medicine, Mie, Japan

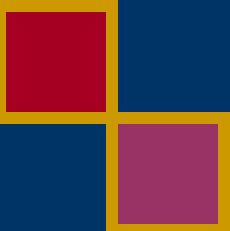
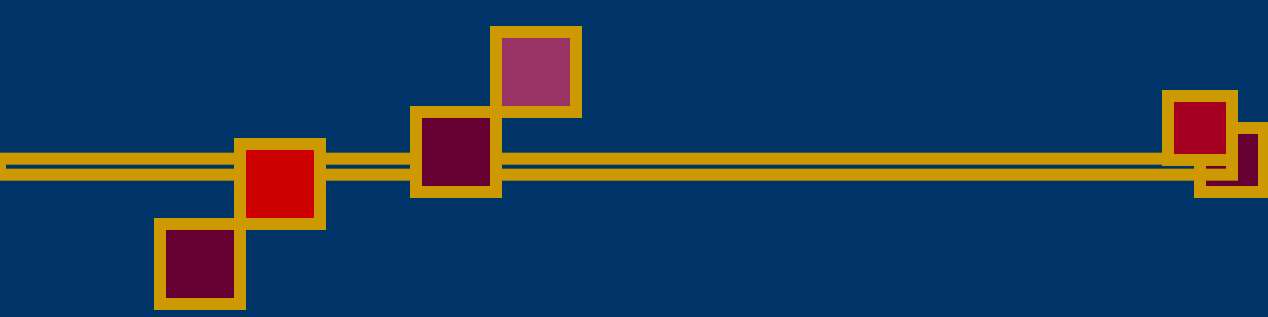
¹⁰Department of Gastroenterology and Metabolism, University of Occupational and Environmental Health, Japan, School of Medicine, Kitakyushu, Japan

¹¹Division of Gastroenterological Surgery, Tohoku University Graduate School of Medicine, Sendai, Japan

Abstract

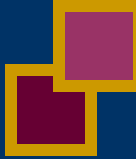
The currently used diagnostic criteria for acute pancreatitis in Japan are presentation with at least two of the following three

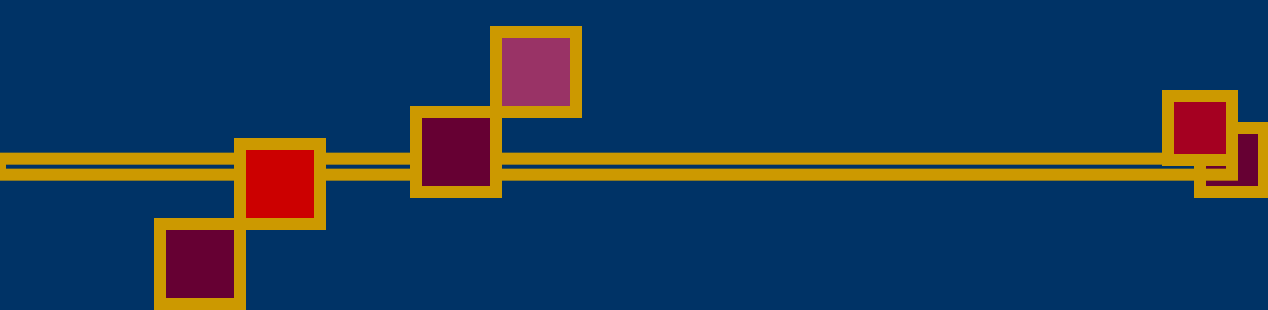
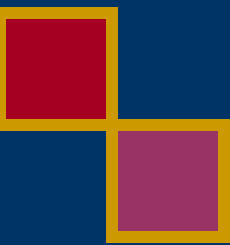
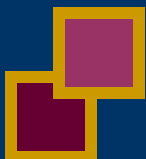
— Ultrasonography (US) is also one of the procedures that should be performed in all patients with suspected acute pancreatitis.



1.

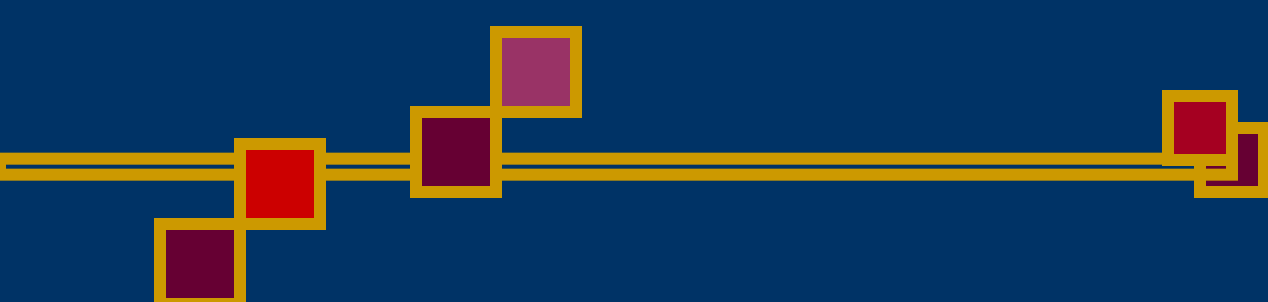
**Los signos y síntomas clínicos:
son útiles para el diagnóstico de
pancreatitis aguda?**



- 
- 
- 
- 1. Dolor abdominal**
 - 2. Irradiación al dorso**
 - 3. Sensibilidad o tensión aumentada en epigástrico**
 - 4. Náuseas y vómitos**
 - 5. Anorexia**
 - 6. Disminución de los ruidos hidroaéreos**

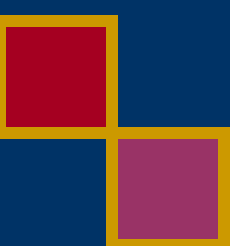
**Son muy frecuentes y sensibles,
aunque poco específicos**

Nivel Evidencia IV



1. PA representa el 2-3% de todos las enfermedades agudas del abdomen

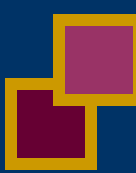
NIVEL II



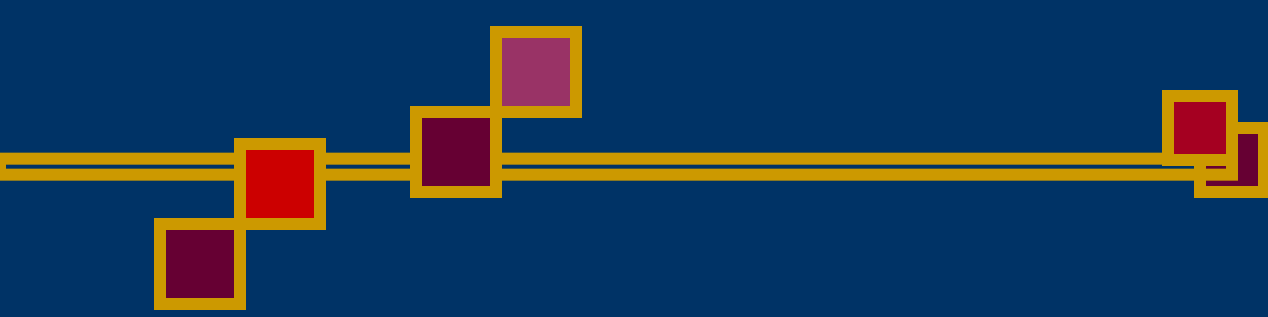
2. Muy pocos pac. con PA no presentan dolor abdominal

NIVEL II

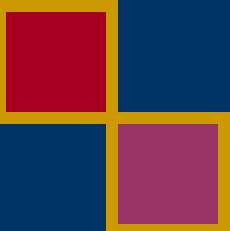
3. Los signos de Gray Turner y Cullen: 3%



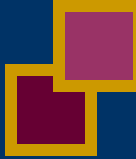
NIVEL II

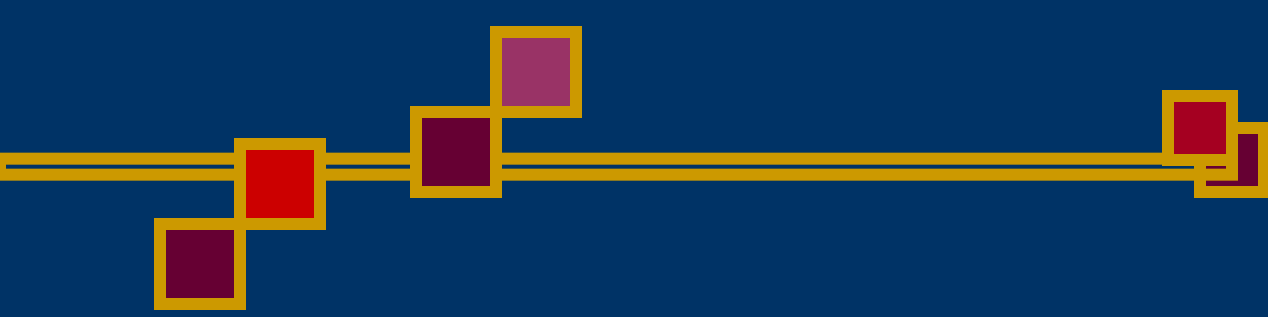


Es esencial la HC y el examen físico
de los pacientes



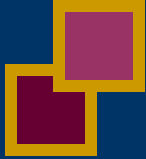
Recomendación A





2.

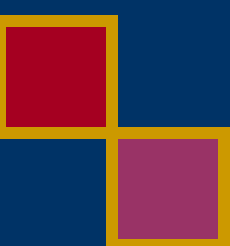
**¿Que enzimas deberían usarse
para el diagnóstico de
pancreatitis aguda?**





1. El nivel de lipasa en sangre es más sensible y específico que el de amilasa

NIVEL II



2. El nivel de lipasa en sangre persiste por más tiempo

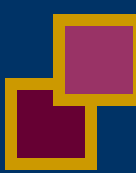
NIVEL II

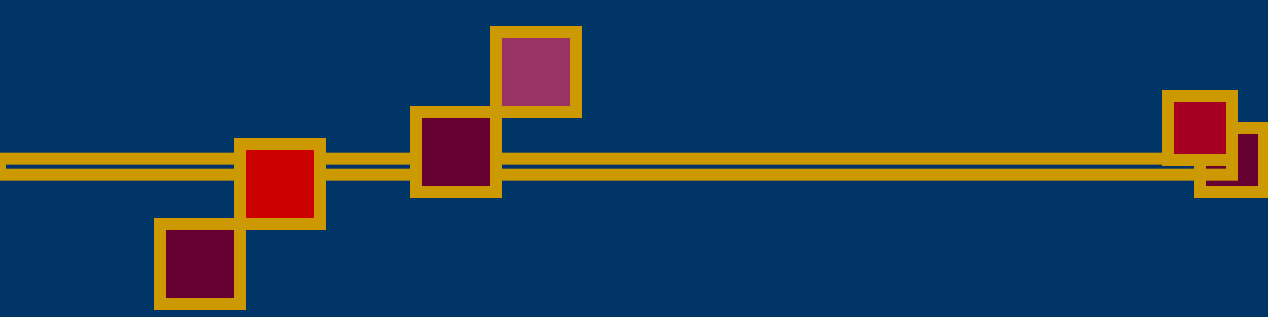
3. La suma de los dos exámenes no facilita el diagnóstico

NIVEL II

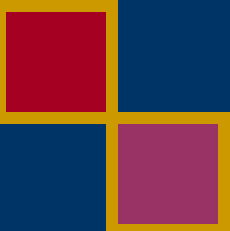
4. Cuando el nivel de amilasa supera un valor de corte ($>$ a 4 veces) tiene alta sensibilidad y especificidad

NIVEL II

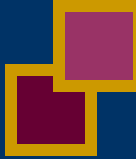


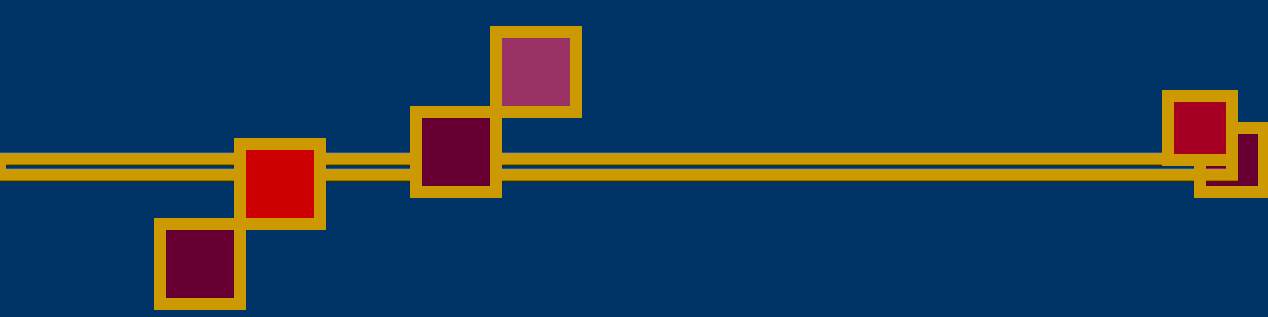


Para el diagnóstico y diagnóstico diferencial de pancreatitis aguda, el nivel de Lipasa sérica es el mejor parámetro enzimático, incluso que el nivel de amilasa



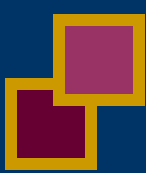
Recomendación A

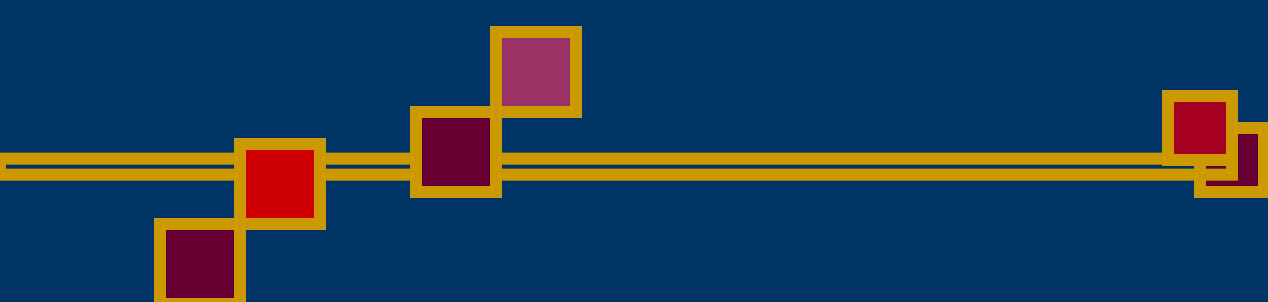
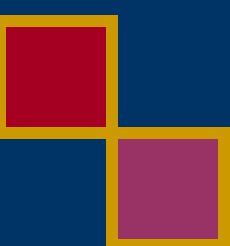




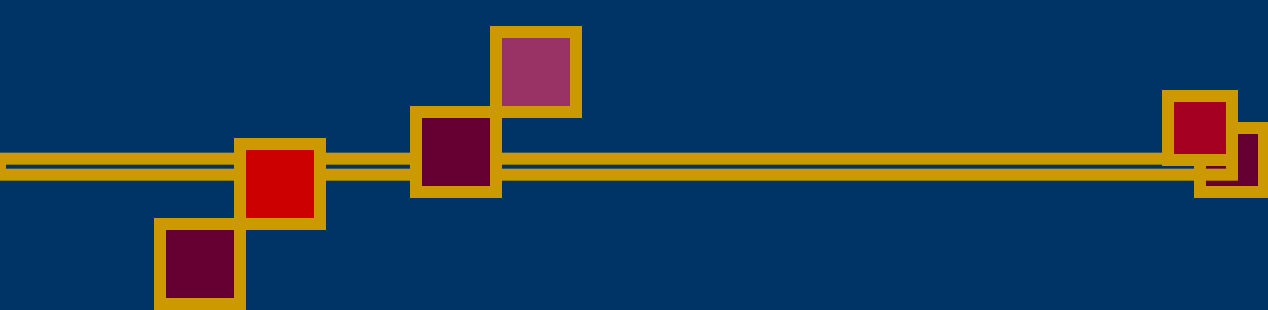
3.

**¿La ECO abdominal, es efectiva
para el diagnóstico de PA?**

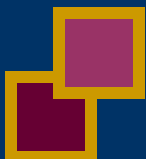
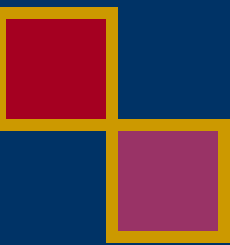


- 
- 
- 
- ✓ Detecta el agrandamiento pancreático y los cambios inflamatorios cercanos al páncreas
 - ✓ Visualización del páncreas: **62-90 %**
 - ✓ Visualización tejido prerrenal: **100%**
 - ✓ Adicionalmente puede visualizar la causa (litiasis vesicular y/o coledociana) y consecuencias de la PA (ascitis)

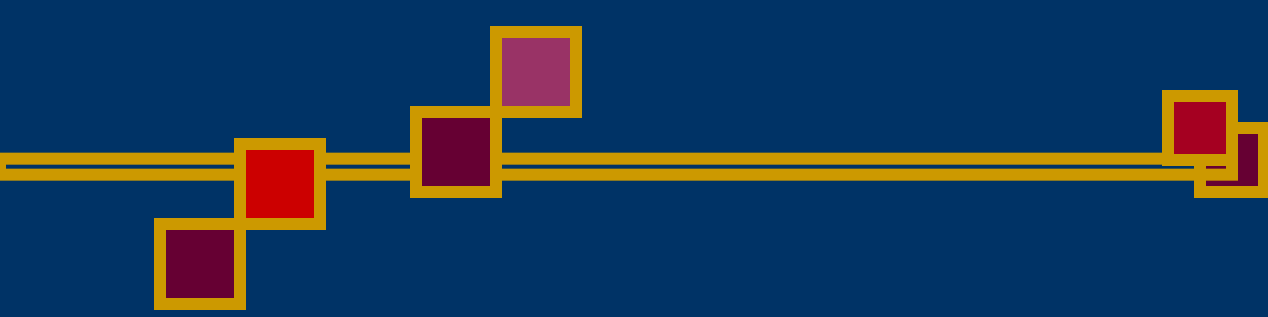
NIVEL I - II



La ECO abdominal es el primer método por imágenes a realizar en todos los pacientes en que se sospecha una PA

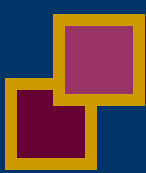


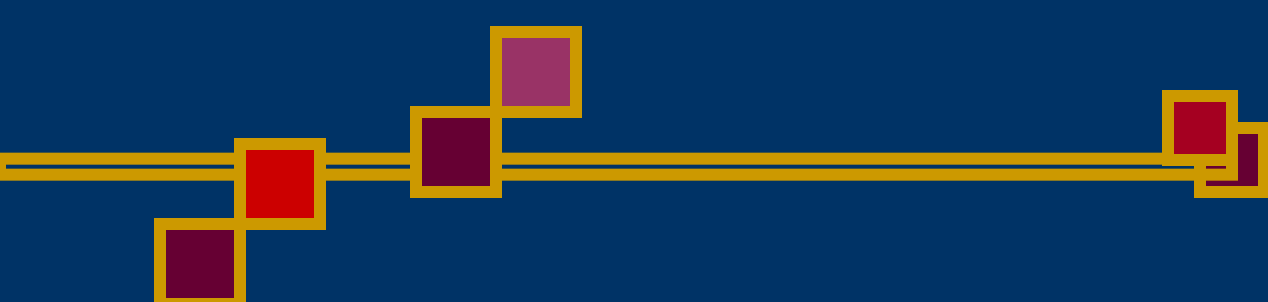
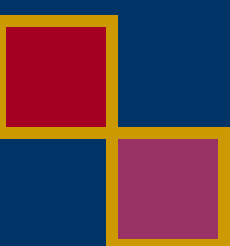
Recomendación A



4.

¿Es la TAC efectiva para el diagnóstico de PA?



- 
- 
- 
- ✓ La TAC no se ve afectada por el tejido adiposo ni por la pared abdominal
 - ✓ La TAC provee imágenes locales claras
 - ✓ TAC: agrandamiento pancreático, cambios inflamatorios que rodean al páncreas, colecciones líquidas, gas (fístulas o infección gérmenes anaerobios)

Nivel Evidencia I

-154.00mm
0.00
(251,256)

0.75s/5mm/5
-5.00mm
HP1

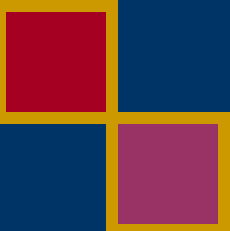


R

WI -44

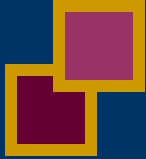


✓ Permite diferenciar la PA de otras enfermedades intraabdominales



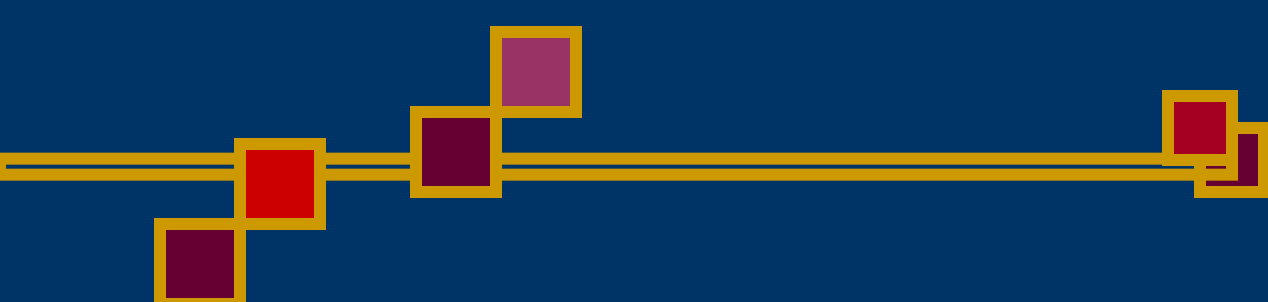
✓ Permite ver con-morbididades y complicaciones intraabdominales de la PA

✓ La TAC se necesita especialmente en casos de PA grave y en la cual no se puede obtener demasiada información con la ECO debido a el dolor abdominal o el íleo.



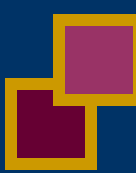
✓ Es importante para estadificar la severidad de la PA y seleccionar el tratamiento

Nivel Evidencia ?

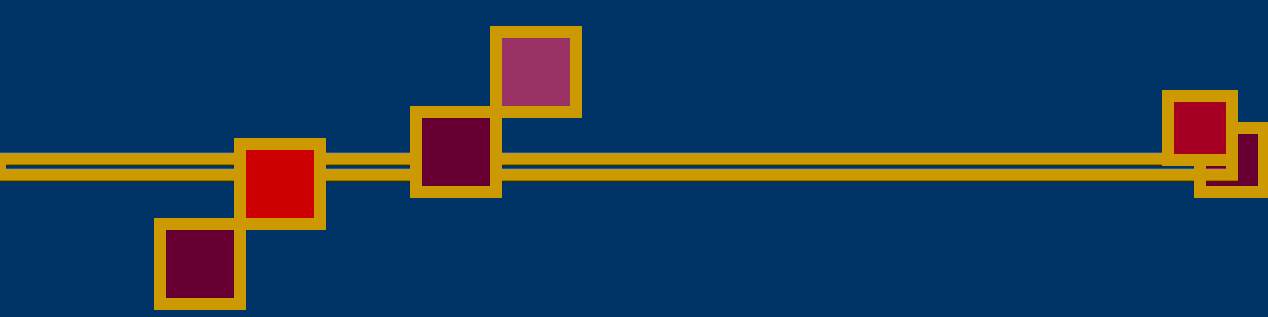


✓ La TAC es uno de los métodos por imágenes más importantes para el diagnóstico de PA y de sus complicaciones intraabdominales.

✓ La TAC debería realizarse cuando el diagnóstico de PA no puede ser establecido con la clínica, el laboratorio y la ECO o cuando la etiología de la PA es desconocida.

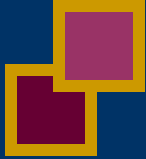


Recomendación B

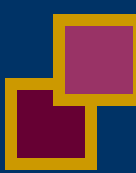


5.

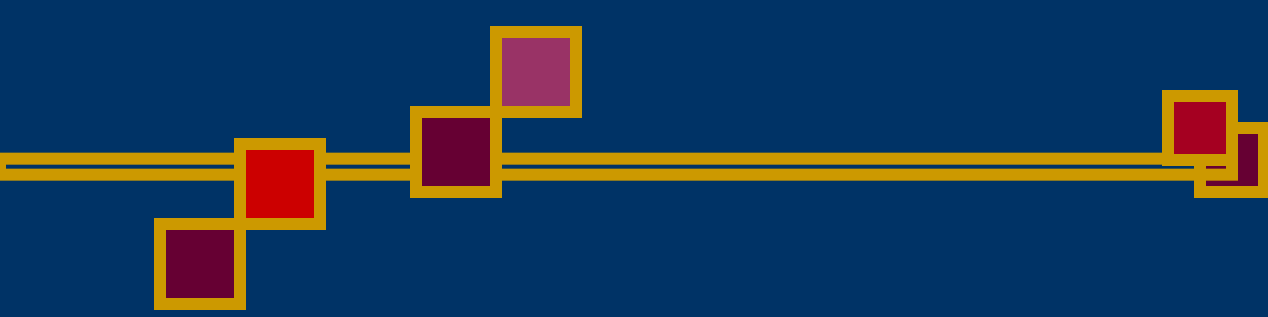
¿Es la RMN efectiva para el diagnóstico de PA?



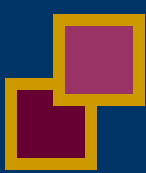
- 
- ✓ **RMN: agrandamiento pancreático, cambios inflamatorios que rodean al páncreas, colecciones líquidas, gas (fístulas o infección gérmenes anaerobios)**
 - ✓ **Con Gadolinio puede ver necrosis pancreática**
 - ✓ **Puede ver el conducto pancreático principal y el grado de inflamación pancreático mejor que la TAC**
 - ✓ **No expone al pac. a los rayos X**



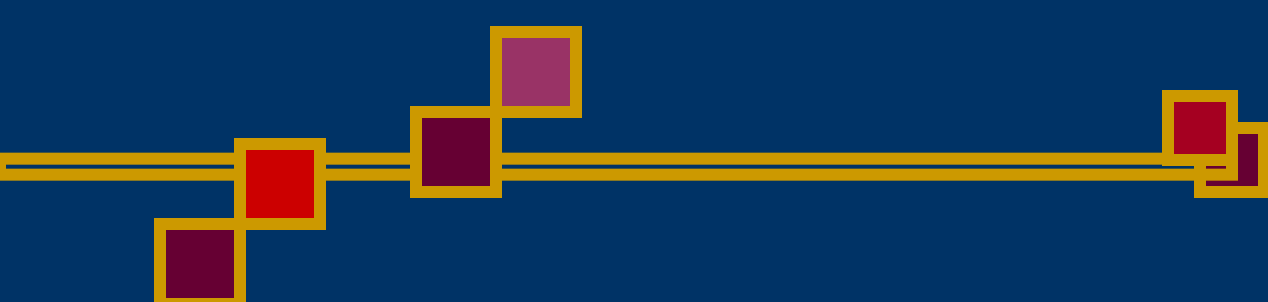
Nivel Evidencia II



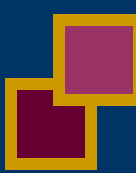
✓ La RMN es uno de los métodos por imágenes más importantes para el diagnóstico de PA y de sus complicaciones intraabdominales.



