



REPORTE DE CASO

- Paciente masculino de 46 años derivado de la zona con diagnóstico clínico y humoral **de pancreatitis aguda de etiología biliar.**
- **EL MOTIVO DE LA DERIVACIÓN FUE LA IMPOSIBILIDAD DEL MANEJO EN SU LUGAR DE ORIGEN**



- Antecedentes Médicos: Retraso madurativo leve.
- **AL INGRESO EN SU LUGAR DE ORIGEN:** dolor abdominal localizado en epigastrio, vómitos, equivalentes febriles.



- **Examen físico:** dolor a la palpación superficial y profunda de hemiabdomen superior. RHA +.
- **Laboratorio:** leucocitosis, aumento de transaminasas y enzimas de colestasis, Amilasa normal.
- **Ecografía abdominal (25/7):** Vesícula de paredes finas con cálculo enclavado en bacinete. Vía biliar normal. Páncreas normal.



- **CPRE (25/7)**: no logra concluirse, imposibilidad de llegar a la papila.
- **Laparotomía exploradora (26/7)**:
 - ✓ Coleperitoneo, vesícula inflamada.
 - ✓ Colecistectomía parcial, colecistostomía con Pezzer.
 - ✓ Pedículo biliar inflamado, imposibilidad de reconocer estructuras anatómicas.



UTI en Post Operatorio Inmediato:

- SIRS, abdomen distendido, alto débito bilioso por SNG.

TAC Abdominal (29/7): páncreas aumentado de tamaño, bordes desflecados, aire peripancreático, aire intrapancreático, colección retrogástrica y líquido perihepático. Derrame pleural bilateral.

DIAG: PANCREATITIS AGUDA

Se instauro tratamiento ATB con Imipenem

Se solicita derivación a servicio de mayor complejidad.



INGRESO HMALL

- Lúcido, regular estado general, ictérico, taquipnéico. Abdomen distendido, blando, indoloro.
- **Laboratorio al ingreso:** urea y creatinina aumentadas, HCO₃ 20.8, Bil tot: 4.2 Directa 2.2, Na 150.
- **Rx Tórax:** redistribución de flujo, velamiento de base y seno costofrénico izquierdos



4 días EVOLUCION y 9 hs. del ingreso

- Bacteriemia de difícil control (40°).
- HTA severa $\geq 270/170$. Tto NTG
- **PVC elevada, diuréticos en bolo**



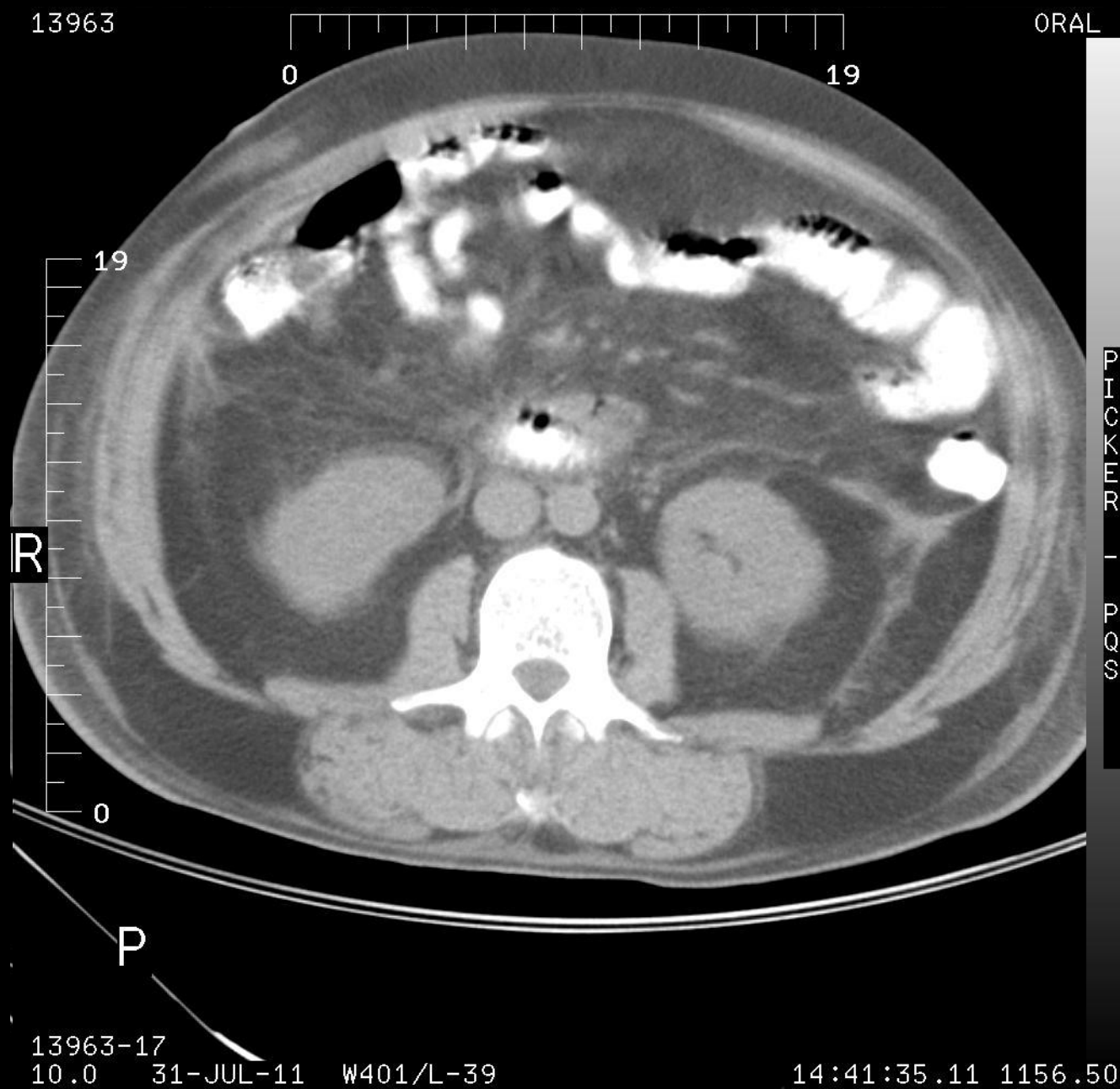
Conducta:

48 hs. de internación:

- ☐ Taquicárdico, Taquipnéico, Febril
- ☐ **TAC**



CASO CLINICO





- Derrame pleural a predominio izquierdo.
- Aumento de tamaño del páncreas con alteración de los planos peripancreáticos.
- Colección retrogástrica y en fascia lateroconal izquierda.
- Imagen compatible con aire alrededor de la cabeza y cuerpo del páncreas.



3º DÍA DE INTERNACIÓN

- Disnea, disminución saturación y perfusión.
- **Intubación**

USTED QUE HARÍA?



PAAF BACTERIOLOGICA DE NECROSIS PANCREÁTICA GUIADA POR TAC

- Se punza desde Flanco Izquierdo con aguja chiva 18 G la colección pre-renal.
- Colección de **aspecto purulento**: Proteínas 20 g/l, glucosa 0,09g/l, Amilasa 2585, Lipasa 1389, abundantes leucocitos, escasos hematíes.
- Muestra a bacteriología.

Acompañando a la punción coloca drenaje multipropósito de 8.5 Fr.



CASO CLINICO