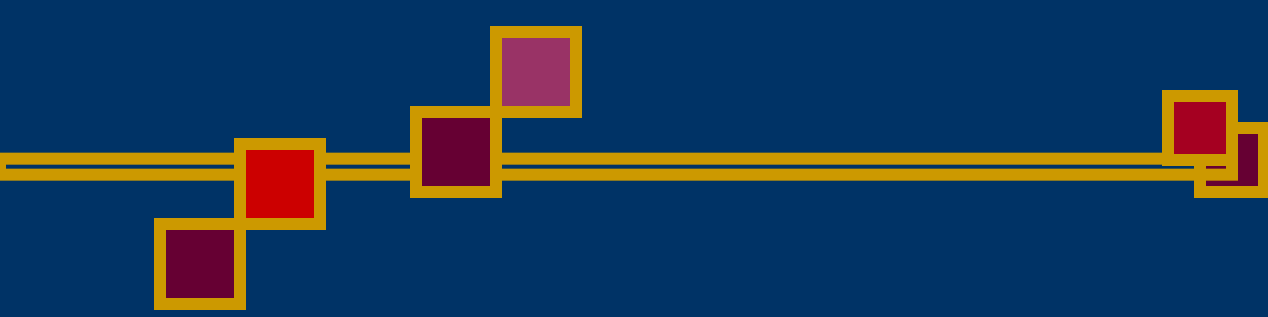
Recomendación B



Sin embargo:

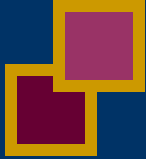
- ✓ **RMN lleva más tiempo que la TAC**
 - ✓ **Se requiere remover objetos metálicos para su realización (Ej. Respirador, bombas de inyección, etc.)**
- 

Por lo anterior es que no se suele usar como rutina para diagnóstico en PA



6.

**¿Son útiles las RX de
tórax y abdomen para el
diagnóstico de PA?**

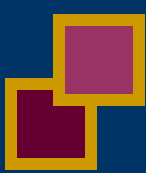




RX Abdomen

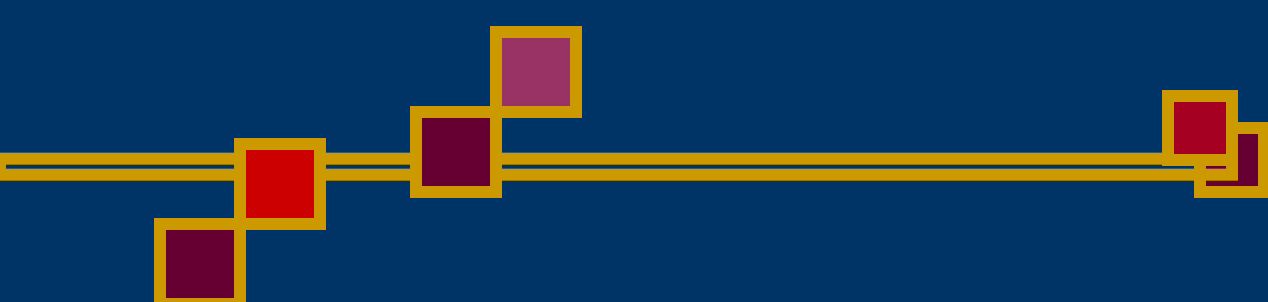
- ✓ Íleo
- ✓ Asa centinela
- ✓ Colección con gas retroperitoneal
- ✓ Cálculos calcificados
- ✓ Pancreatolitiasis

Nivel Evidencia ?



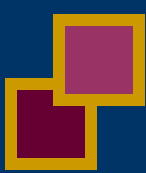
RX Tórax

- ✓ Derrame pleural
- ✓ SDRA
- ✓ Neumonía

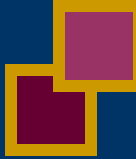
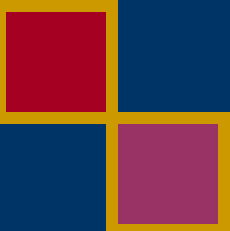
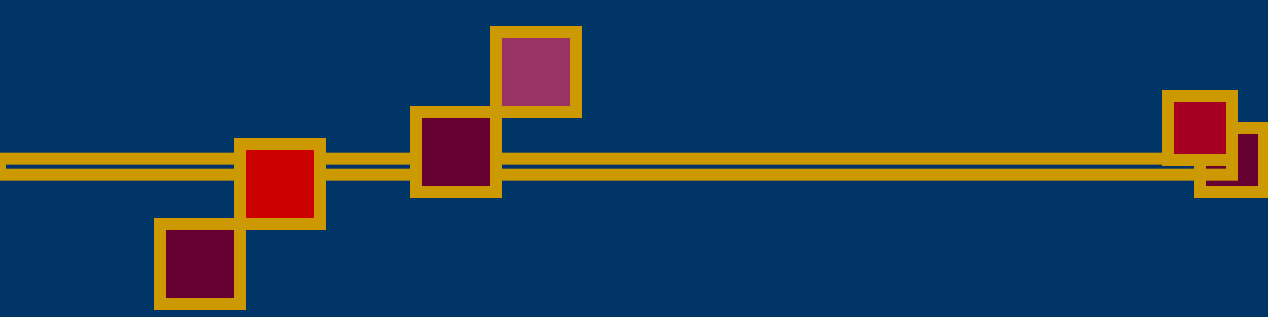


Sin embargo:

Rx tórax y abdomen son necesarias:

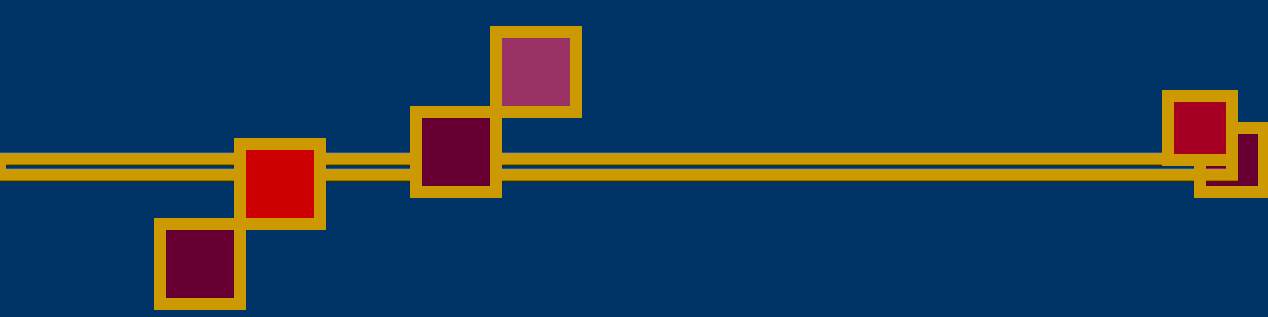
- ✓ Evaluar el curso inicial de la PA
 - ✓ Diag. diferencial con otras enfermedades abdominales (Ej. Úlcera perforada)
- 

Nivel Evidencia ?



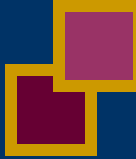
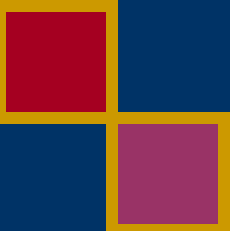
✓ Cuando la PA se sospecha, la Rx de tórax y abdomen debe ser realizada para chequear la presencia de cualquier hallazgo anormal causado por la PA

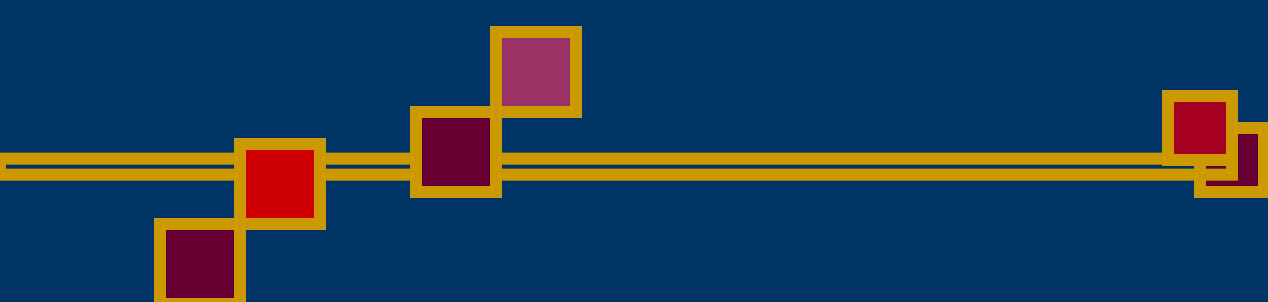
Recomendación A?



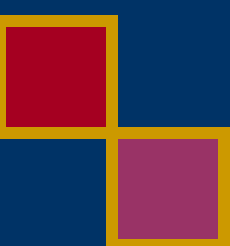
7.

¿Es necesario hacer el diagnóstico de la etiología específica de cada caso?

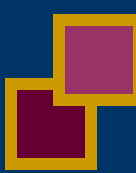


- 
- ✓ **Hacer siempre ECO de inicio para ver hallazgos anormales asociados a la etiología de la PA: litiasis o dilatación biliar.**

Nivel Evidencia I-II

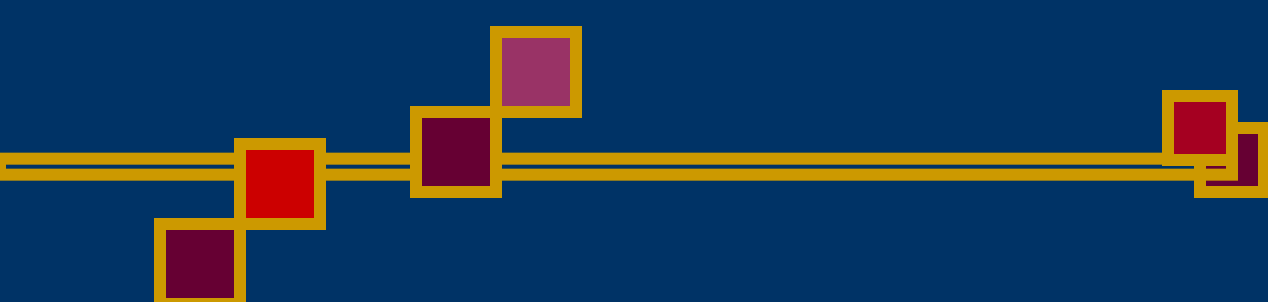
- 
- ✓ **En PA biliar: realizar ERCP en caso de coledocolitiasis, dilatación VB, ictericia, desordenes hepáticos**

Nivel Evidencia ?



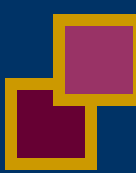
- ✓ **La ECO Endoscopía es mejor que la ECO y la TAC para el diagnóstico de litiasis coledociana**

Nivel Evidencia II



✓ La etiología de la PA puede tener un crucial impacto en la **política de tratamiento como en la severidad**, por lo que debe ser determinada pronto y certeramente

✓ Es importante **diferenciar la PA biliar** en donde se debe tratar el árbol biliar, **de las demás etiologías** de la PA, que requieren otras formas de tratamiento.



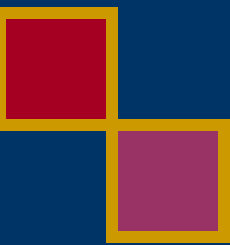
Recomendación A



CONCLUSIONES

1. Hacer HC y examen físico siempre

Recomendación A



2. Pedir Niveles séricos de lipasa o amilasa siempre

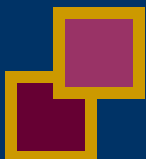
Recomendación A

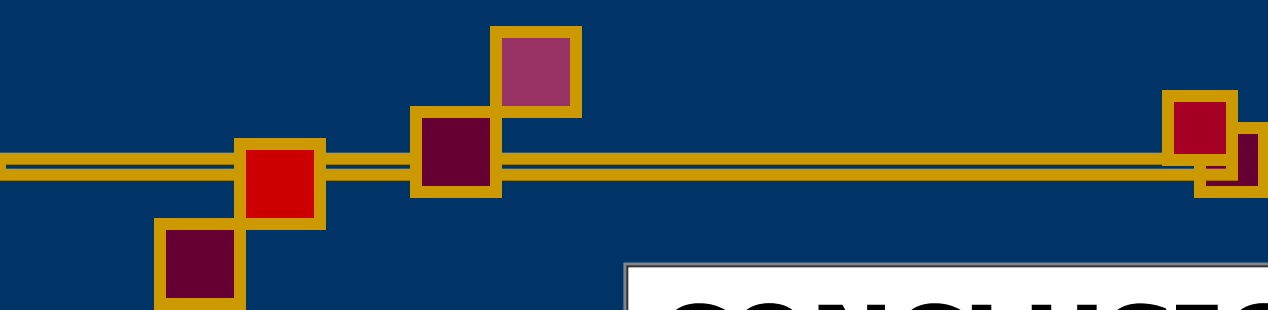
3. Pedir ECO Abdomen siempre

Recomendación A

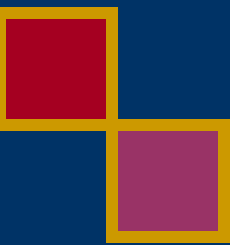
4. Pedir TAC Abdomen cuando el diagnóstico de PA no puede ser establecido con la clínica, el laboratorio y la ECO o cuando la etiología de la PA es desconocida.

Recomendación B





CONCLUSIONES



El diagnóstico de PA se obtiene sumando al menos **dos de los siguientes criterios:**

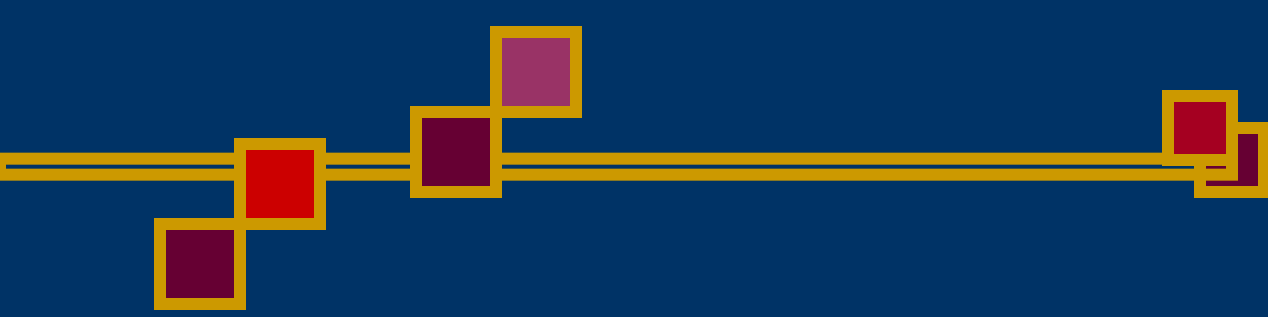
- 1. Dolor abdominal y defensa en HAS.**
 - 2. Niveles elevados de enzimas pancreáticas en sangre.**
 - 3. Hallazgos anormales en imágenes del páncreas asociadas a PA.**
- 



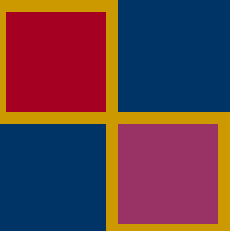
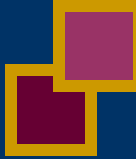
CONSENSO

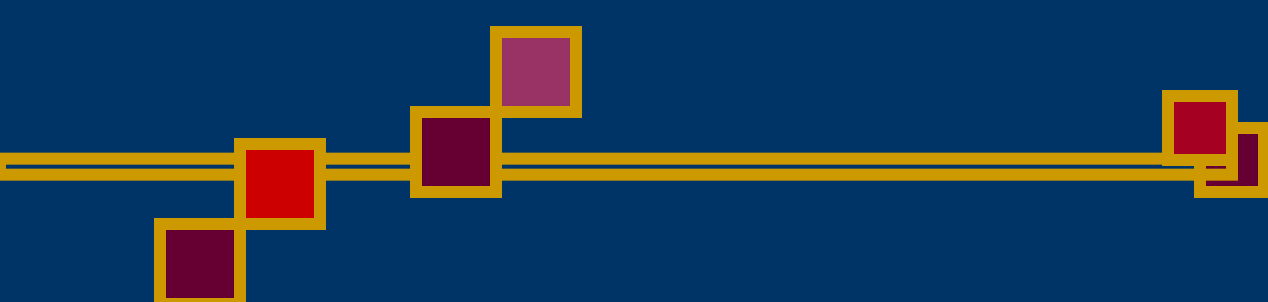
“Tratamiento de la Pancreatitis Aguda”

1.
**Criterios de severidad de la
PA?**

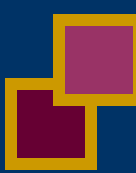


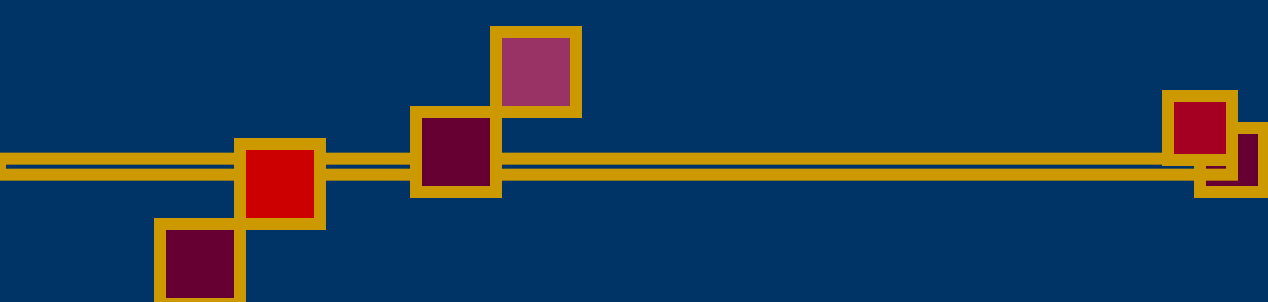
Al Ingreso:

- 
- ✓ **Valoración Clínica (Respiratoria-Renal-Cardiovascular)**
 - ✓ **RX: derrame pleural**
 - ✓ **TAC: 30% o más de necrosis pancreática**
 - ✓ **Indice masa corporal: > 30 (peor > 40)**
 - ✓ **APACHE II: > 8**
 - ✓ **Presencia de fallo de órgano**
- 

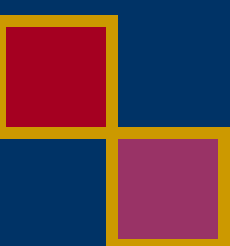
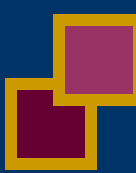


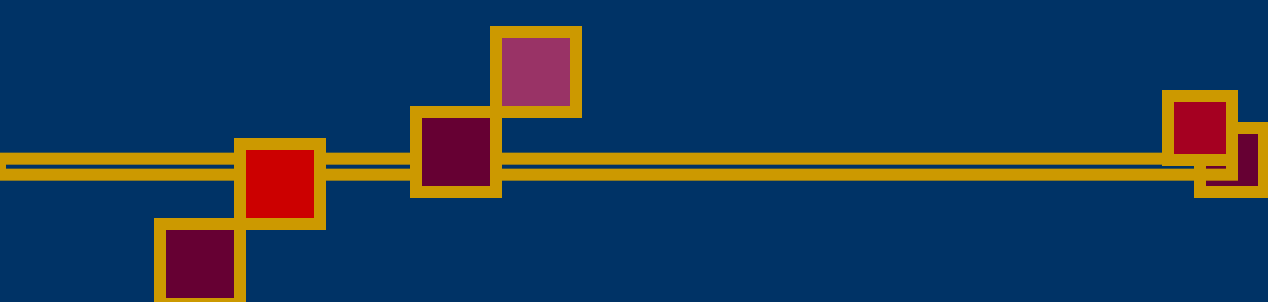
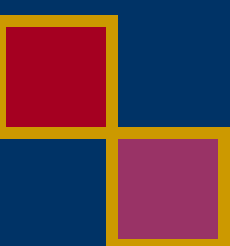
A las 24 hs.:

- ✓ **Glasgow 3 o más**
 - ✓ **Proteína C reactiva > 150 mg./L**
- 

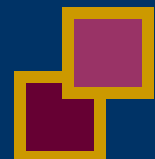
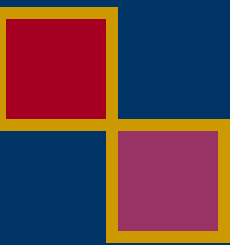
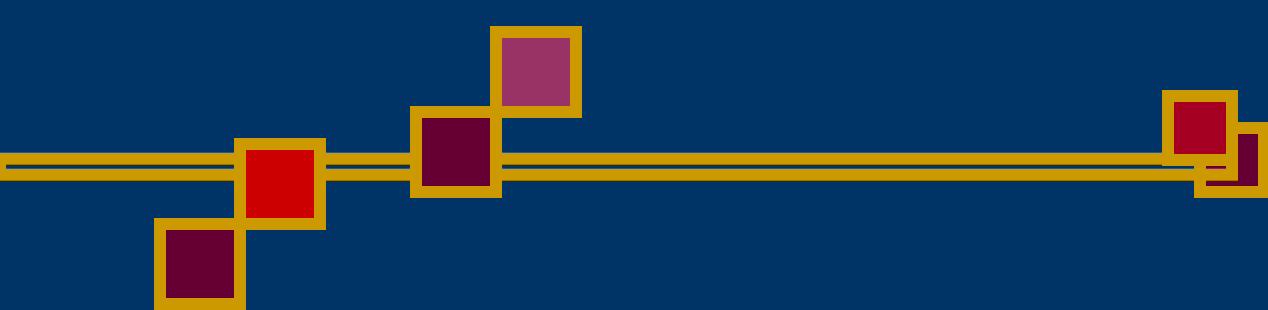


A las 48 hs.:

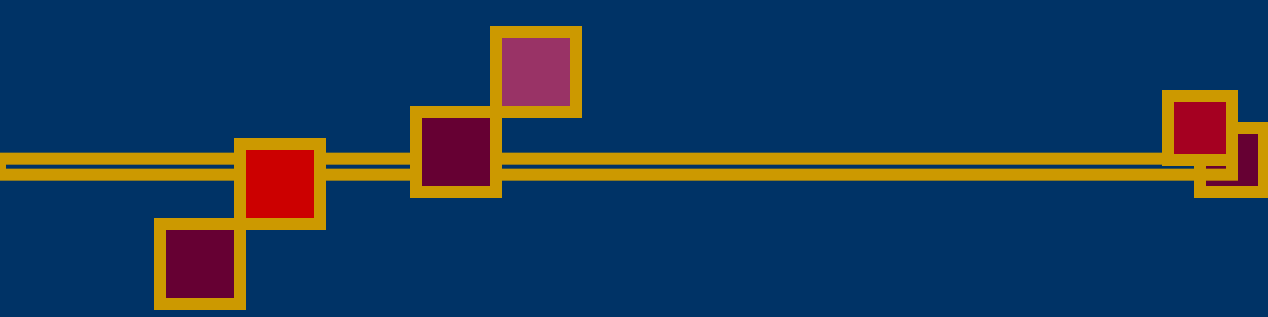
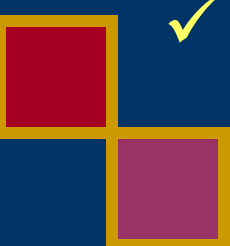
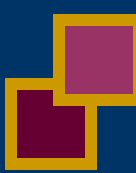
- 
- ✓ Glasgow 3 o más
 - ✓ Proteína C reactiva > 150 mg./L
 - ✓ **APACHE II > 8**
 - ✓ **FOM o progresión de la falla**
- 

- 
- 
- 
- ✓ Todos los pacientes con diagnóstico de PA deben ser estadificados según gravedad, ya que serán diferentes los cuidados que recibirán los enfermos.

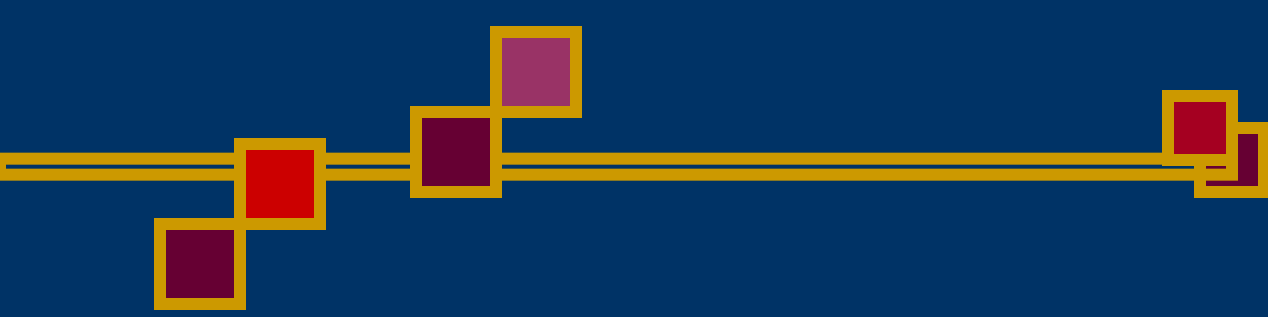
NIVEL V (Consenso)
RECOMENDACIÓN "C"



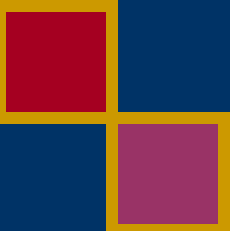
2. Condiciones de los centros de atención?

- 
- 
- 
- ✓ **No existen RCT que comparen sitios de internación**
 - ✓ **British Society of Gastroenterology recomienda atender a los enfermos con PA Grave en centros Especializados:**

- **Cirujanos**
- **Gastroenterólogos**
- **Radiólogos**
- **Intensivistas**
- **Endoscopistas (ERCP)**

- 
- ✓ **La mayoría de las PA son leves o moderadas y solo el 10-20 % desarrollan formas severas o graves**

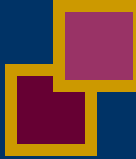
NIVEL I

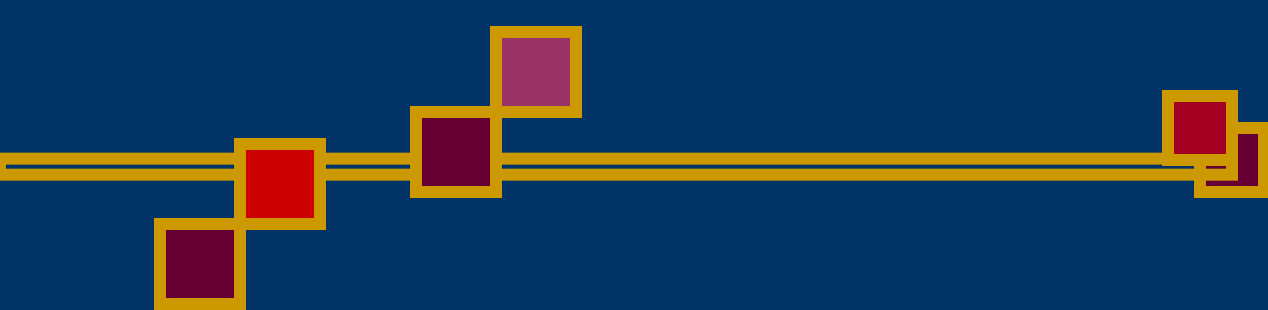
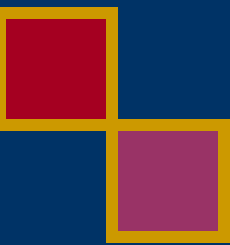
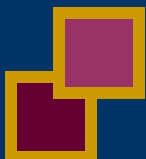
- 
- ✓ **Solo las formas graves suelen tener una alta morbi-mortalidad**

NIVEL I

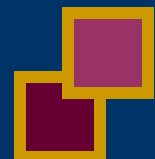
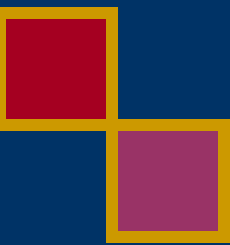
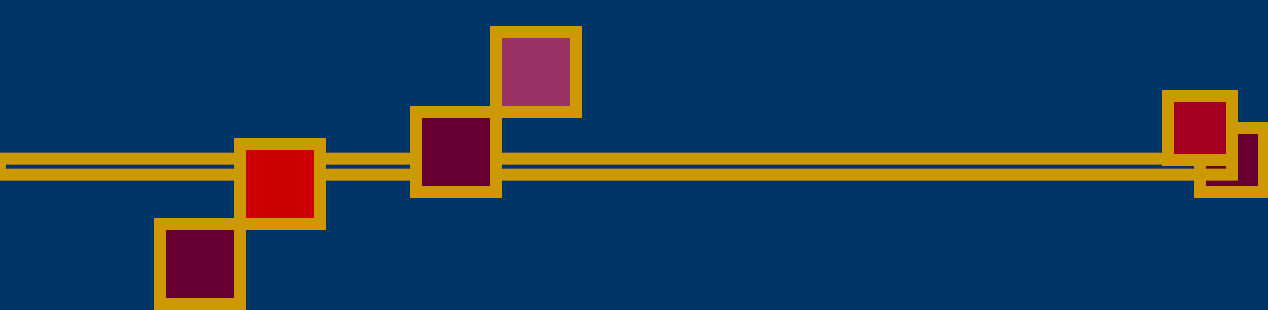
- ✓ **Los pac. con PA Grave tienen alta posibilidad de muerte**

NIVEL I

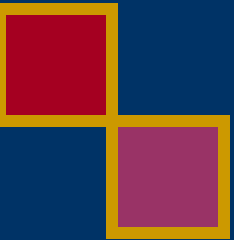
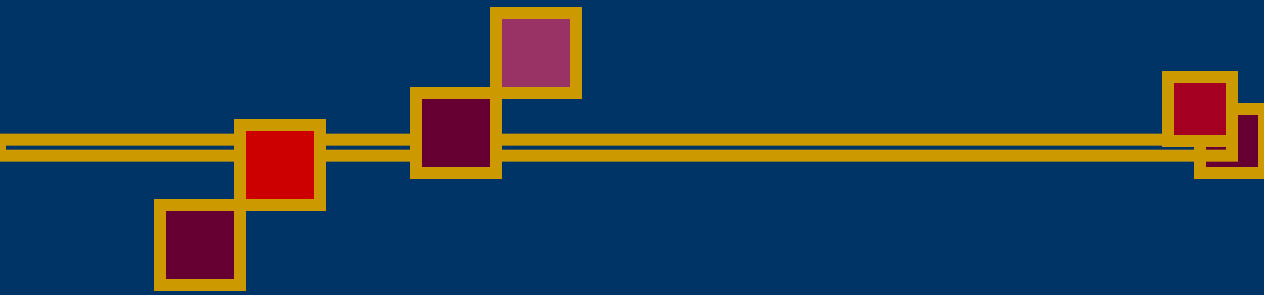


- 
- 
- 
- ✓ **Los pacientes con PA Graves deben ser manejados en UCI con completo monitoreo y soporte de sistemas.**

RECOMENDACIÓN B

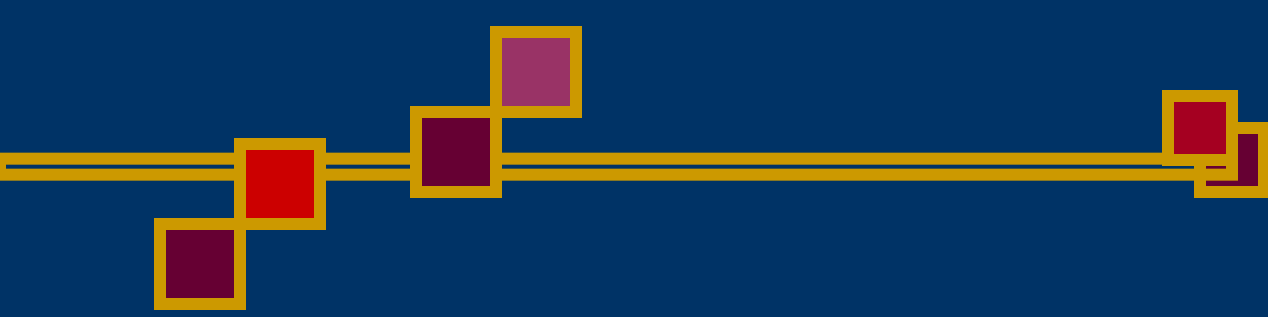
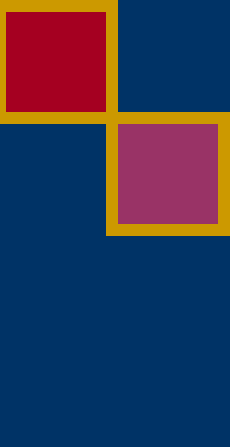


TRATAMIENTO MEDICO DE LA “PANCREATITIS AGUDA”

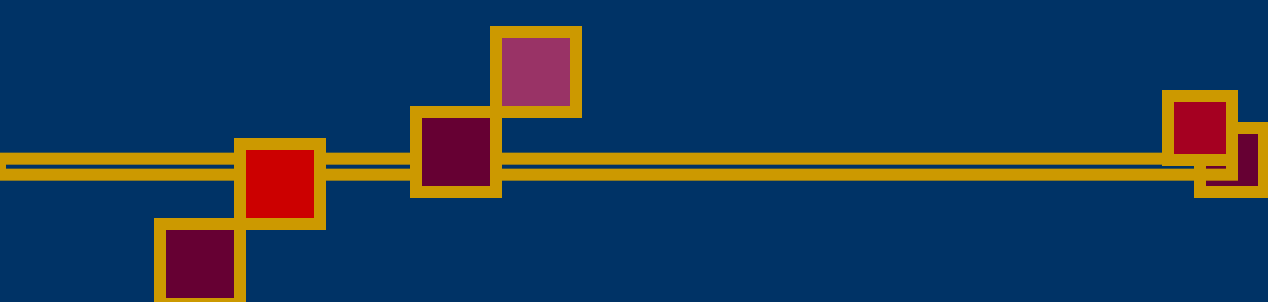
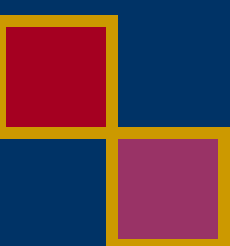


3.
**Es importante la
REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS
en la atención inicial de la PA?**

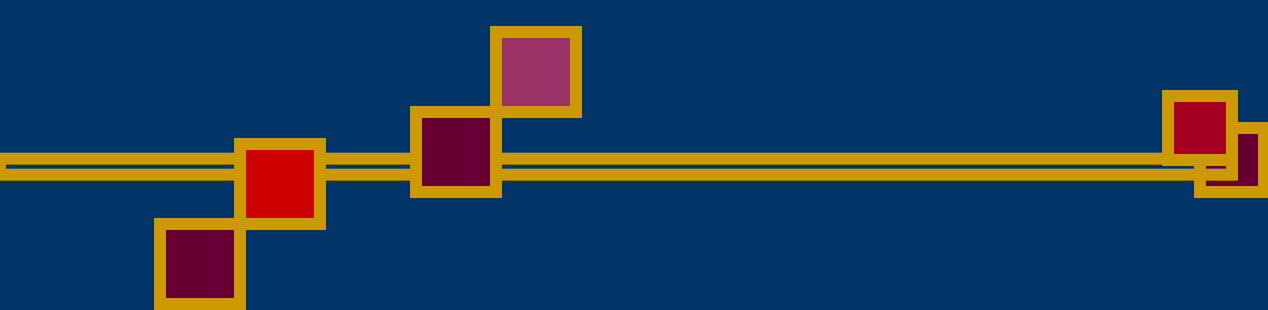


- 
- ✓ En PA aumenta la permeabilidad vascular
 - ✓ En PA Grave con ascitis, derrame pleural, edema mesentérico y retroperitoneal hay pérdida marcada del volumen plasmático
 - ✓ La hipovolemia puede llevar al shock y falla renal
- 

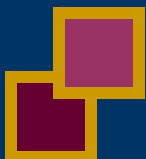
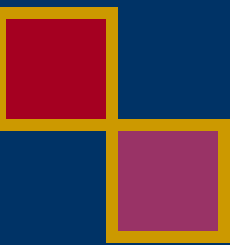
NIVEL I

- 
- 
- 
- ✓ El shock hipovolémico empeora la microcirculación pancreática, promoviendo isquemia y necrosis de la glándula
 - ✓ Solución salina o Ringer Lacatato son los más recomendados

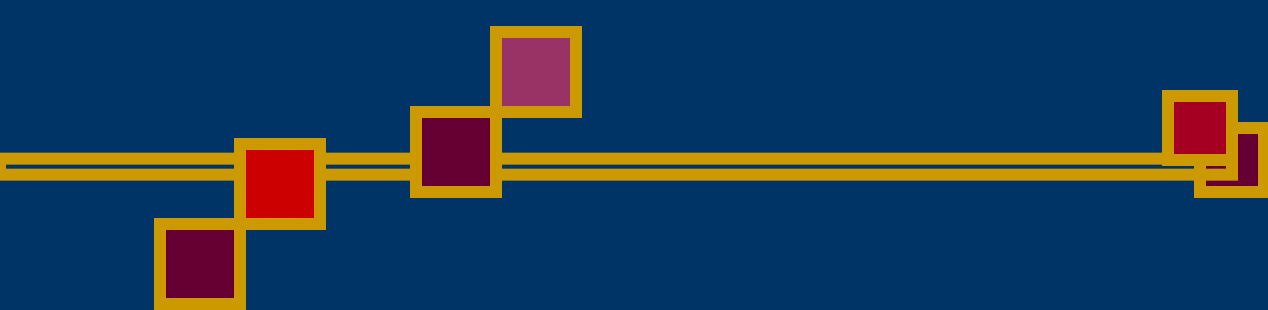
NIVEL I



Debe administrarse un adecuado volumen de líquidos para reponer los déficit y luego para mantener los requerimientos basales.

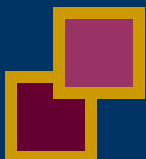


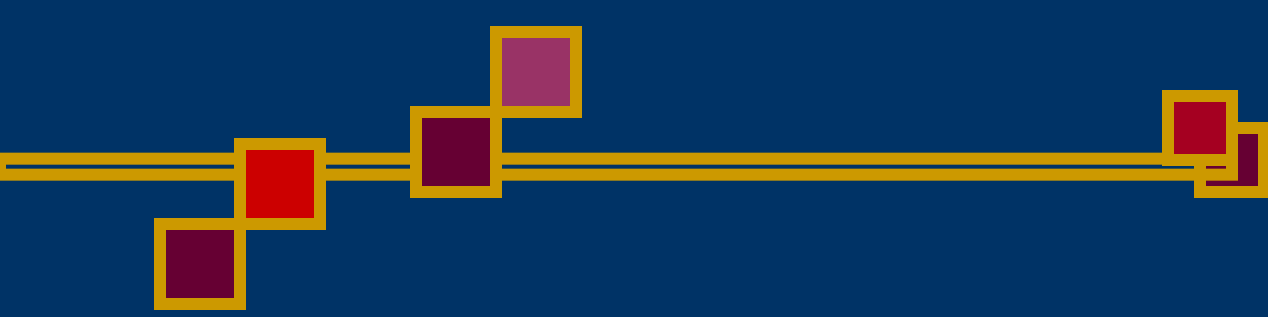
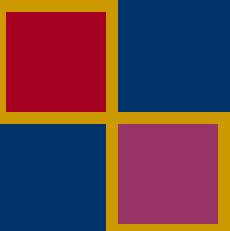
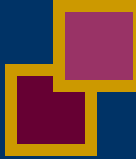
Recomendación A



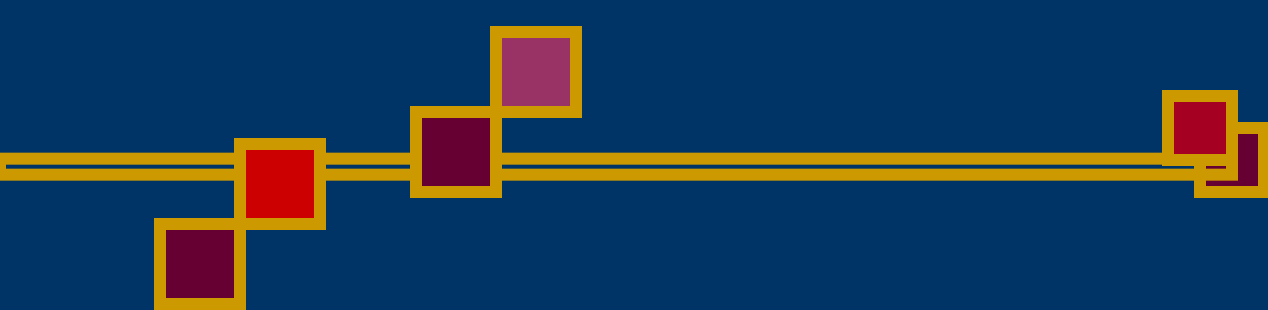
4.

**¿Es el CONTROL DEL DOLOR con
analgésicos importante en el
tratamiento de la PA?**



- 
- 
- 
- ✓ En general la PA se acompaña de dolor abdominal severo persistente.
 - ✓ El dolor puede causar ansiedad y efectos adversos como el distres respiratorio

NIVEL I

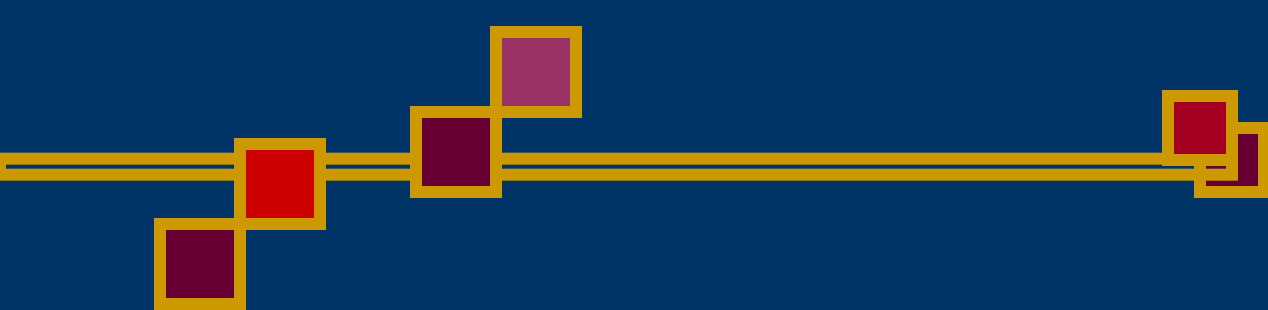


Realizar un buen esquema analgésico es crucial para el tratamiento de la PA.

Se recomienda el uso de analgésico opiáceos (Ej. meperidina) con excepción de la morfina.

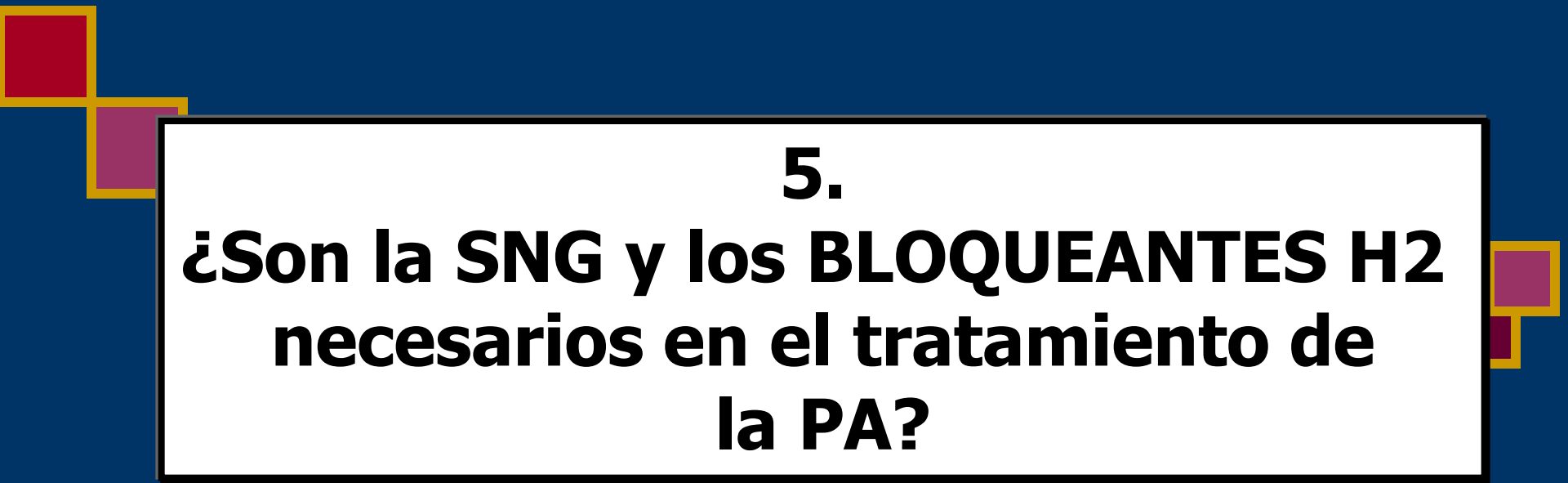


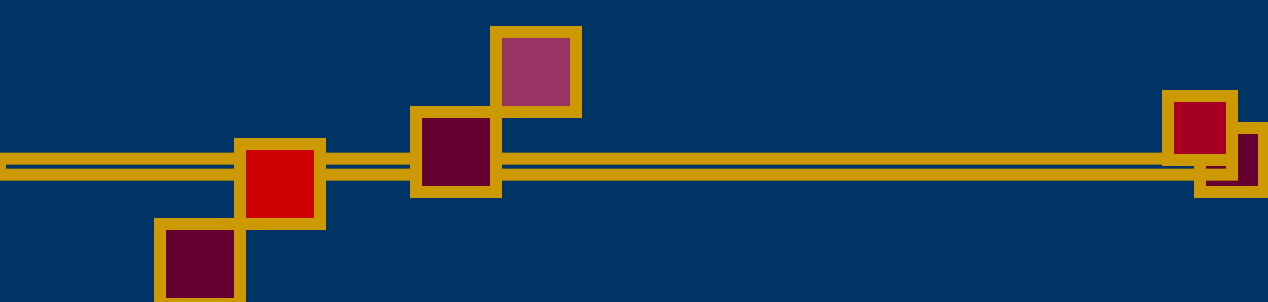
Recomendación A



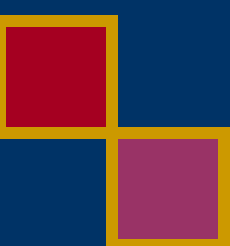
5.

**¿Son la SNG y los BLOQUEANTES H2
necesarios en el tratamiento de
la PA?**

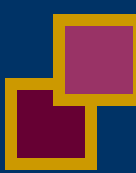


- 
- ✓ **No hay estudios definitivos en humanos que avalen la utilidad de la SNG en PA**

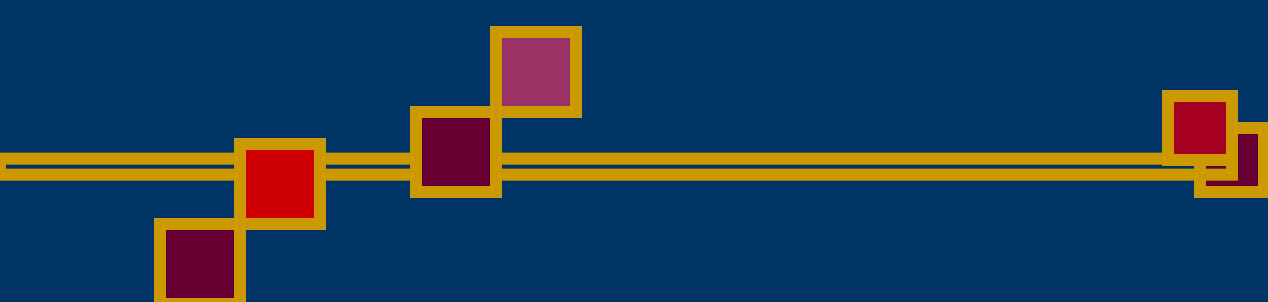
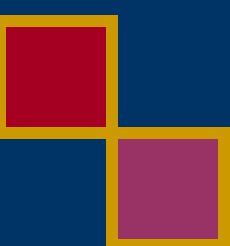
NIVEL V

- 
- ✓ **En PA leve-moderada la SNG no mostró mejoría en por Ej. alivio del dolor, estadía hospitalaria**

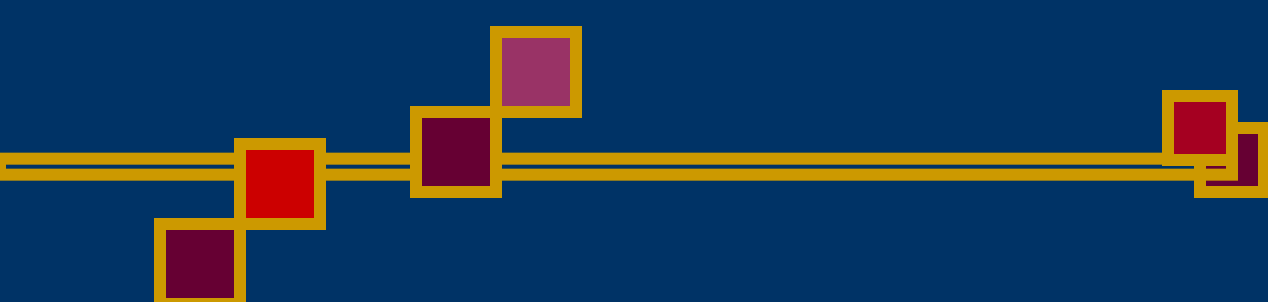
NIVEL I

- 
- ✓ **No hay reportes acerca de que los bloqueantes H2 mejoren el curso de la PA, sin embargo su uso debe considerarse cuando los pac. con PA desarrollan úlceras de estrés o lesiones agudas de la mucosa gástrica**

NIVEL V

- 
- 
- 
- ✓ La SNG no es necesaria colocarla de rutina en el tratamiento de la PA, a menos que exista íleo paralítico y/o vómitos frecuentes.
 - ✓ Los bloqueantes H2 no son necesarios, a menos que el paciente desarrolle úlcera de estrés.

Recomendación C



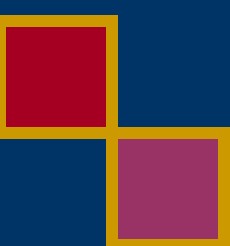
6.

¿Es importante el uso de:

- ✓ **Inhibidores de proteasa**
(Aprotinin y Gabexate Sintético**)**
 - ✓ **Antag. del Factor Activ. de Plaq.**
(Lexipafant)
- en el tratamiento de la PA?**
- 

- 
- ✓ La comparación entre aprotinin vs. SF no mostraron diferencias en la evolución de la PA

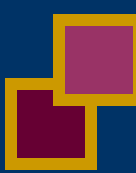
Nivel I

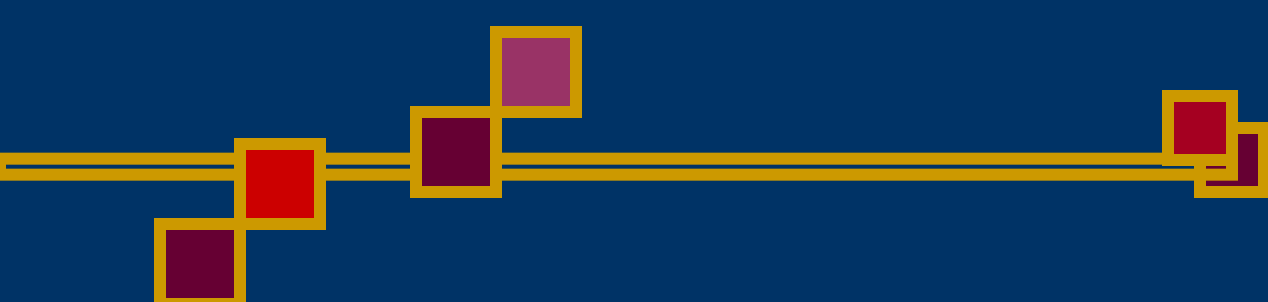
- 
- ✓ Un solo estudio RCT (NIVEL I) donde se usó el Gabexate a altas dosis EV desde el inicio por 7 días en PA grave mostró reducción en la morbi-mortalidad de la PA

Nivel I

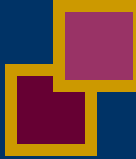
- ✓ Un meta análisis de Claviem PA, no demostró beneficios en e uso del Lexipafant

Nivel I



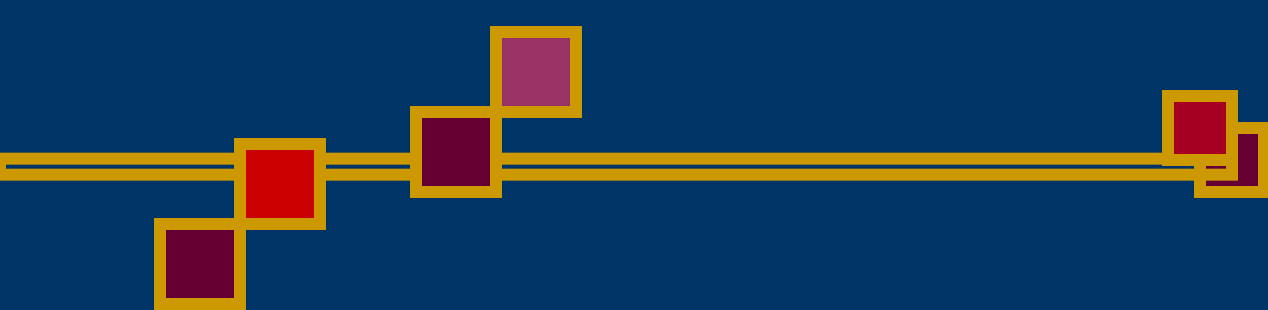
- 
- ✓ **No se puede recomendar el uso de Aprotinin ni de Lexipafant en el tratamiento de la PA.**

Recomendación A

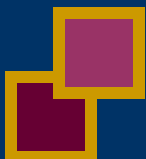
- ✓ **La infusión continua de altas dosis de Gabexate reduce la incidencia de complicaciones en la fase temprana de la PA Grave .**
- 

Recomendación B

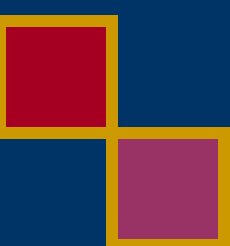
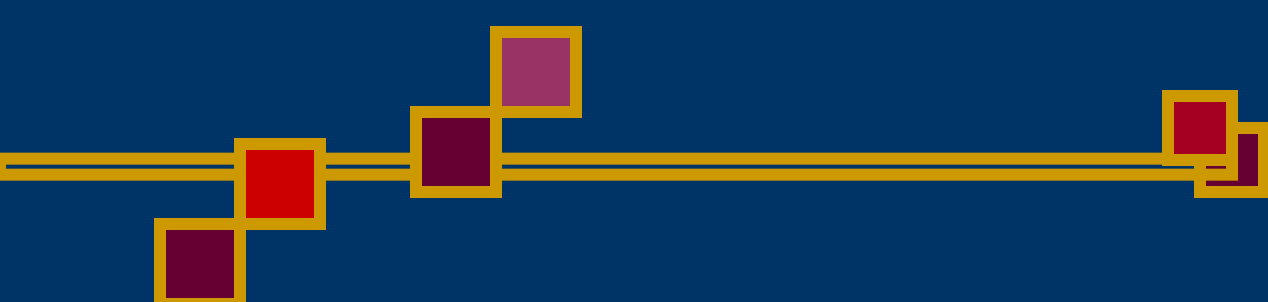
7.
**¿El OCTREOTRIDE
reduce la morbi-mortalidad
en pacientes con PA Severa?**



Meta análisis revelan:

- ✓ No reducción necesidad de cirugía
 - ✓ No reducción tasa de sepsis
 - ✓ No reducción tasa global de complicaciones
- 

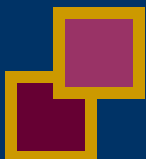
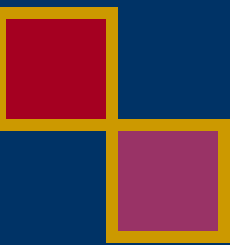
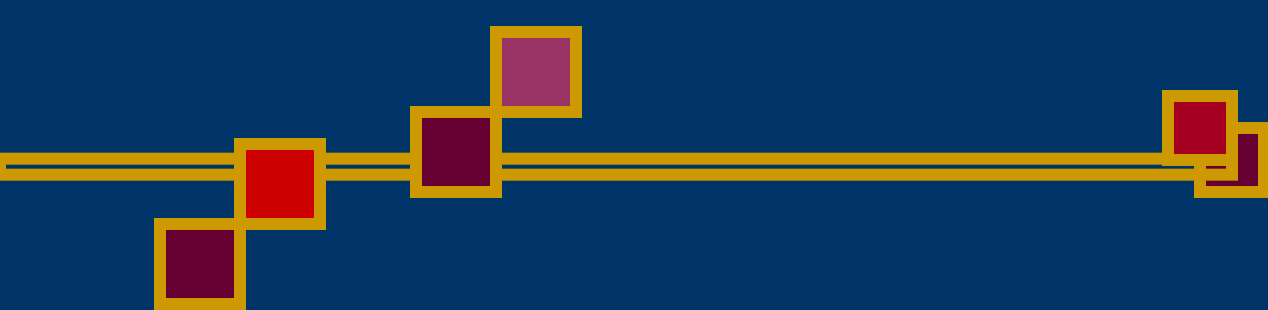
Nivel I



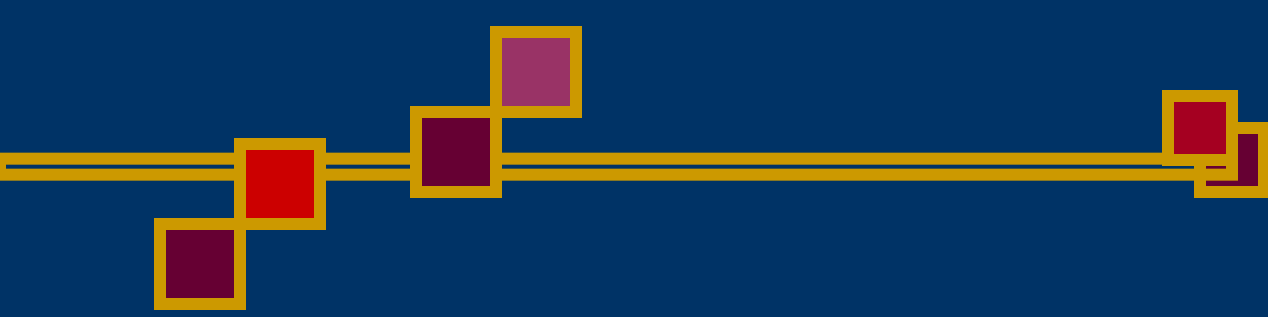
✓ El uso rutinario de Octeotride
es no recomendado en el
tratamiento de la PA Grave



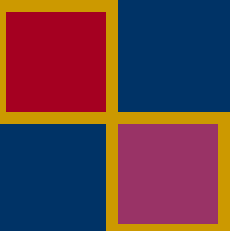
Recomendación A



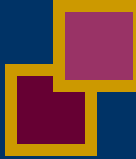
8.
**¿Es necesario NUTRIR
precozmente
a los pacientes con PA?**

- 
- ✓ La PA condiciona un estado hipercatabólico que lleva a una rápida pérdida del peso corporal, grasas y preteinas.

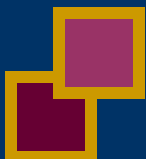
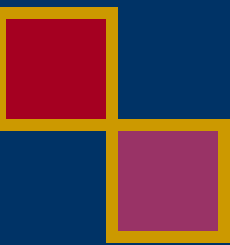
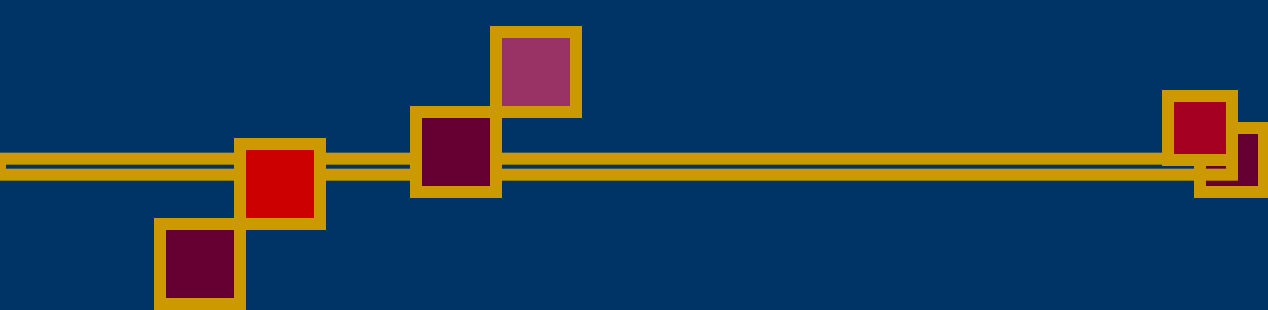
Nivel I

- 
- ✓ El soporte nutricional es parte integral del cuidado de los pac. con PA

Nivel I

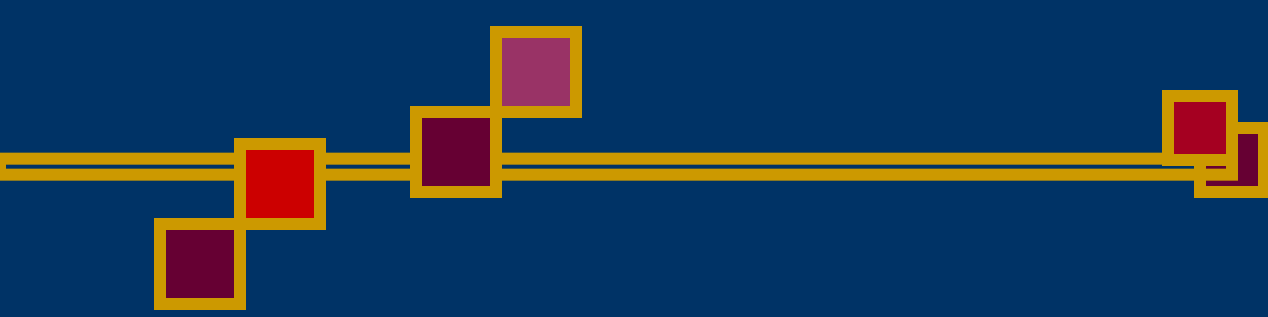
- 
- ✓ PA leves (80%) no requieren soporte nutricional, ya recobrarán su alimentación oral en el transcurso de la primer semana

Nivel I



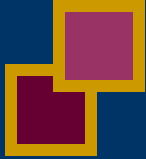
✓ Se recomienda iniciar nutrición lo más precoz que se pueda, en los casos de PA Grave

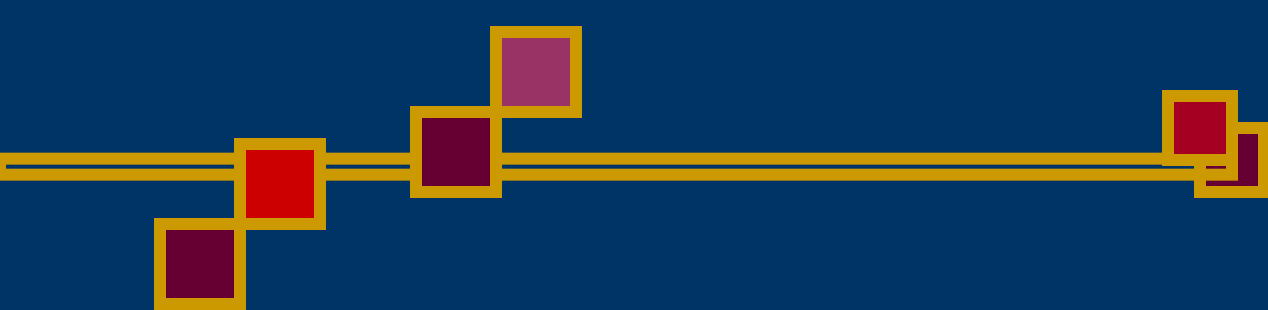
Recomendación A

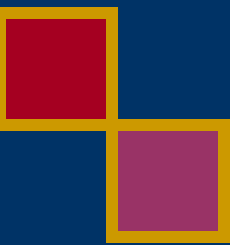


9.

**¿Es la NE superior a la NPT
en casos de PA Grave?**

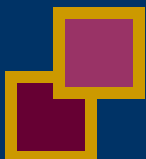


- 
- ✓ **En estado de ayuno, la mucosa yeyunal se atrofia. La misma se puede preservar realizando NE**

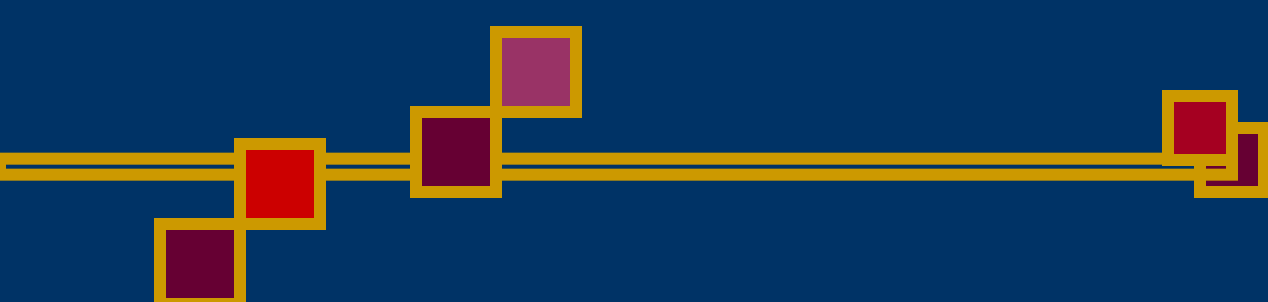


Nivel I

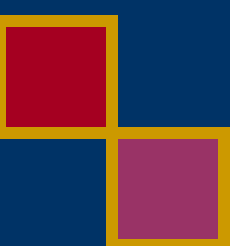
- ✓ **Como la infección de la necrosis pancreática es a través del tracto gastrointestinal, la NE puede reducir la incidencia de esta severa complicación**



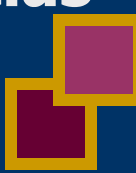
Nivel I

- 
- ✓ En NE se prefiere la naso-yeyunal, ya que evitaría el estímulo sobre el páncreas

Nivel I

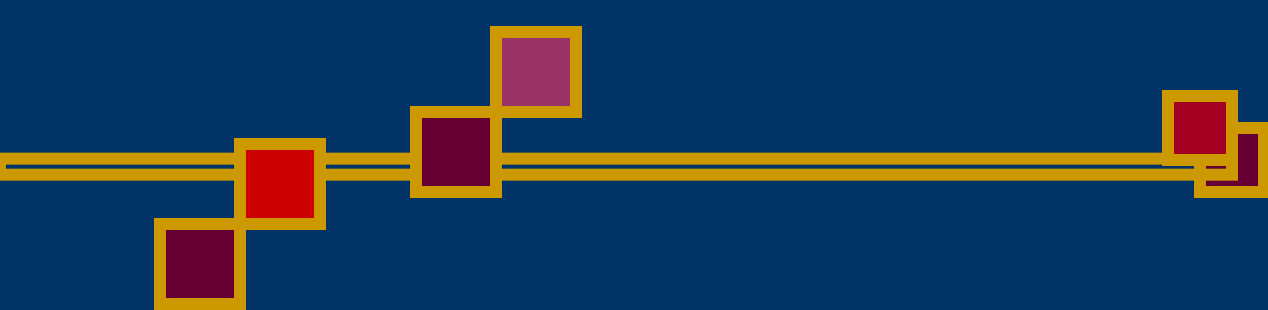
- 
- ✓ Sin embargo Eatock et al. no reportó diferencias al comparar NE por SNG vs. NY en PA grave

Hay un solo estudio de NIVEL Ib

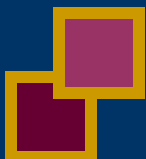


- ✓ NE suplementada con probióticos (lactobacillus) puede disminuir las complicaciones sépticas

Hay un solo estudio de NIVEL I

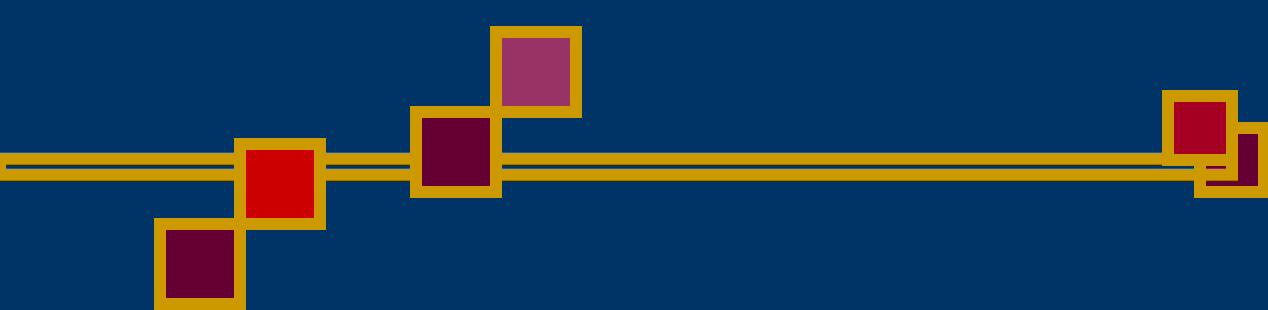
- 
- ✓ **Comparada NE vs. NPT: no hay diferencia en FOM o mortalidad, pero la infección del catéter central y la sepsis fueron menores en la NE.**

Nivel I

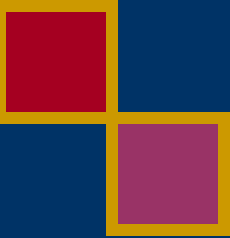


- ✓ **La NE vs. NPT es menos costosa**

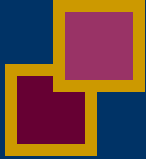
Nivel I

- 
- ✓ El uso de NE precoz es superior a la NPT en casos de PA Grave

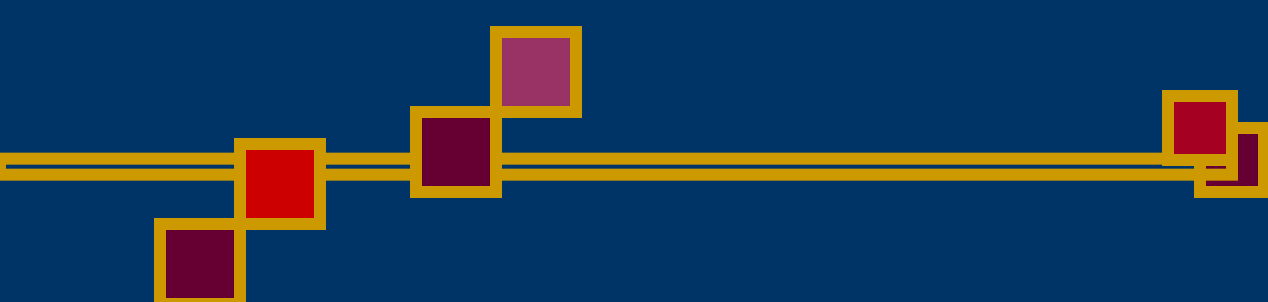
Recomendación A

- 
- ✓ La NE es preferible realizarla por SNY aunque la SNG se puede considerar como una opción

Recomendación B

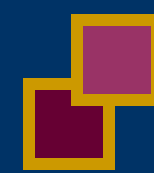
- 
- ✓ Reservar la NPT para casos en que la NE no sea tolerada o se requiera su complemento

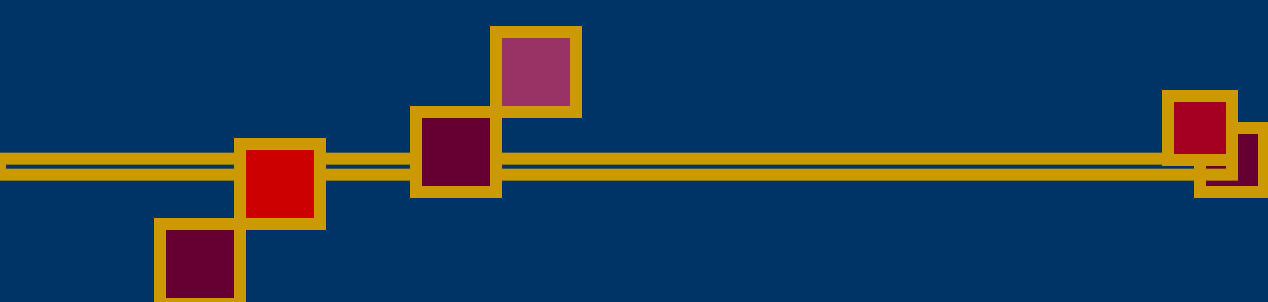
Recomendación A



10.

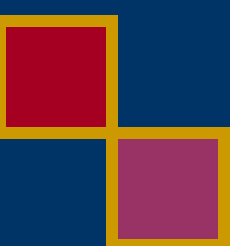
**¿Es necesaria la profilaxis
ATB para prevenir la
infección en las PA?**





✓ La infección pancreática y extra-pancreática es la determinante de la muerte en la PA Grave

Nivel I

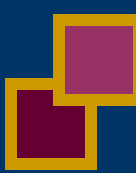


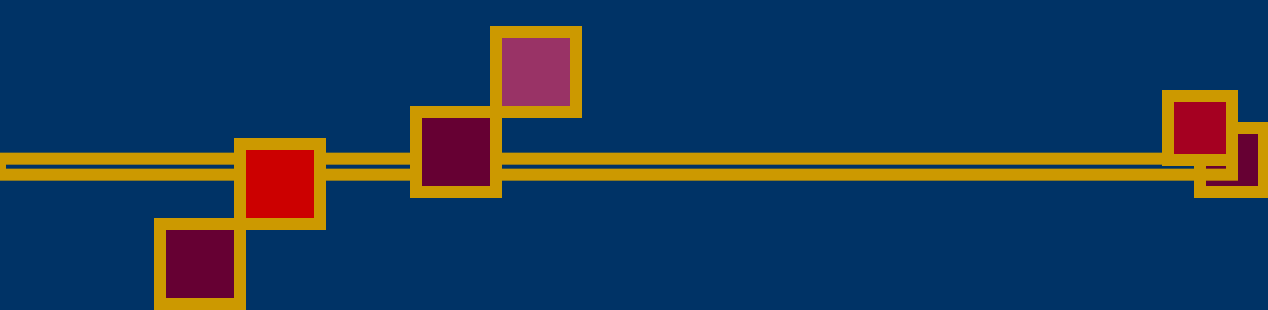
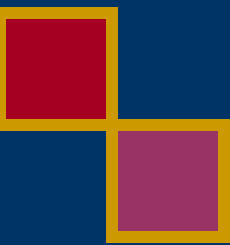
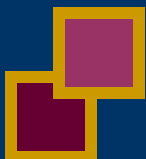
✓ No está demostrado que la profilaxis ATB disminuya su incidencia en forma significativa

Nivel I

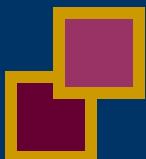
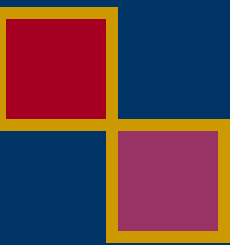
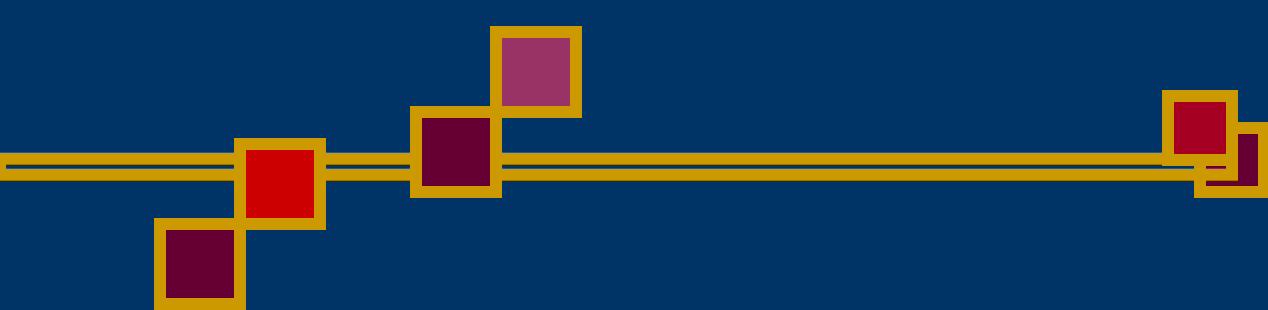
✓ La necesidad de intervención quirúrgica y la tasa de mortalidad no disminuye con la profilaxis ATB

Nivel I



- 
- 
- 
- ✓ La profilaxis con ATB de amplio espectro con buena penetración en tejido pancreático NO es necesaria para prevenir la infección en PA Grave

Recomendación A



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA

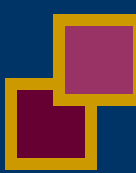
“PANCREATITIS AGUDA”



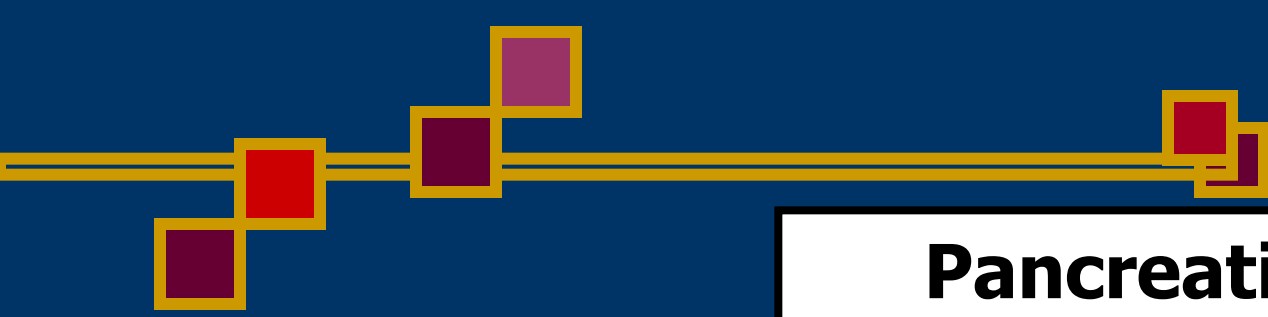
¿Que tratamos en Pancreatitis Aguda?

1. Causa

2. Lesiones Locales



3. Complicaciones Locales



Pancreatitis Aguda

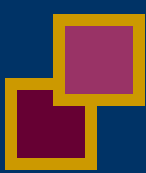
Causa

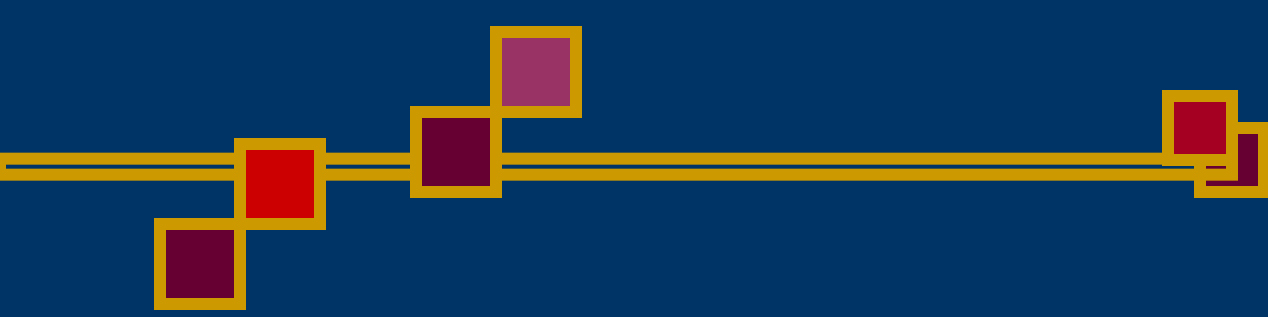
- **Litiasis Vesicular y Coledociana**

Lesiones Locales

- **Colecciones Líquidas Agudas**
- **Necrosis Pancreática Estéril**

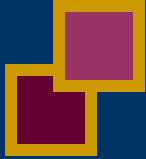
Complicaciones Locales

- **Necrosis Pancreática Infectada**
 - **Absceso Pancreático**
 - **Pseudoquiste Agudo**
- 



11.

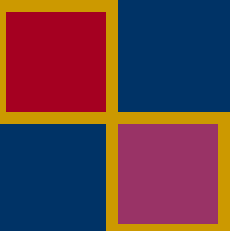
**Que hay que hacer con la
LITIASIS VESICULAR
en casos de PA Biliar?**





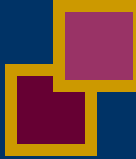
1. La recurrencia de PA en pac. con litiasis vesicular que fueron externados sin tratamiento de la misma, es de 29-63%

NIVEL II



2. La cole. lap. se puede hacer en forma segura luego de un episodio de PA biliar

NIVEL II



3. La tasa de éxito de la laparoscopia es de entre 80-100%, con una tasa de conversión del 0-16%

NIVEL III



1. Existen pacientes que no se hallan en condiciones de ser operados luego del episodio de PA (ASA III-IV)

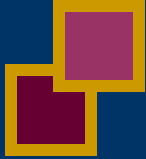
NIVEL II

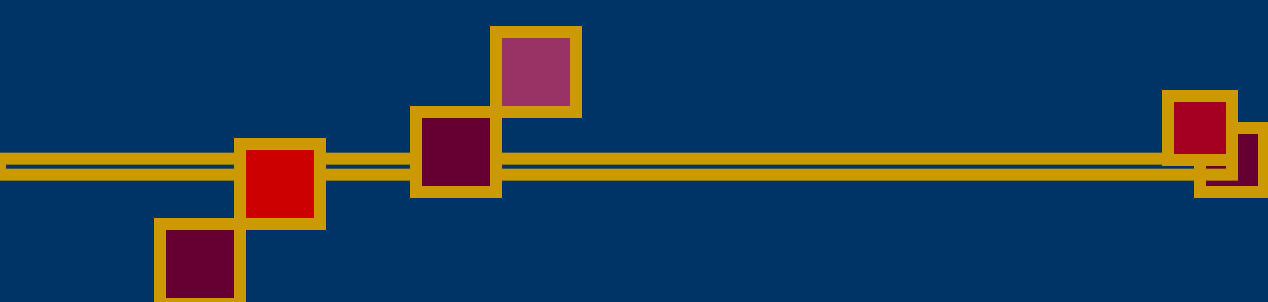
2. En esas circunstancias, la Esfinterotomía Endoscópica (EE) es una opción importante

NIVEL II

3. La EE se programa siempre luego de resuelta la necrosis, por el riesgo de infectar a la misma

NIVEL II

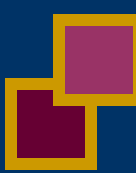




Se debe realizar la colecistectomía
para evitar la recurrencia de la PA

Recomendación B

En **PA leve o moderada** la
colecistectomía debe ser realizada
durante la misma internación, una vez
recuperado el paciente de su ataque,
con **CIO**



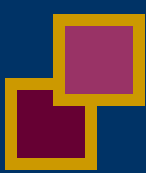
Recomendación B



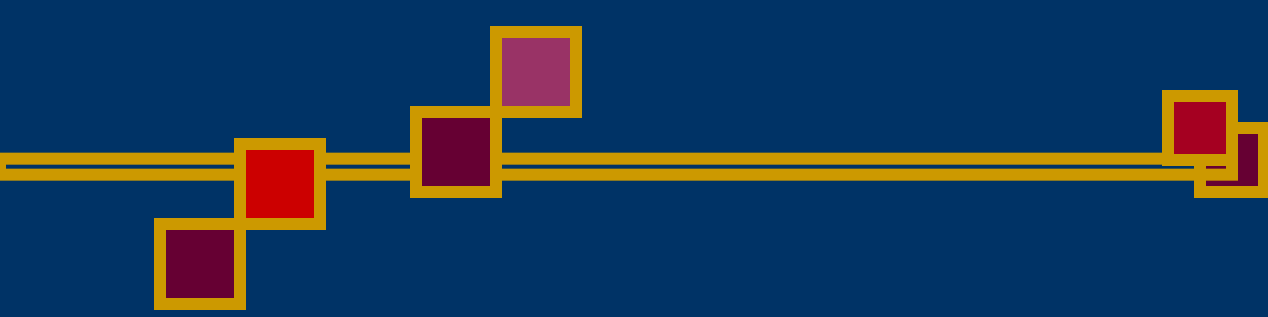
En **PA Grave**, la colecistectomía debe ser realizada cuando halla recuperación clínica completa y resolución de la inflamación

Recomendación B

La **EE** es una alternativa de la colecistectomía, en pac. de alto riesgo (**ASA III-IV**) para disminuir el riesgo de recurrencia de PA Biliar "**Wait-and-see policy**"

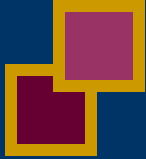


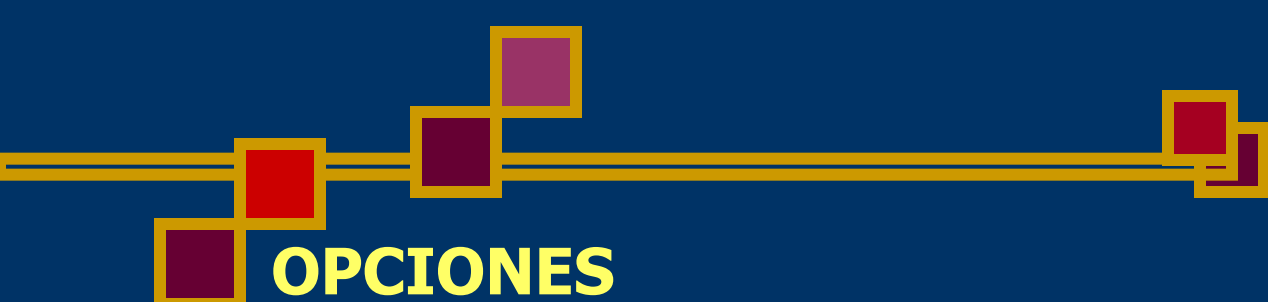
Recomendación B



12.

**Que hay que hacer con la
LITIASIS COLEDOCIANA
en casos de PA Biliar?**

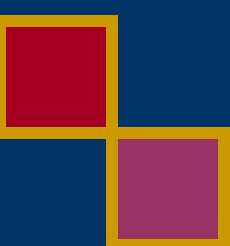




OPCIONES

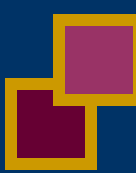
- Colecistectomía con CIO (eventual CPRE)
- Colecistectomía+explor. VB (eventual CPRE)
- CPRE + Colecistectomía

NIVEL II



Si la colecistectomía fue hecha primero,
la CPRE se hará solo si la CIO es (+)

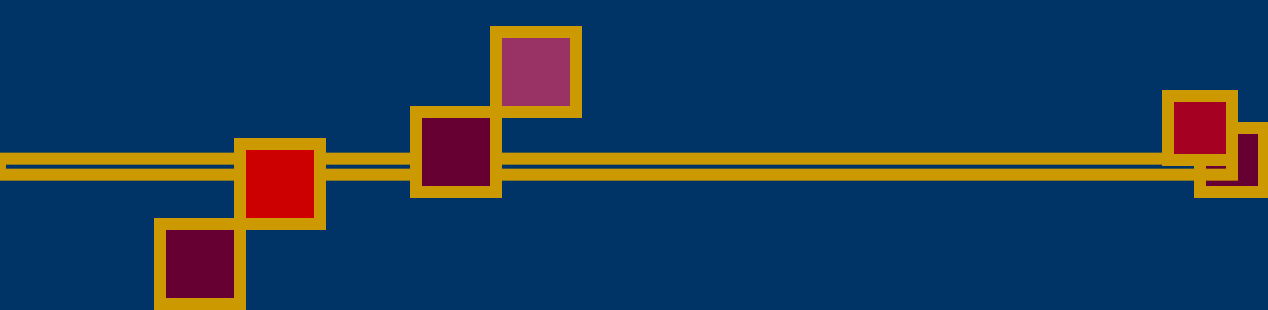
NIVEL II



Realizada la colecistectomía primero,
es menos costoso y con menos estadía
hospitalaria

NIVEL II



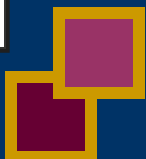


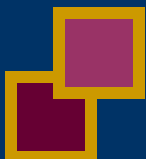
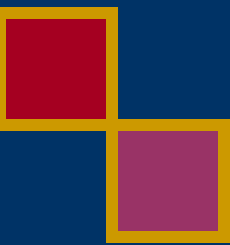
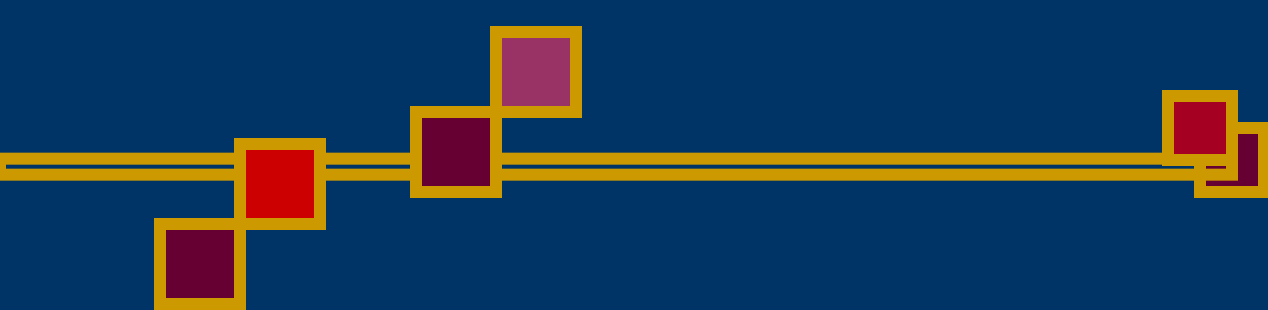
Los pac. con PA leve – moderada, son mejor tratados primariamente con **Col. Lap + CIO.**

Recomendación B

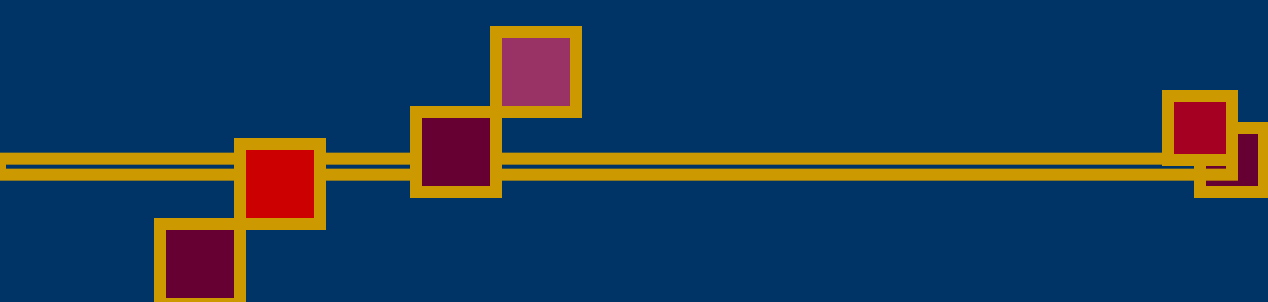
La CPRE+EE se debería realizar en el PO, si la **CIO revela cálculos** o si **falla el tratamiento laparoscópico de los cálculos de la VB**

Recomendación B





13.
Debe realizarse
CPRE+EE de EMERGENCIA
en la
Pancreatitis Aguda Biliar?

- 
- ✓ En recientes años, la endoscopia ha remplazado a la cirugía abierta, para el tratamiento de la litiasis coledociana

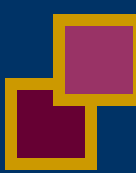
NIVEL II

- ✓ Pero la CPRE+EE puede empeorar el curso de la PA y agregar complicaciones

NIVEL II

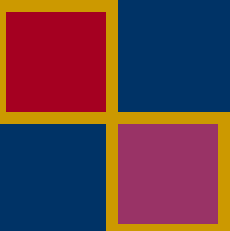
- ✓ Estudios han comparado la CPRE+EE vs. tratamiento conservador o CPRE planeada con intervalo de tiempo

NIVEL I

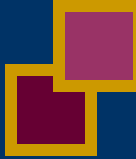


- 
- ✓ Se han observado menor tasa de complicaciones y sepsis, en los casos de **PA Severa** a la cual se le realizó CPRE+EE de urgencia

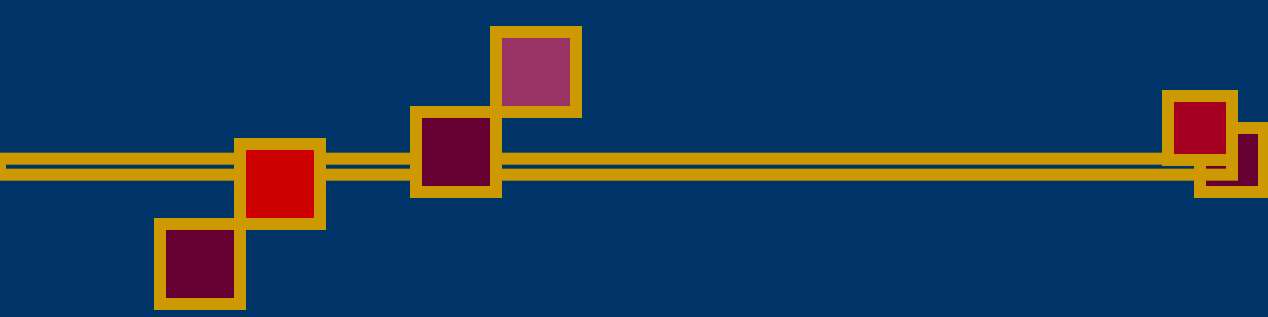
NIVEL I

- 
- ✓ Un meta-análisis demostró menor morbilidad y mortalidad en la CPRE+EE de emergencia vs. planeada con intervalo

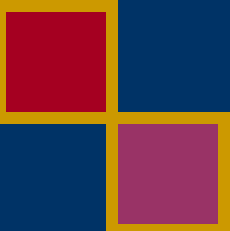
NIVEL I

- 
- ✓ Un meta-análisis (**Neoptolemos, Fan, Folsch**) demostró disminuir la morbilidad y mortalidad con la CPRE+EE de urgencia **en PA Severa**, pero **no en PA leve**

NIVEL I

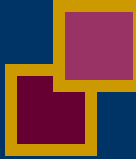


La CPRE+EE de urgencia **no** influye
en el curso de la **PA Biliar Leve**

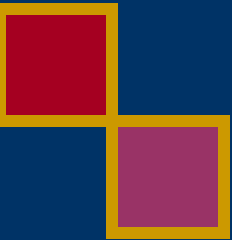
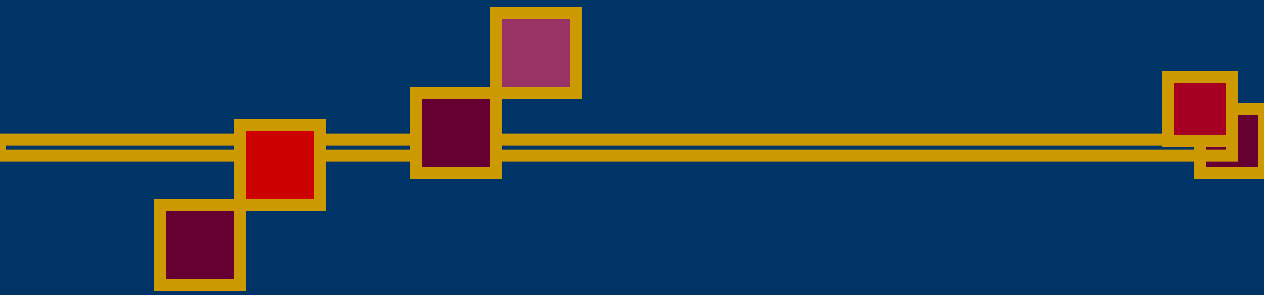


Recomendación A

La CPRE+EE debería ser **considerada**
fuertemente, en pacientes con
PA Biliar Severa al igual que en
pacientes con indicaciones estándar,
como la colangitis

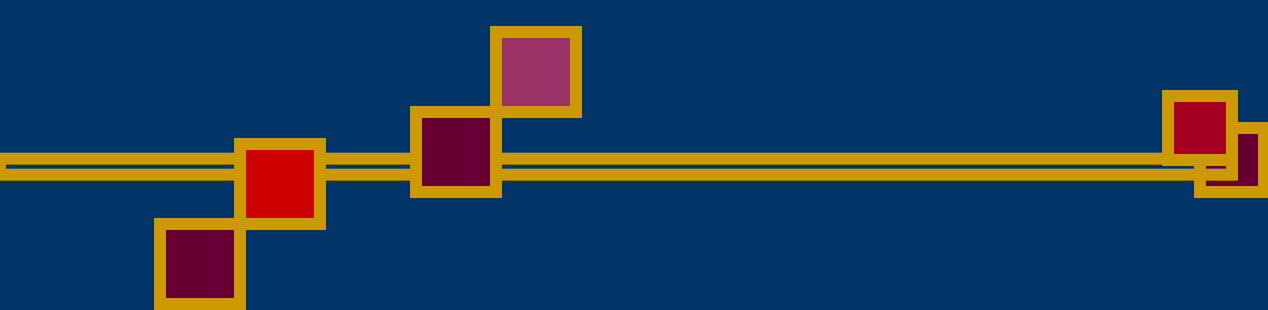


Recomendación A



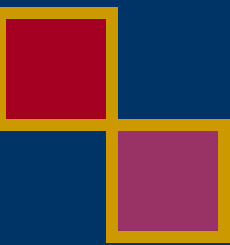
14.
**¿Que hay que hacer con las
COLECCIONES LIQUIDAS AGUDAS?**





El 50% resuelven espontáneamente en las primeras cuatro semanas

NIVEL III

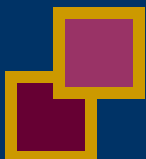


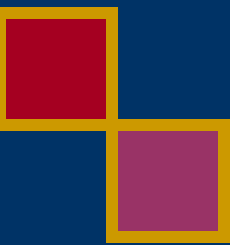
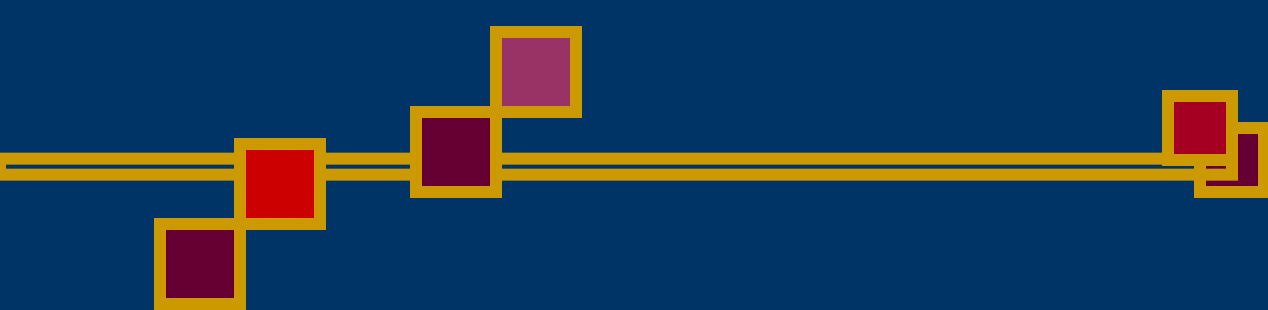
La falla de resolución puede llevar a un Pseudoquiste o Absceso

NIVEL III

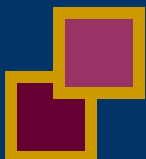
El 50% de los Pseudoquistes resuelven espontáneamente

NIVEL IV

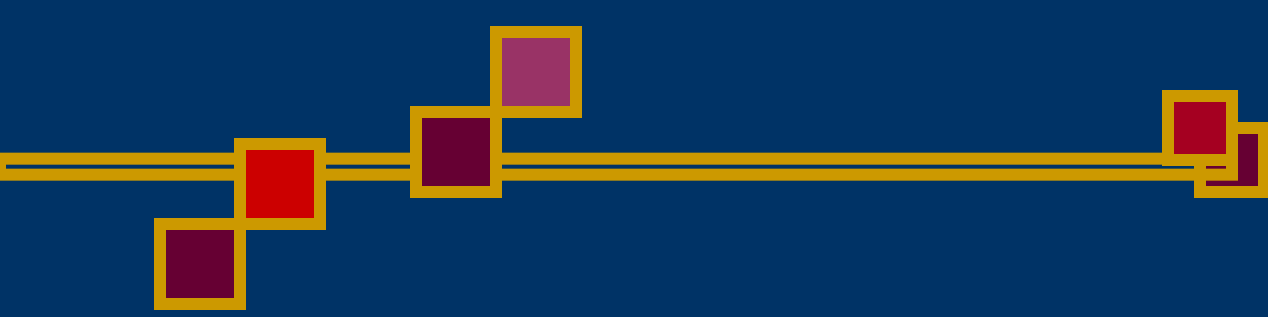




**Las colecciones líquidas agudas
deben ser manejadas en forma
conservadora**

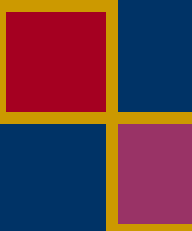


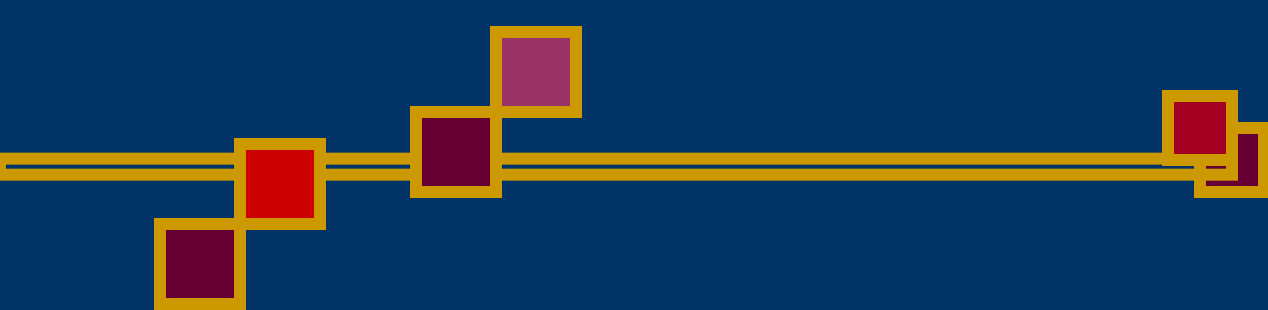
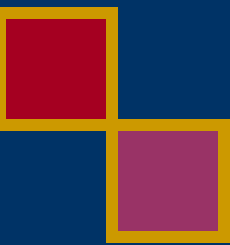
Recomendación C



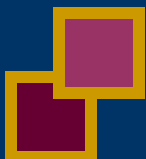
15.

**¿Cómo se maneja la
“Necrosis Pancreática Estéril (NPE)”?**



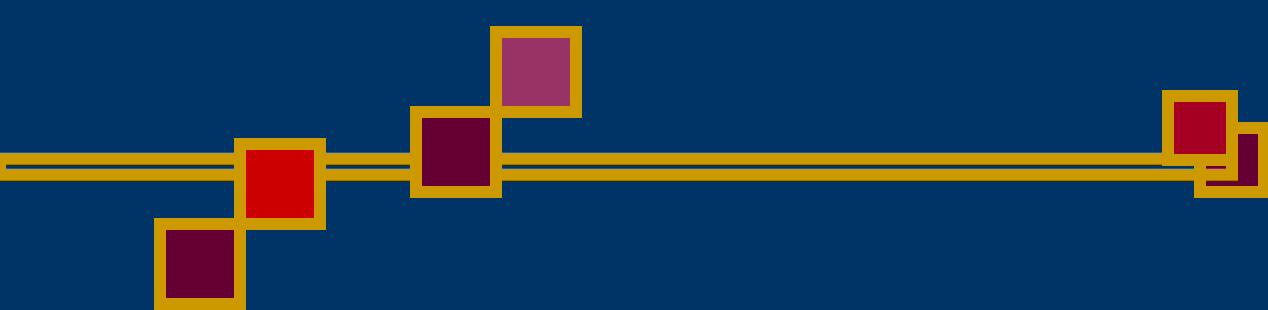
- 
- 
- ✓ Muchos pacientes con NPE responden al tratamiento conservador sin necesidad de cirugía

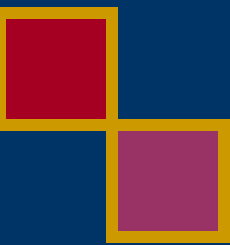
NIVEL II



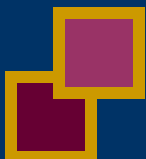
- ✓ La dificultad para la decisión quirúrgica, se plantea en pacientes con necrosis y falla de órganos asociada

NIVE II

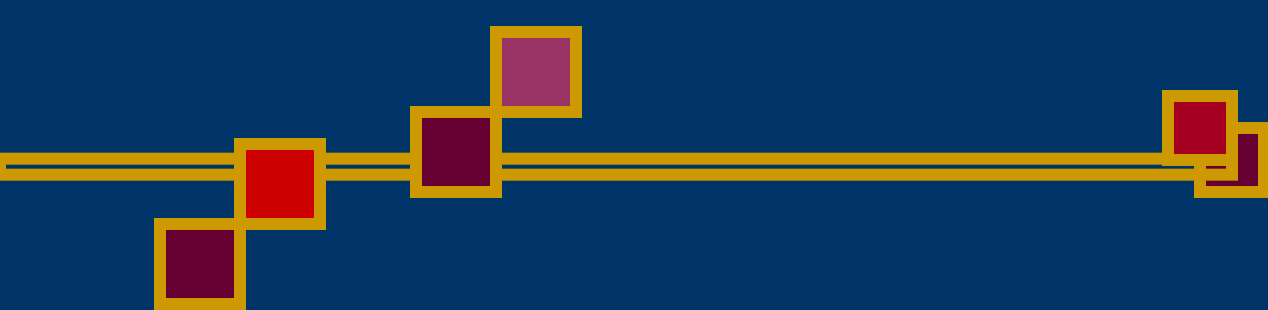
- 
- ✓ **La persistencia y progresión de la falla de órganos, es indicación de cirugía en NPE**



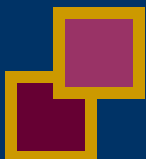
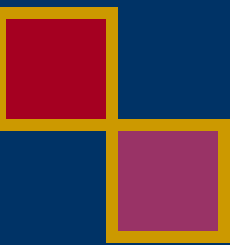
NIVEL II

- ✓ **La PA Fulminante produce FOM progresiva inmediata, con alta tasa de muerte con o sin cirugía. En casos seleccionados, sin embargo, con FMO persistente o con deterioro clínico progresivo a pesar de una adecuada terapia en UTI, la cirugía estaría indicada en NPE**
- 

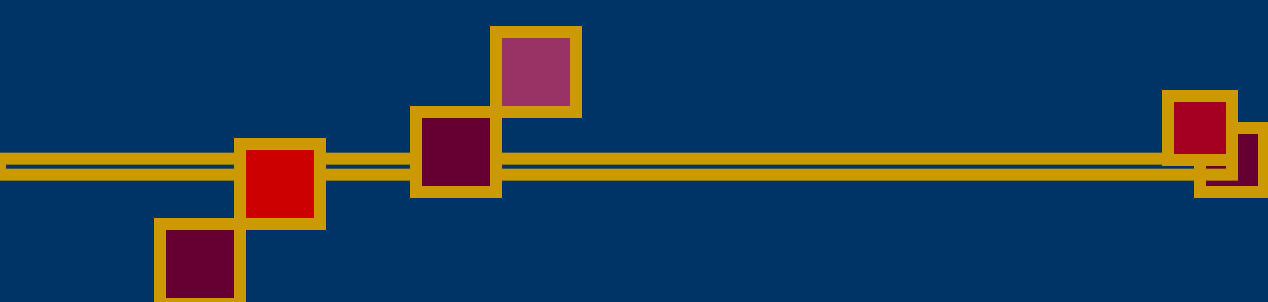
NIVEL II



**Pacientes con NPE (con PAAF negativa)
deberían ser manejados en forma
conservadora y solo realizar intervención
quirúrgica en casos seleccionados**

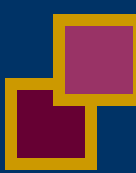


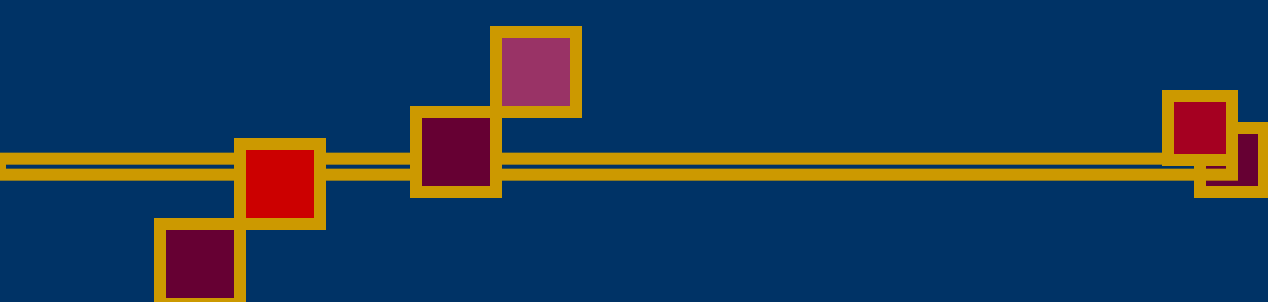
Recomendación B



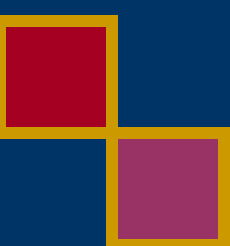
16.

**¿Cuál es el mejor momento para
operar la
“Necrosis Pancreática”?**

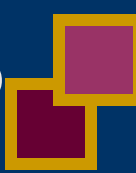


- 
- ✓ Hasta el presente se sabe que si el pac. evoluciona bien a pesar de la necrosis hay que seguir el tratamiento conservador

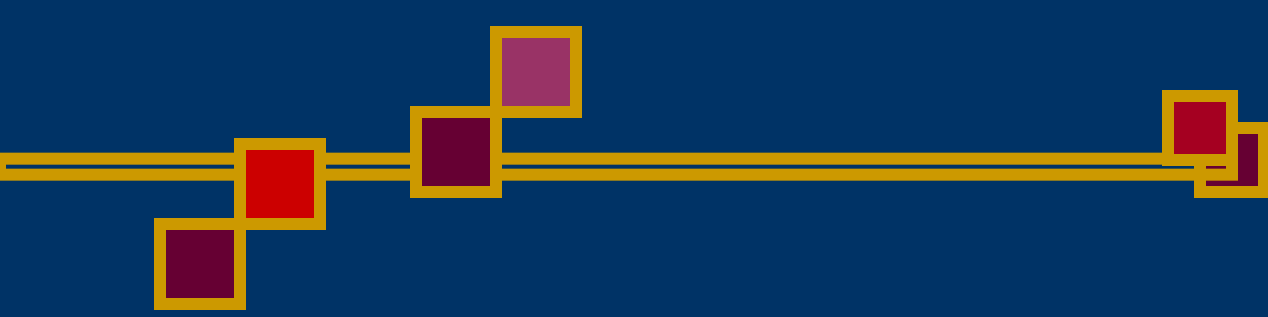
Nivel II

- 
- ✓ Lo racional de la cirugía de la necrosis, es demarcar los límites del tejido pancreático y peri-pancreático afectado

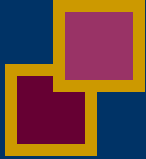
Nivel II

- 
- ✓ En la 3ra. o 4ta. semana luego del ataque, en general se dan las mejores condiciones locales para la necrosectomía

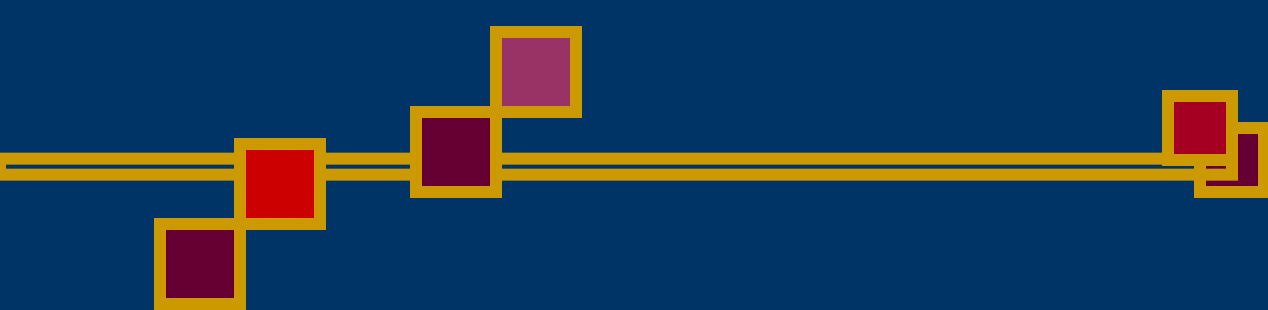
Nivel II

- 
- ✓ En la 3ra. o 4ta. semana se reduce el riesgo de sangrado y la pérdida de tejido pancreático vital

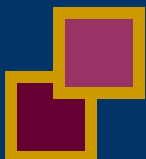
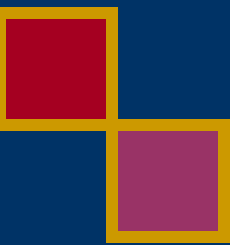
Nivel II

- 
- ✓ El único RCT que comparó cirugía temprana vs. tardía en NP, mostró mayor mortalidad en la primera

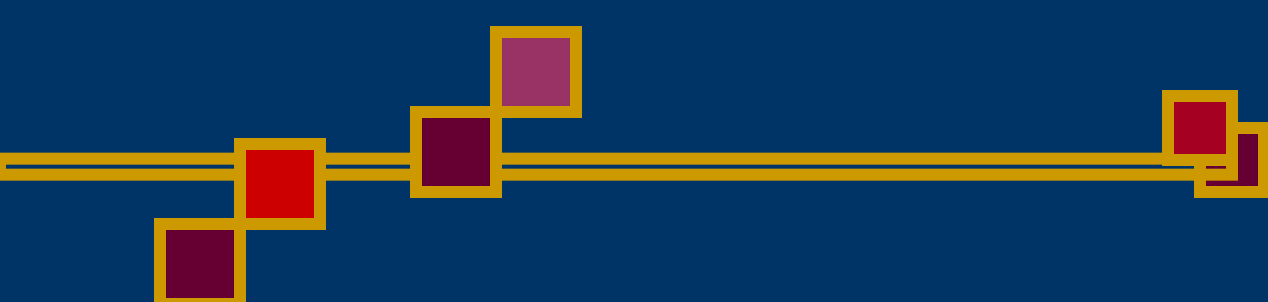
Nivel I



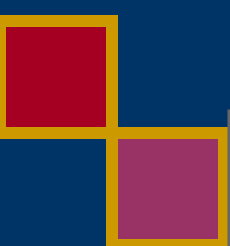
La cirugía temprana, antes de los 14 días de iniciado el ataque, no se recomienda en pacientes con necrosis pancreática, a menos que haya una indicación específica

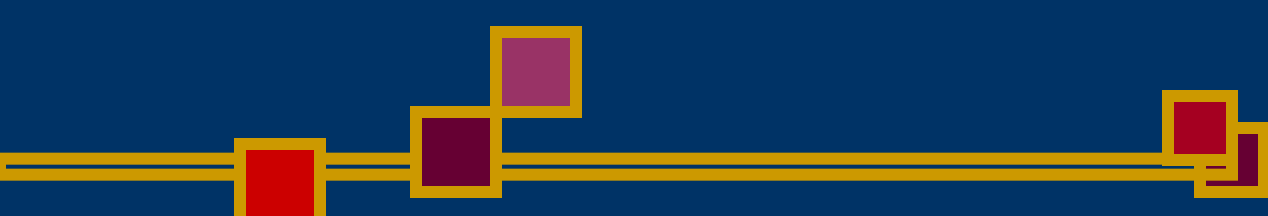


Recomendación B



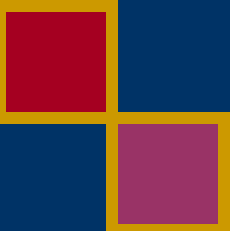
17.
**Cual es el mejor procedimiento
para diagnosticar la
Necrosis Pancreática Infectada (NPI)?**





1. En pac. con PA grave y síndrome séptico, la diferencia entre necrosis estéril vs. infectada es fundamental para el manejo

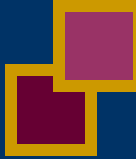
NIVEL II



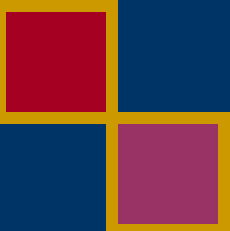
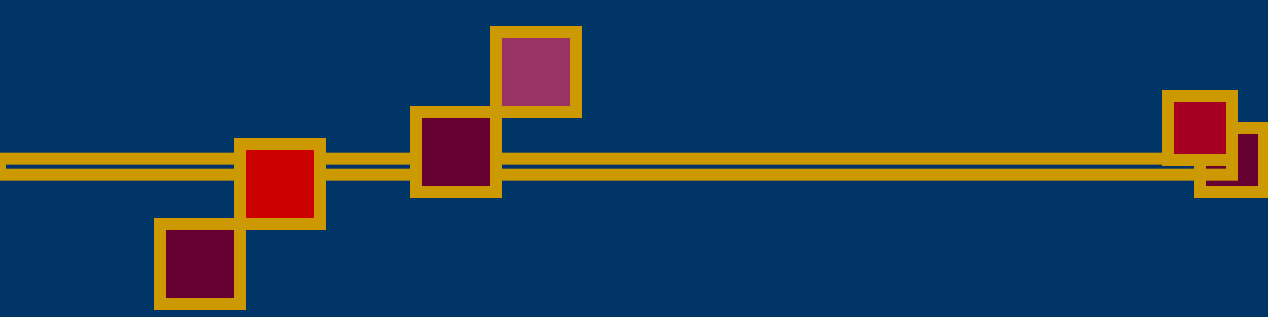
2. La presencia de Gas retroperitoneal en la TAC indica infección de la necrosis por gérmenes anaerobios o fístula con el tubo digestivo

NIVEL III

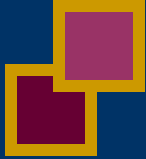
3. La PAAF es un procedimiento seguro, con alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de necrosis pancreática infectada



NIVEL II



La PAAF debe realizarse para diferenciar la necrosis estéril de la infectada, en pacientes con síndrome séptico



Recomendación B

18.
¿Cómo se maneja la
“Necrosis Pancreática Infeccionada”?
(NPI)

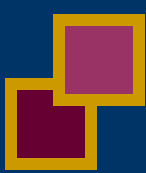


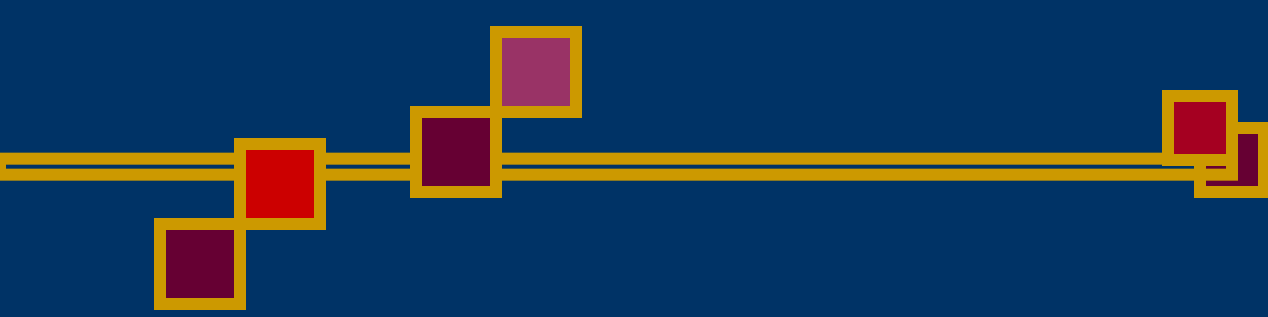
1. La mortalidad de la NPI es alta (**>30%**) superando el 80%, si se asocia a complicaciones sépticas

NIVEL II

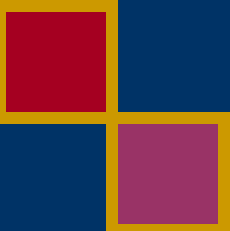
2. El manejo conservador de la NPI asociada a FOM, tiene una mortalidad cercana al 100%

NIVEL II

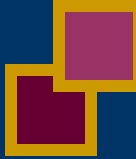


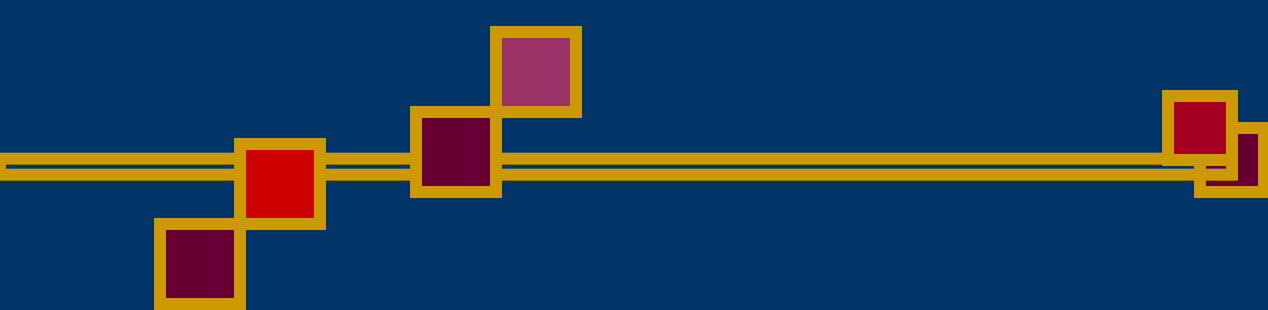


3. Si la NPI es tratada quirúrgicamente, la mortalidad se reduce a tasa mucho más bajas (10-30%) según las series

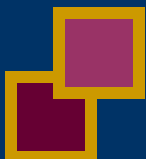


NIVEL II





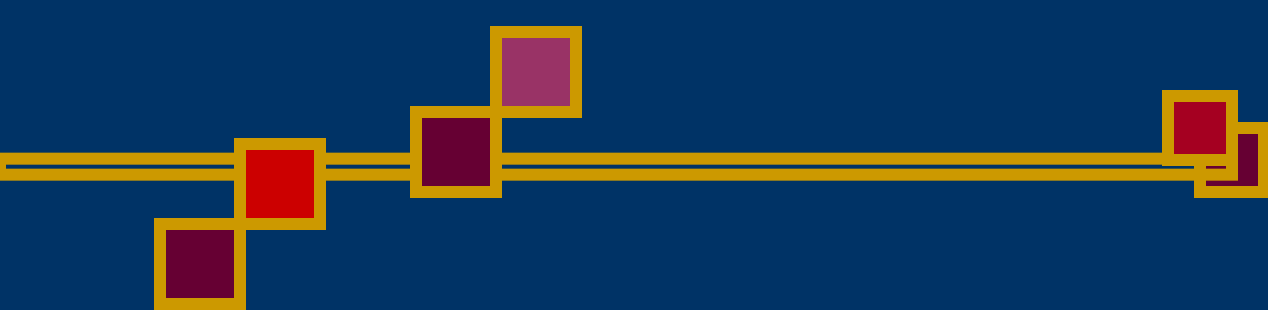
La NPI en pacientes con síntomas y signos de sepsis, es indicación de intervención, incluyendo cirugía abierta y/o drenaje percutáneo



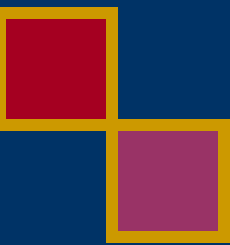
Recomendación B



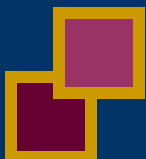
19.
**¿Cuál es el mejor
PROCEDIMIENTO DE DRENAJE
luego de la necrosectomía?**

- 
- ✓ La necrosectomía consiste en remover la mayor cantidad de tejido pancreático desvitalizado posible

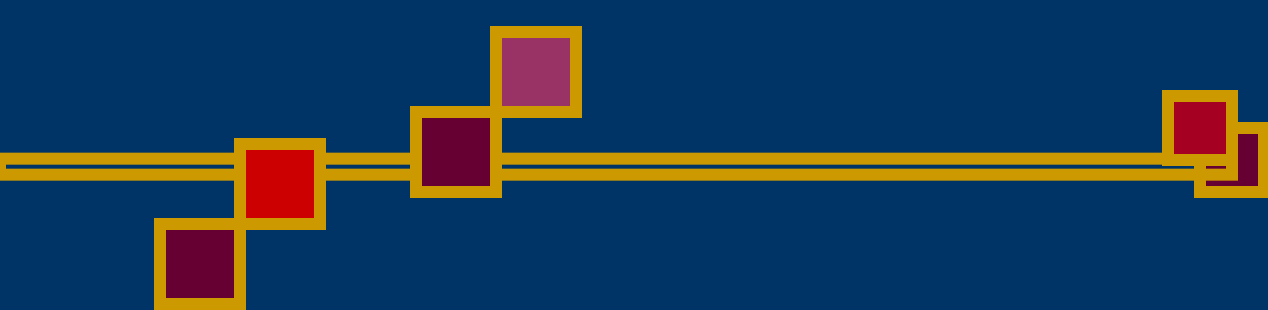
Nivel V

- 
- ✓ Los procedimientos de drenaje luego de la necrosectomía se pueden clasificar en tres tipos:

1. Drenaje convencional (simple)
2. Lavado continuo cerrado
3. Drenaje abierto
- 3b. **Zipper Technique** (Drenaje abierto con cierre temporal)

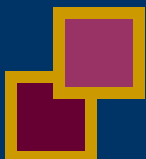


Nivel V



✓ **El drenaje convencional tiene mayor índice de mortalidad comparado con las dos otras modalidades**

Nivel II



✓ **El debridamiento completo en una sola instancia, es muy difícil por el alto riesgo de sangrado que ello implica.**
Por este motivo, el drenaje simple realizado en el pasado debería abandonarse.

Nivel V

- 
- ✓ Lavado continuo vs.
 - ✓ Drenaje abierto vs.
 - ✓ Zipper Technique

Igual Mortalidad

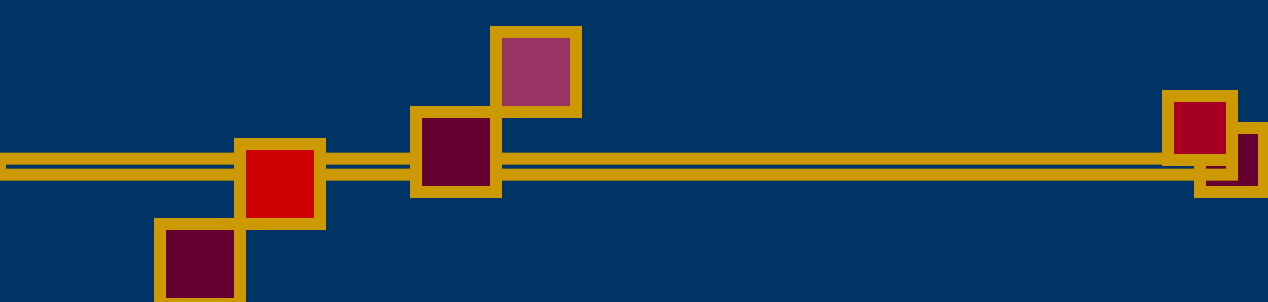
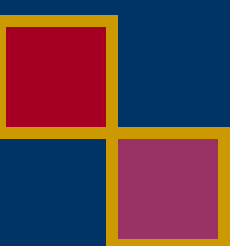
Nivel II

✓ **Lavado continuo:** < fístula pancreática, intestinal,
y hemorragia PO
> tasa de reoperaciones

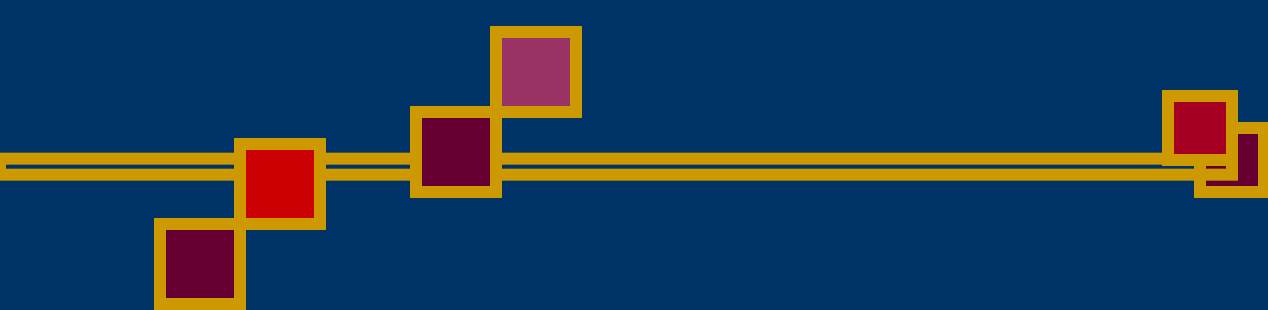
✓ **Drenaje abierto**

Zipper Technique: > fístula pancreática, intestinal,
y hemorragia PO
< tasa de reoperaciones

Nivel II

- 
- 
- 
- ✓ El lavado continuo se prefiere cuando el tejido necrótico se localiza alrededor del páncreas, en cambio el drenaje abierto, cuando se localiza en la raíz del meso colón o en los parietocólicos

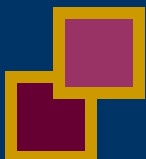
Nivel V



✓ Algunos prefieren la necrosectomía vía retroperitoneal con lavado local simultaneo

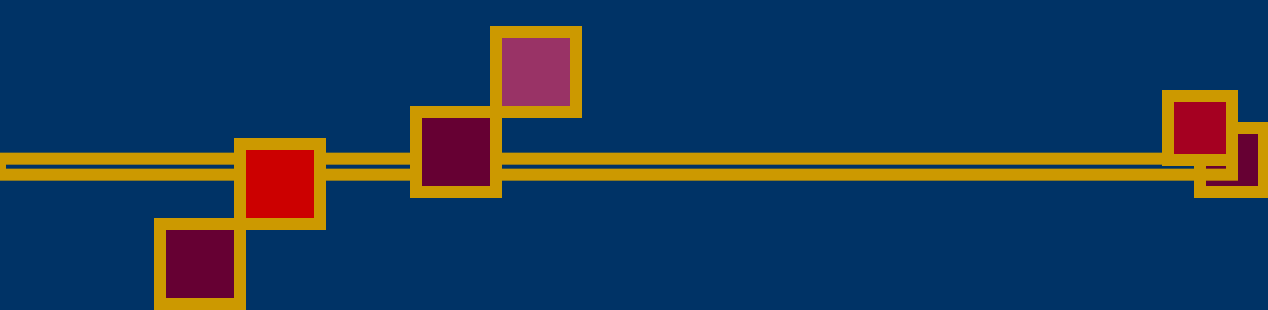
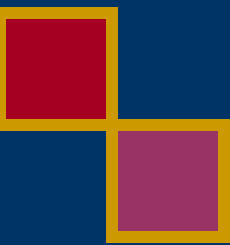
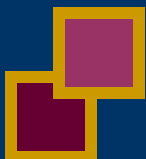
Beneficios:

Nivel IV

- Previene peritonitis
 - Dieta oral rápida
 - Riego bajo de fístula intestinal
 - Menos hernias e infección de pared
- 

Desventajas:

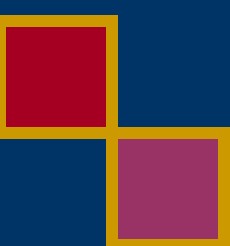
- Abordaje cercano cabeza de páncreas
- Riesgo alto de sangrado
- Riesgo de daño duodenal

- 
- 
- 
- ✓ Actualmente los abordajes mini-invasivos (transgástricos - percutáneos – laparoscópicos) se están realizando con resultados favorables
 - ✓ Se requieren más estudios para evaluar esta nueva forma de manejo

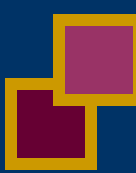
Nivel II

- 
- ✓ El drenaje simple debe ser abolido como forma de drenaje luego de la necrosectomía

Recomendación C

- 
- ✓ El lavado continuo con abdomen cerrado o el drenaje abierto deberían ser los usados

Recomendación B



La elección entre estos dos tipos de drenajes, debe ser hecha basados en los hallazgos quirúrgicos y/o en la experiencia del cirujano

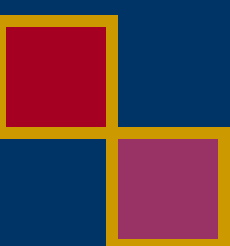
Recomendación C

20.
**¿Cómo deben ser manejados
los
ABSCESOS PANCREATICOS?**



✓ El diagnóstico de Absceso Pancreático es indicación de intervención quirúrgica

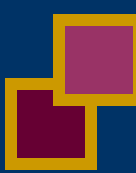
Nivel III



✓ Entre el 78-86% pueden ser tratados solo con drenaje percutáneo

Nivel III

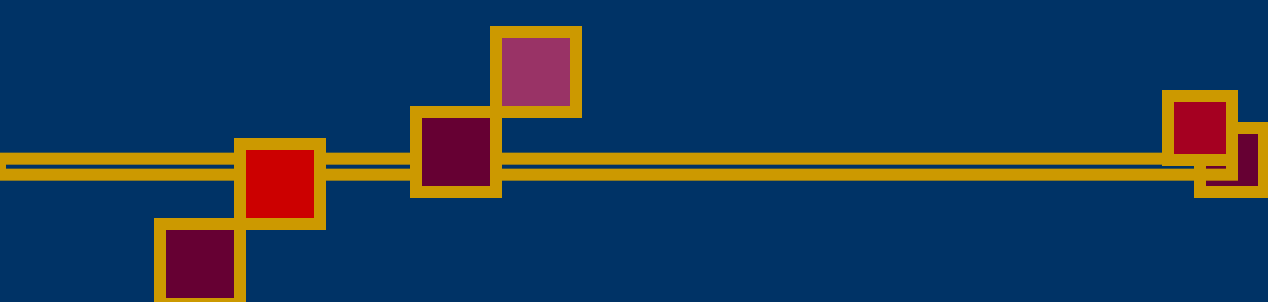
✓ Si la ruta de punción es segura con la guía de las imágenes, el drenaje percutáneo debe ser la primera opción



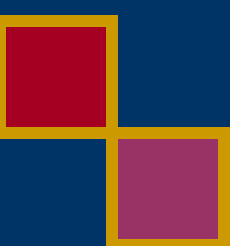
Nivel III

✓ Cuando no hay mejoría clínica luego del drenaje percutáneo, el drenaje quirúrgico debe ser realizado inmediatamente

Nivel III

- 
- ✓ **Ante el diagnóstico de Absceso Pancreático, el drenaje abierto o percutáneo debe ser realizado**

Recomendación C

- 
- ✓ **Si los hallazgos clínicos no mejoran con el drenaje percutáneo, el drenaje abierto debe ser realizado inmediatamente**

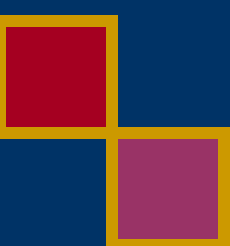
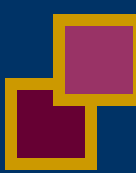


Recomendación C

21.
¿Cuál es la indicación de
DRENAJE
en los
PSEUDOQUISTES DE PANCREAS?



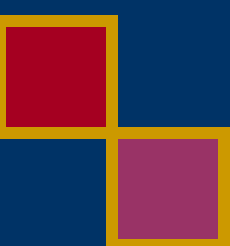
Indic. de drenaje del PSEUDOQUISTE

- 
- 1. Sintomático (ej. dolor abdominal)**
 - 2. Complicado (sangrado o infección)**
 - 3. Aumento de tamaño durante el período de observación**
 - 4. Diámetro de 6 cm. o más**
 - 5. Sin tendencia a disminuir de tamaño durante 6 semanas de observación**
- 

Nivel II-III

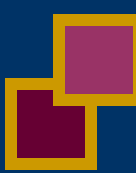


Procedimientos de Drenaje:



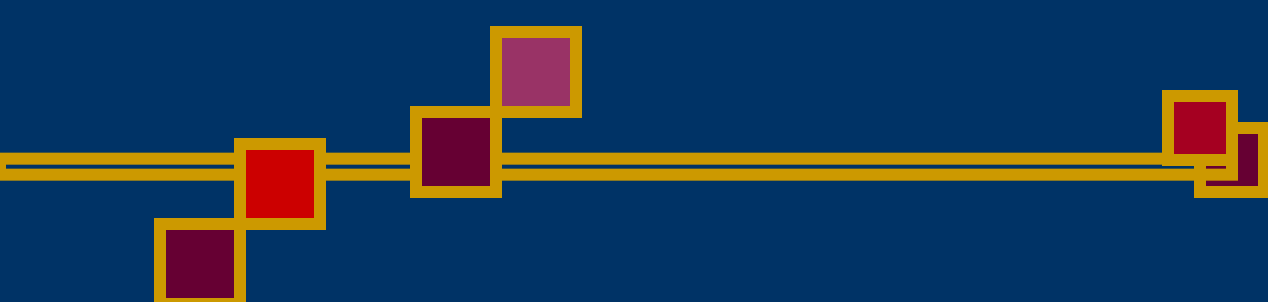
1. Percutáneo

2. Endoscópico: **Transgástrico**
Transduodenal
Transpapilar



3. Quirúrgico: **Abierto**
Laparoscópico

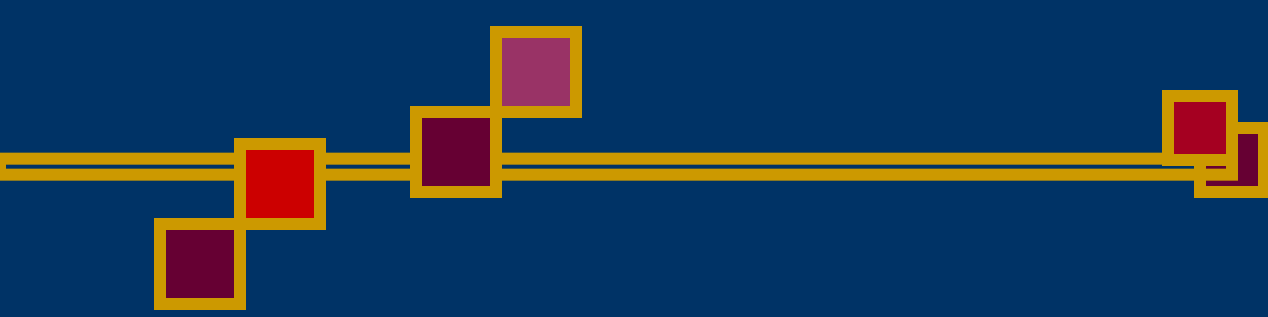
Nivel II-IV



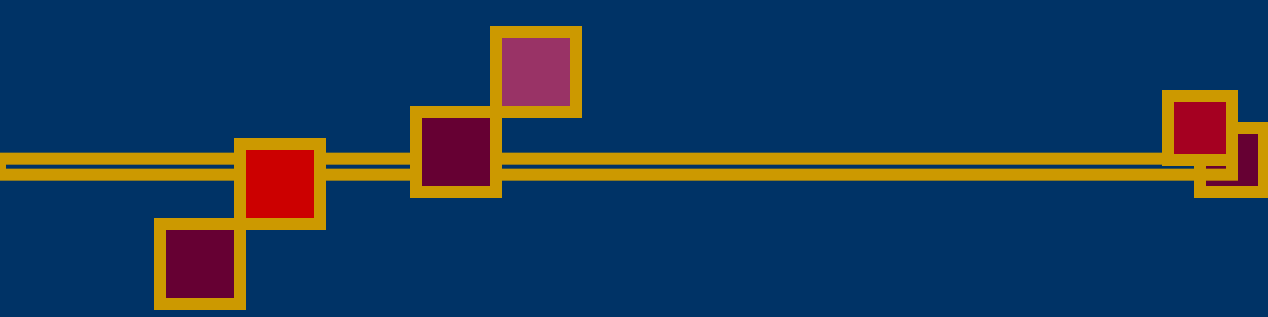
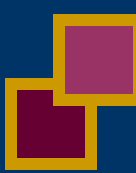
**Deben ser drenados los
pseudoquistes sintomáticos, los
complicados y los que aumentan de
tamaño**

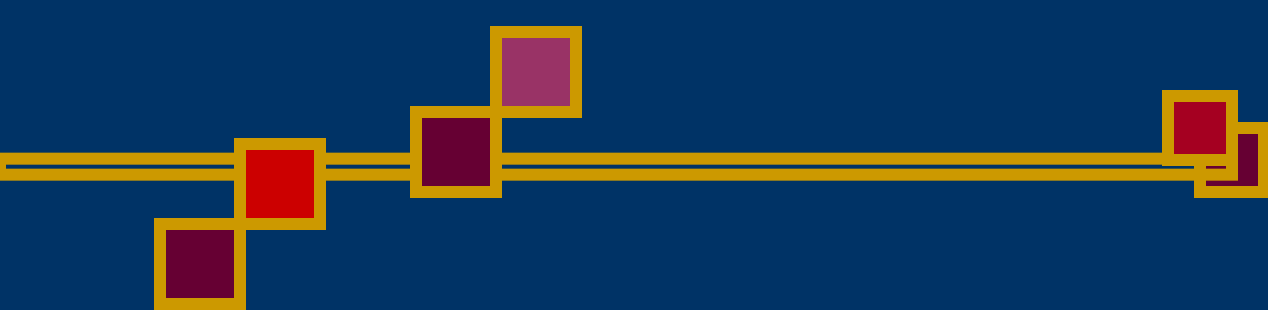
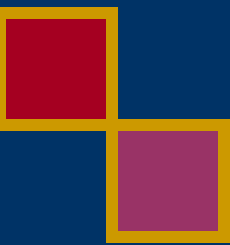
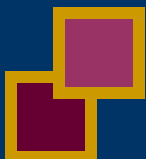


Recomendación B

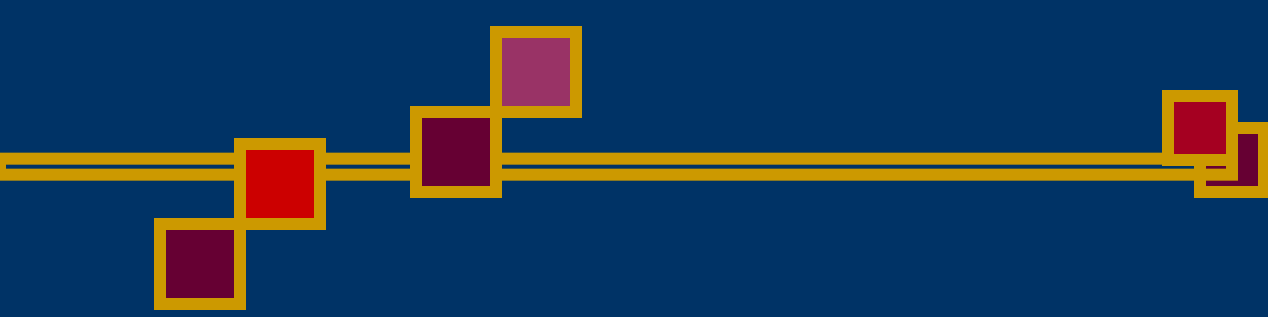


22.
**¿Cuál es la indicación de
INTERVENCION QUIRURGICA
en los
PSEUDOQUISTES DE PANCREAS?**

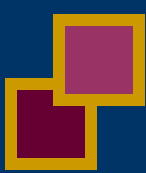
- 
- **Percutáneo:** efectividad 80-100%
 - En estudio controlado que comparó el drenaje quirúrgico vs. percutáneo, no hubo diferencia en la tasa de recidivas
 - Tiempo promedio del drenaje: 16-42 días
 - Luego de ese tiempo, si el drenaje fracasa se indica el drenaje quirúrgico
- 

- 
- 
- 
- **Decidida la indicación de drenaje percutáneo, se debe verificar el estado del conducto pancreático principal y su relación con el pseudoquiste**
 - **El drenaje percutáneo es efectivo en casos de que el conducto pancreático sea anatómicamente normal y en casos en que no este comunicado con el pseudoquiste**

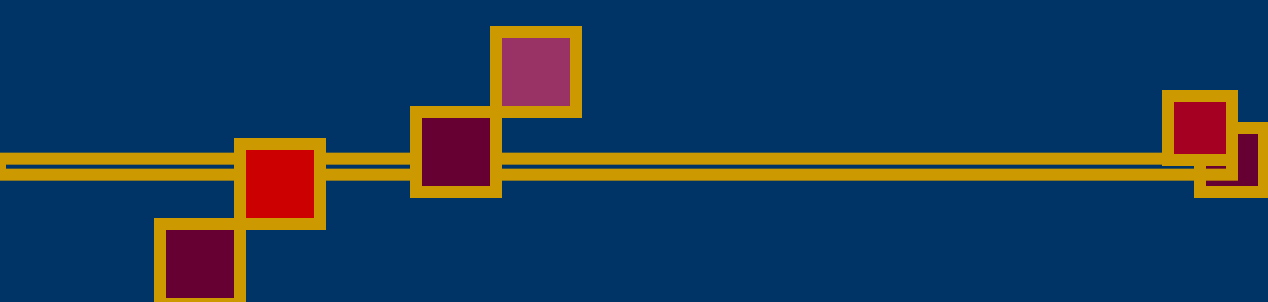
Nivel II-III

- 
- **El drenaje endoscópico tiene su lugar en el tratamiento del pseudoquiste**

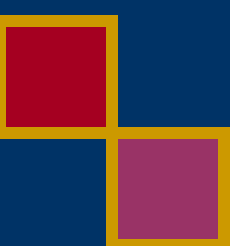
Nivel II-IV

- **Debe ser realizado solo cuando la compresión intestinal puede ser confirmada endoscópicamente**
- 

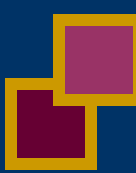
Nivel II

- 
- Se sugiere que la guía con eco endoscopía es más segura

Nivel IV

- 
- Drenaje trans-papilar se puede usar cuando hay comunicación entre el conducto pancreático y el pseudoquiste

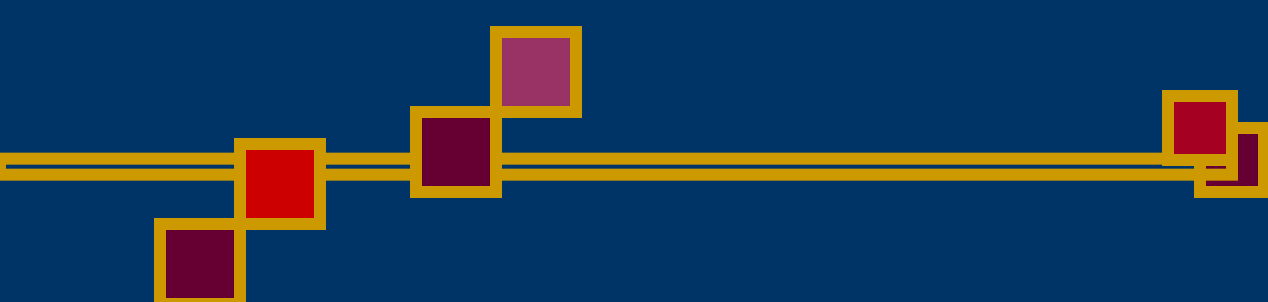
Nivel III



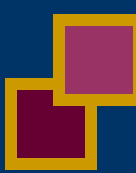
- El drenaje trans-intestinal no debe ser usado

Nivel III

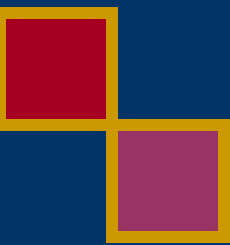
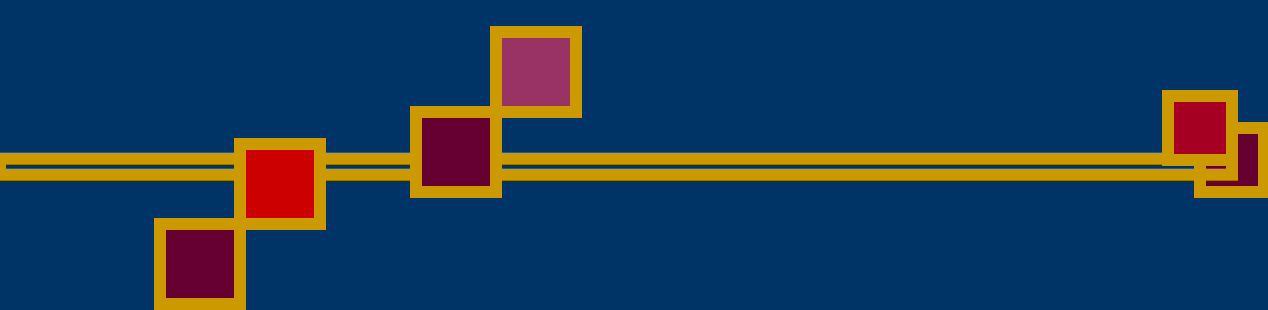




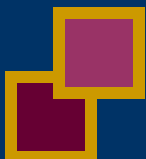
El pseudoquiste que no responde al tratamiento percutáneo o endoscópico, o no se cuenta con el método, debe ser drenado quirúrgicamente

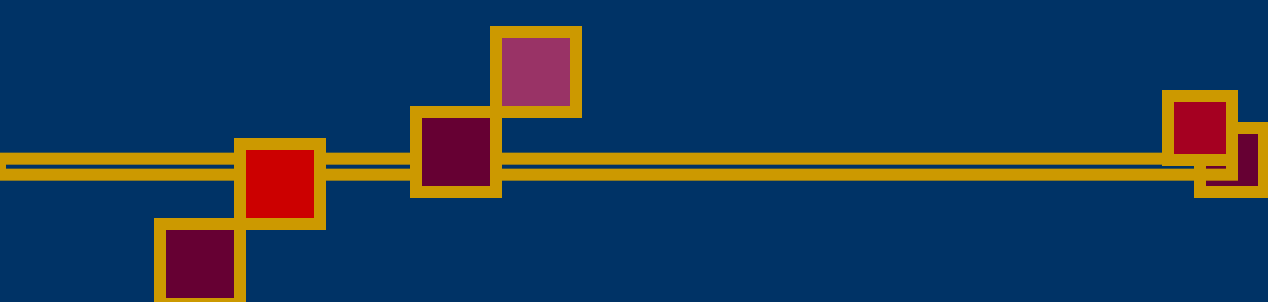
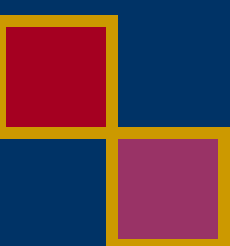


Recomendación B

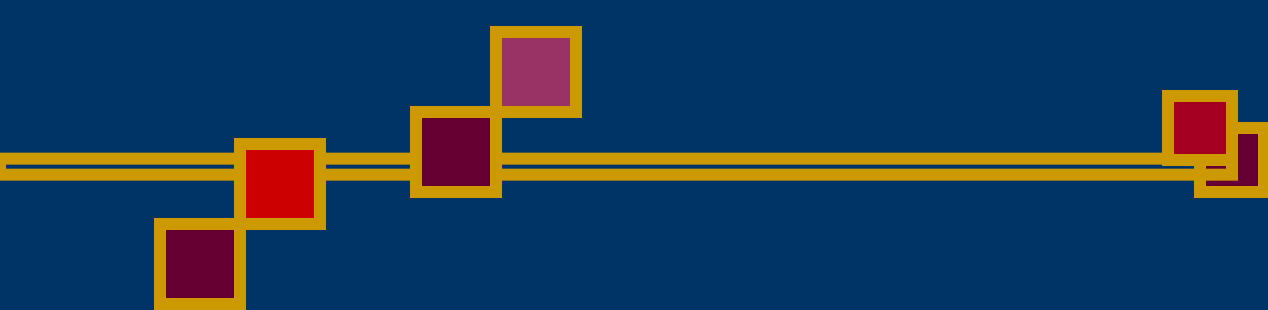
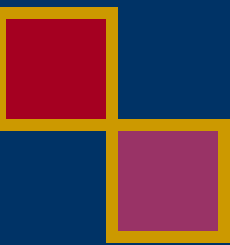
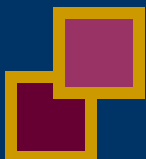


CONCLUSIONES

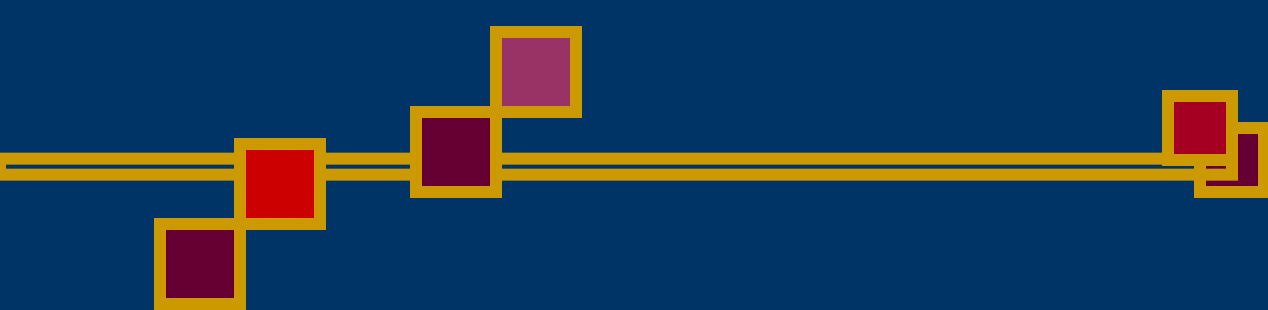


- 
- 
- 
- ✓ Todos los pacientes con diagnóstico de PA deben ser estadificados según gravedad, ya que serán diferentes los cuidados que recibirán los enfermos.

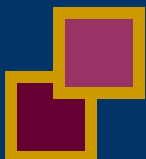
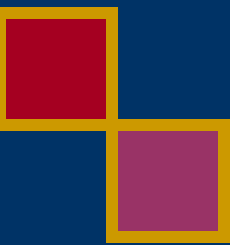
NIVEL V (Consenso)
RECOMENDACIÓN "C"

- 
- 
- 
- ✓ **Los pacientes con PA Graves deben ser manejados en UCI con completo monitoreo y soporte de sistemas.**

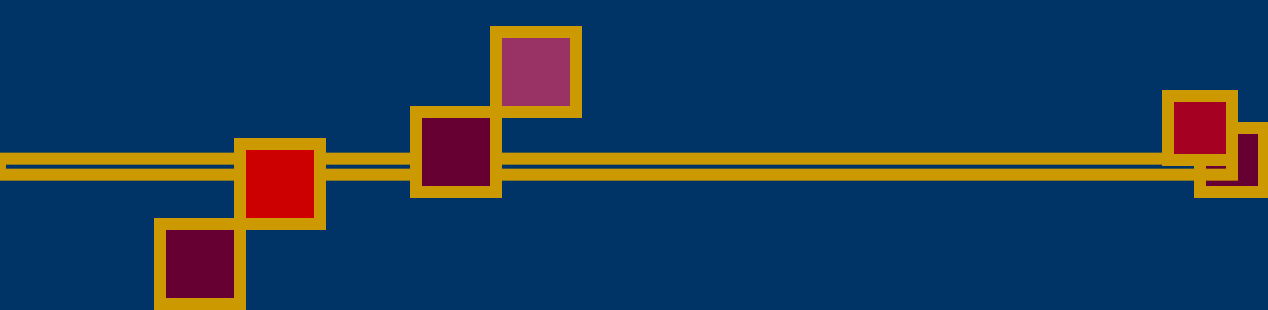
RECOMENDACIÓN B



Debe administrarse un adecuado volumen de líquidos para reponer los déficit y luego para mantener los requerimientos basales.



Recomendación A

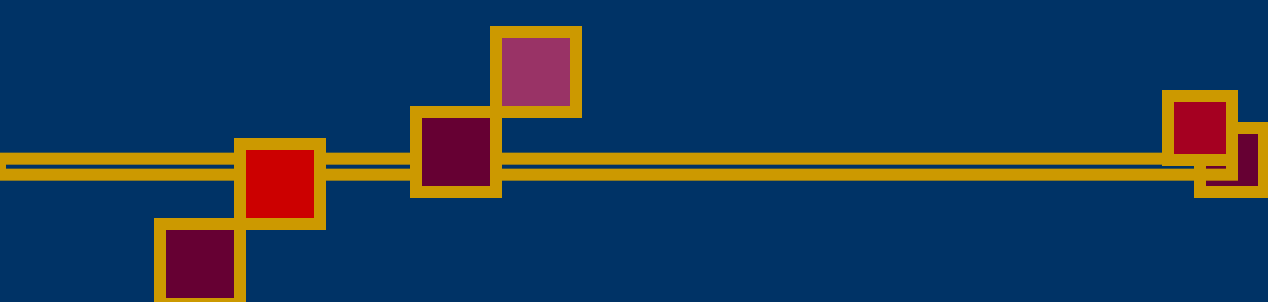
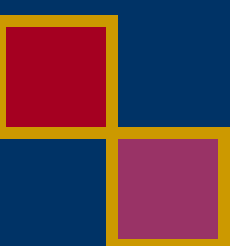


Realizar un buen esquema analgésico es crucial para el tratamiento de la PA.

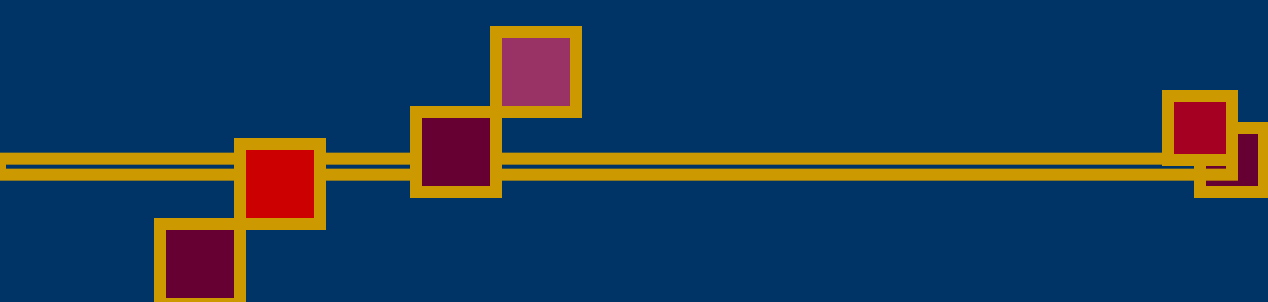
Se recomienda el uso de analgésico opiáceos (Ej. meperidina) con excepción de la morfina.



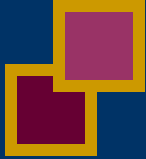
Recomendación A

- 
- 
- 
- ✓ La SNG no es necesaria colocarla de rutina en el tratamiento de la PA, a menos que exista íleo paralítico y/o vómitos frecuentes.
 - ✓ Los bloqueantes H2 no son necesarios, a menos que el paciente desarrolle úlcera de estrés.

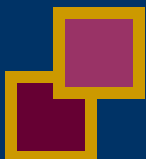
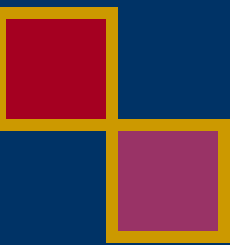
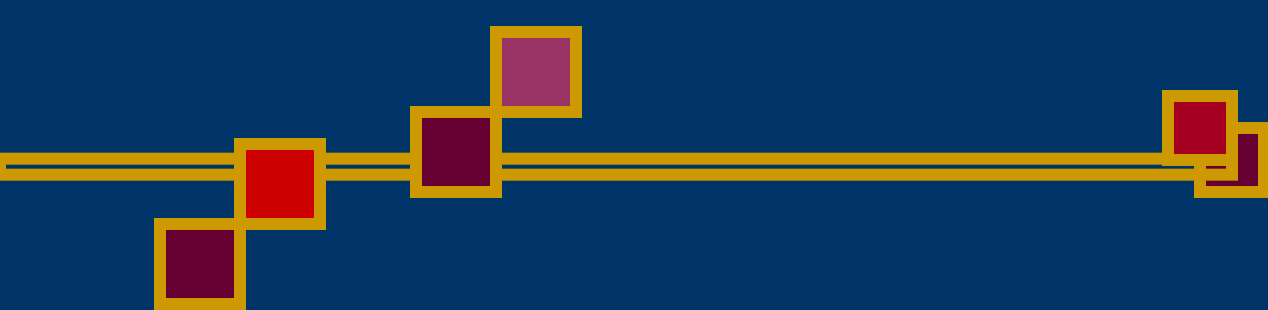
Recomendación C

- 
- ✓ **No se puede recomendar el uso de Aprotinin ni de Lexipafant en el tratamiento de la PA.**

Recomendación A

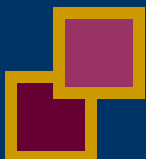
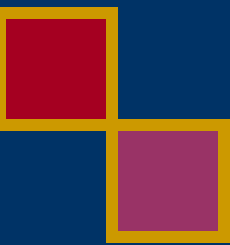
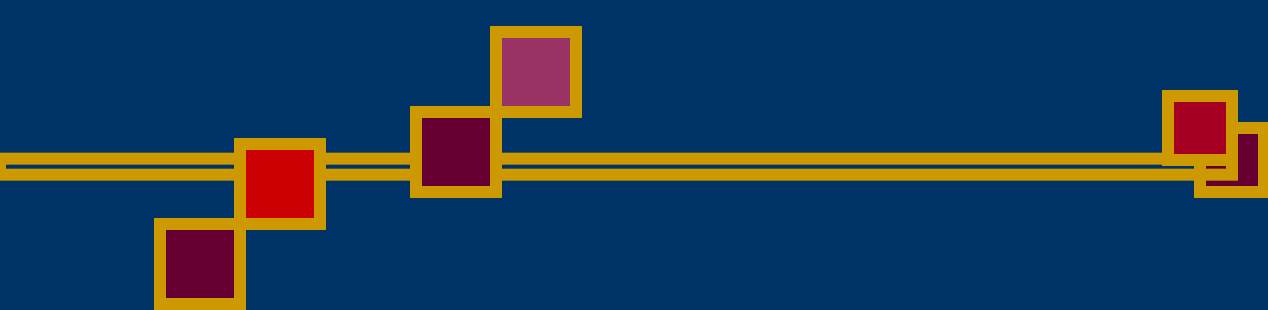
- ✓ **La infusión continua de altas dosis de Gabexate reduce la incidencia de complicaciones en la fase temprana de la PA Grave .**
- 

Recomendación B



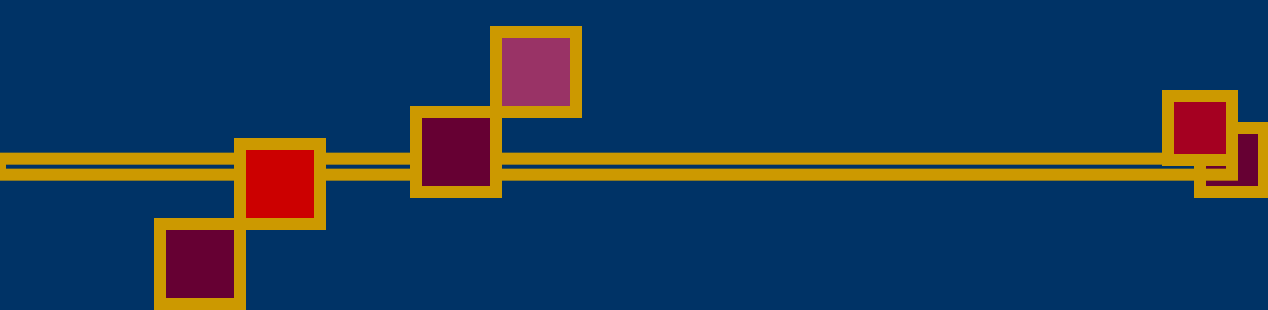
✓ El uso rutinario de Octeotride es no recomendado en el tratamiento de la PA Grave

Recomendación A

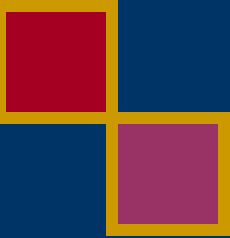


✓ Se recomienda iniciar nutrición lo más precoz que se pueda, en los casos de PA Grave

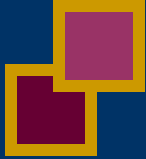
Recomendación A

- 
- ✓ El uso de NE precoz es superior a la NPT en casos de PA Grave

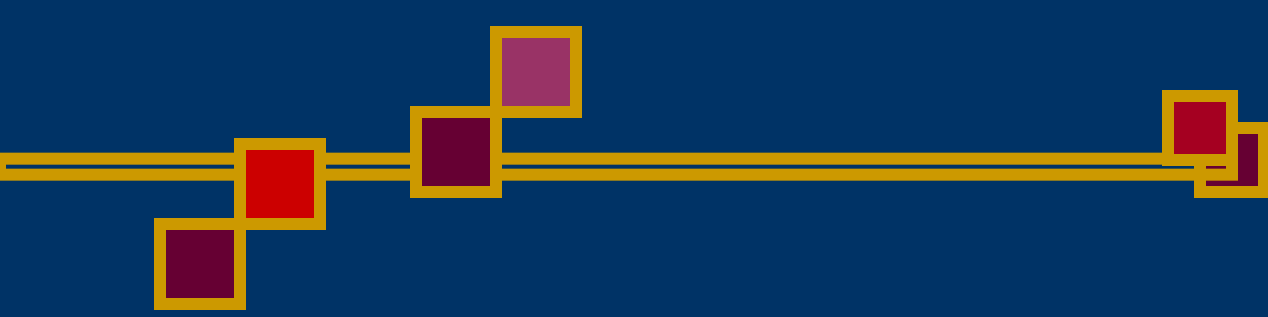
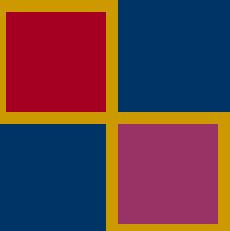
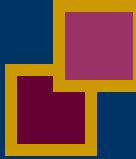
Recomendación A

- 
- ✓ La NE es preferible realizarla por SNY aunque la SNG se puede considerar como una opción

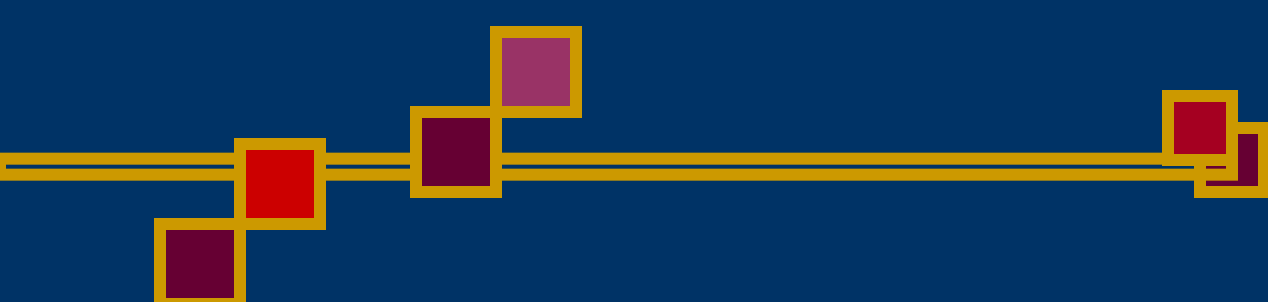
Recomendación B

- 
- ✓ Reservar la NPT para casos en que la NE no sea tolerada o se requiera su complemento

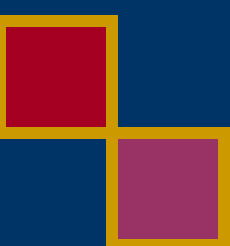
Recomendación A

- 
- 
- 
- ✓ La profilaxis con ATB de amplio espectro con buena penetración en tejido pancreático NO es necesaria para prevenir la infección en PA Grave

Recomendación A



**Se debe realizar la colecistectomía
para evitar la recurrencia de la PA**



Recomendación B

**En PA leve o moderada la
colecistectomía debe ser realizada
durante la misma internación, una vez
recuperado el paciente de su ataque,
con CIO**



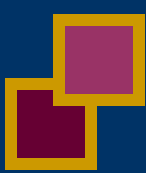
Recomendación B



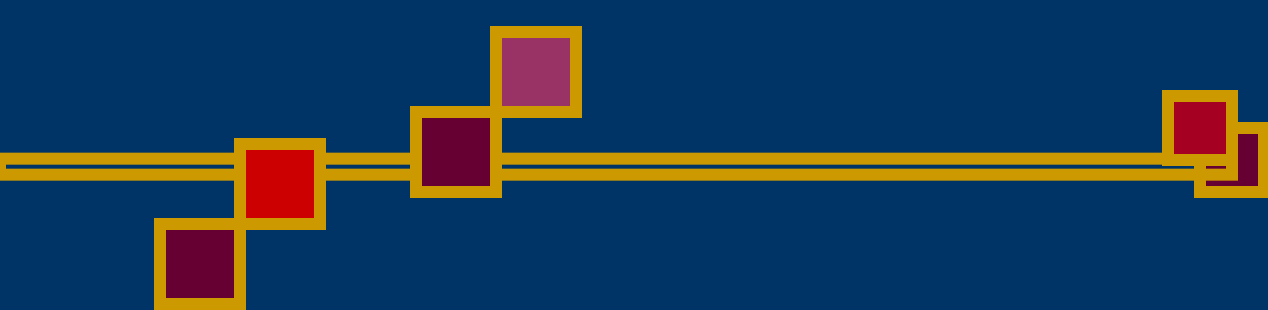
En PA Grave, la colecistectomía debe ser realizada cuando halla recuperación clínica completa y resolución de la inflamación

Recomendación B

La EE es una alternativa de la colecistectomía, en pac. de alto riesgo (ASA III-IV) para disminuir el riesgo de recurrencia de PA Biliar **"Wait-and-see policy"**

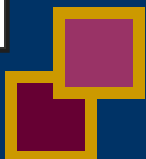


Recomendación B



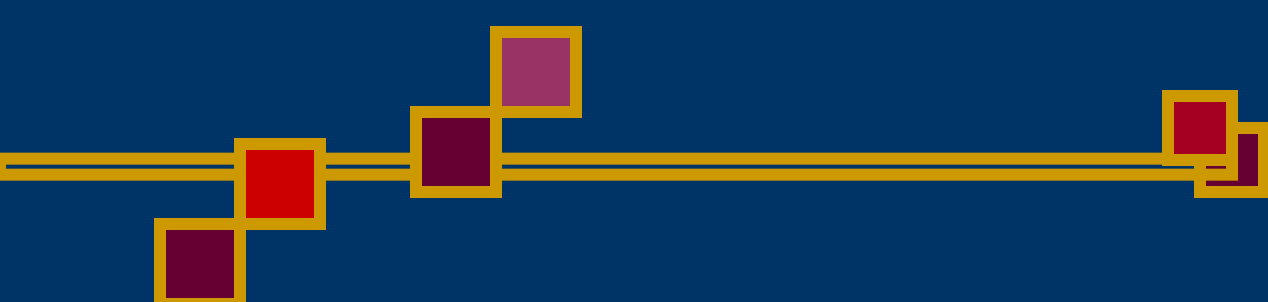
Los pac. con PA leve – moderada, son mejor tratados primariamente con **Col. Lap + CIO.**

Recomendación B

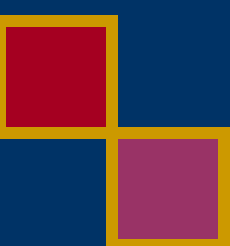


La CPRE+EE se debería realizar en el PO, si la **CIO revela cálculos** o si **falla el tratamiento laparoscópico de los cálculos de la VB**

Recomendación B



La CPRE+EE de urgencia **no** influye
en el curso de la **PA Biliar Leve**

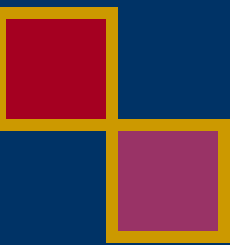
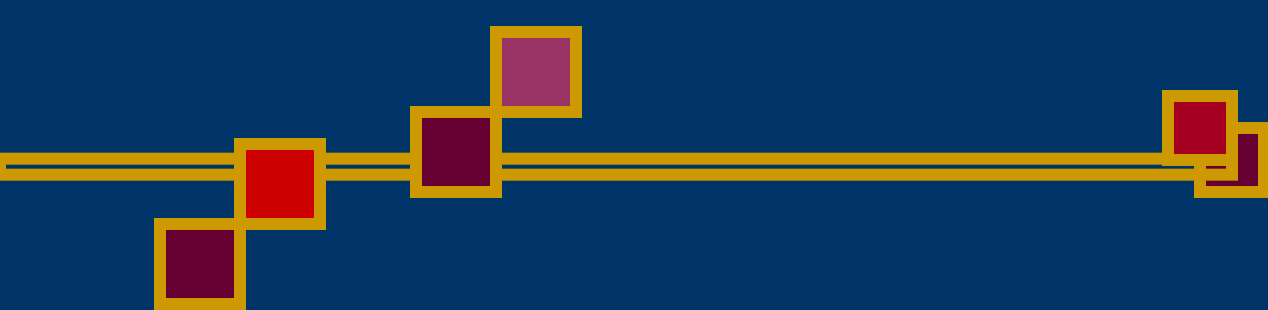


Recomendación A

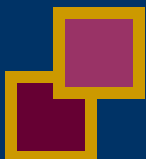
La CPRE+EE debería ser **considerada**
fuertemente, en pacientes con
PA Biliar Severa al igual que en
pacientes con indicaciones estándar,
como la colangitis



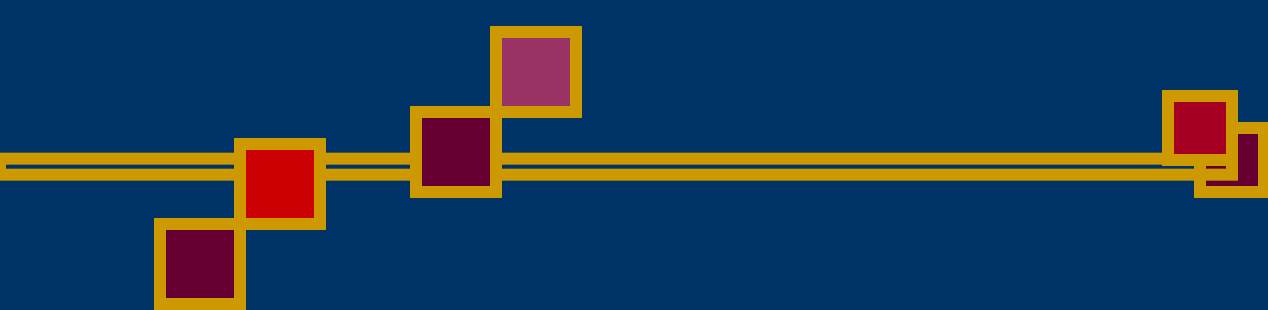
Recomendación A



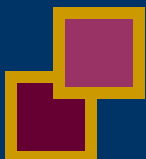
**Las colecciones líquidas agudas
deben ser manejadas en forma
conservadora**



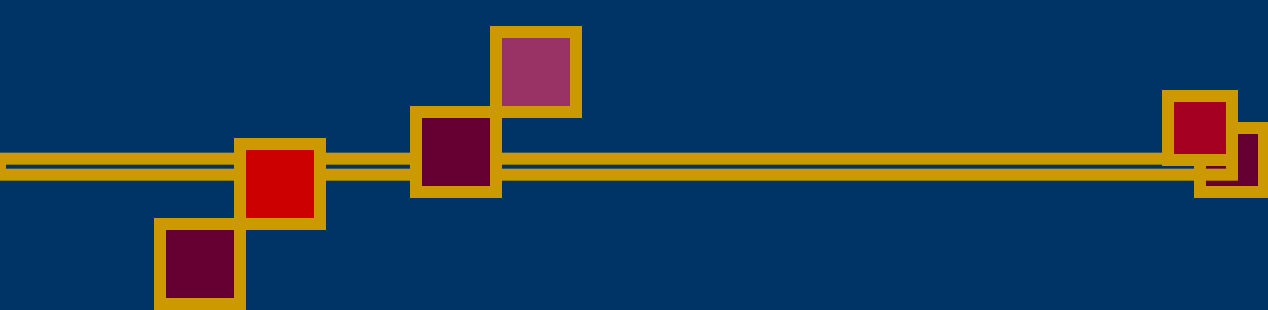
Recomendación C



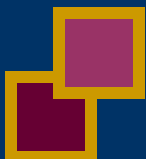
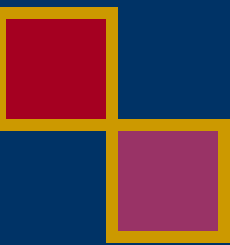
**Pacientes con NPE (con PAAF negativa)
deberían ser manejados en forma
conservadora y solo realizar intervención
quirúrgica en casos seleccionados**



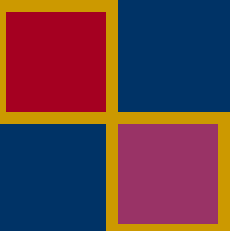
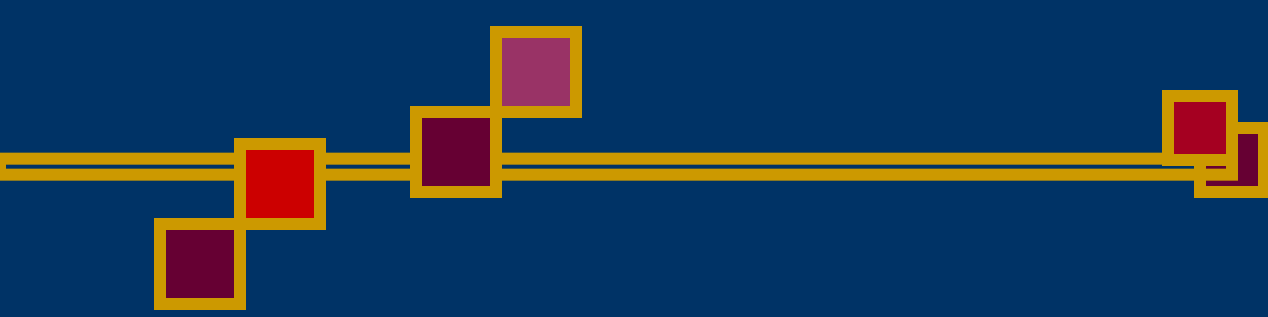
Recomendación B



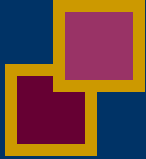
La cirugía temprana, antes de los 14 días de iniciado el ataque, no se recomienda en pacientes con necrosis pancreática, a menos que haya una indicación específica



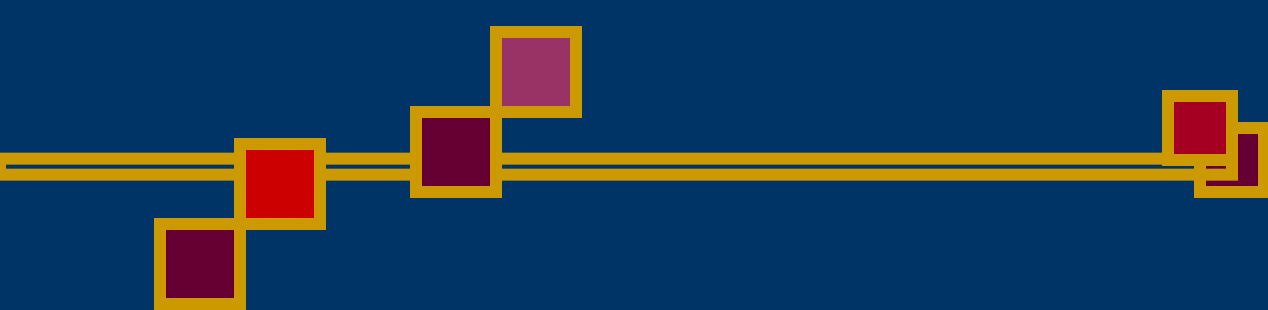
Recomendación B



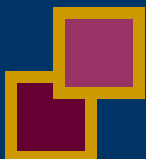
La PAAF debe realizarse para diferenciar la necrosis estéril de la infectada, en pacientes con síndrome séptico



Recomendación B



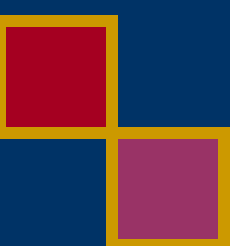
La NPI en pacientes con síntomas y signos de sepsis, es indicación de intervención, incluyendo cirugía abierta y/o drenaje percutáneo



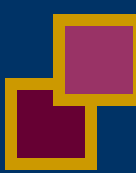
Recomendación B

- 
- ✓ El drenaje simple debe ser abolido como forma de drenaje luego de la necrosectomía

Recomendación C

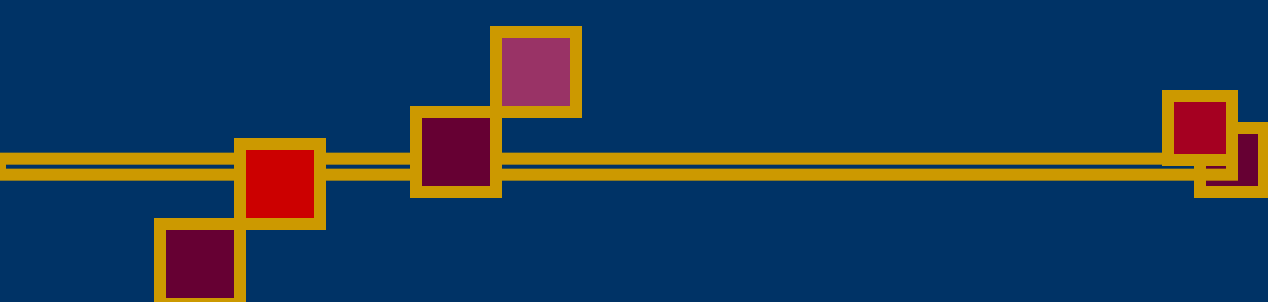
- 
- ✓ El lavado continuo con abdomen cerrado o el drenaje abierto deberían ser los usados

Recomendación B

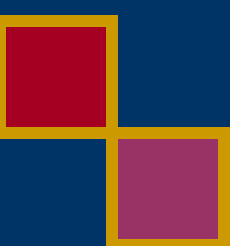


La elección entre estos dos tipos de drenajes, debe ser hecha basados en los hallazgos quirúrgicos y/o en la experiencia del cirujano

Recomendación C

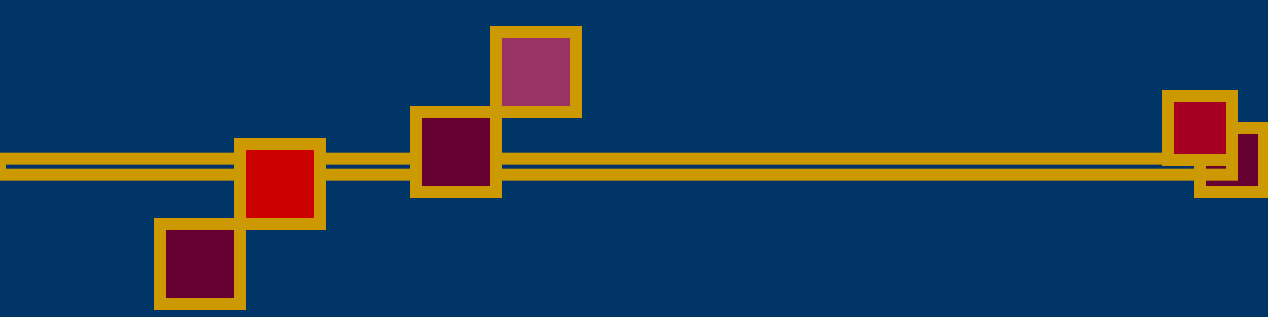
- 
- ✓ **Ante el diagnóstico de Absceso Pancreático, el drenaje abierto o percutáneo debe ser realizado**

Recomendación C

- 
- ✓ **Si los hallazgos clínicos no mejoran con el drenaje percutáneo, el drenaje abierto debe ser realizado inmediatamente**



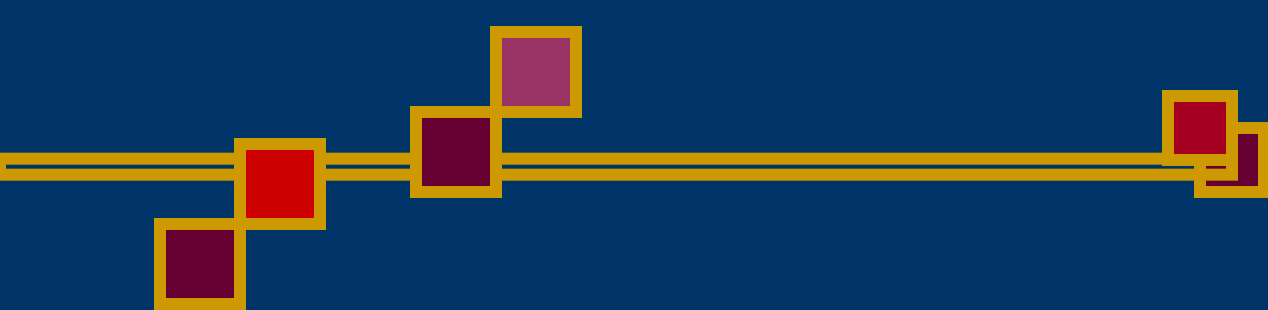
Recomendación C



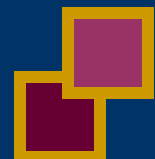
**Deben ser drenados los
pseudoquistes sintomáticos, los
complicados y los que aumentan de
tamaño**



Recomendación B



El pseudoquiste que no responde al tratamiento percutáneo o endoscópico, o no se cuenta con el método, debe ser drenado quirúrgicamente



Recomendación B



“Muchas Gracias”

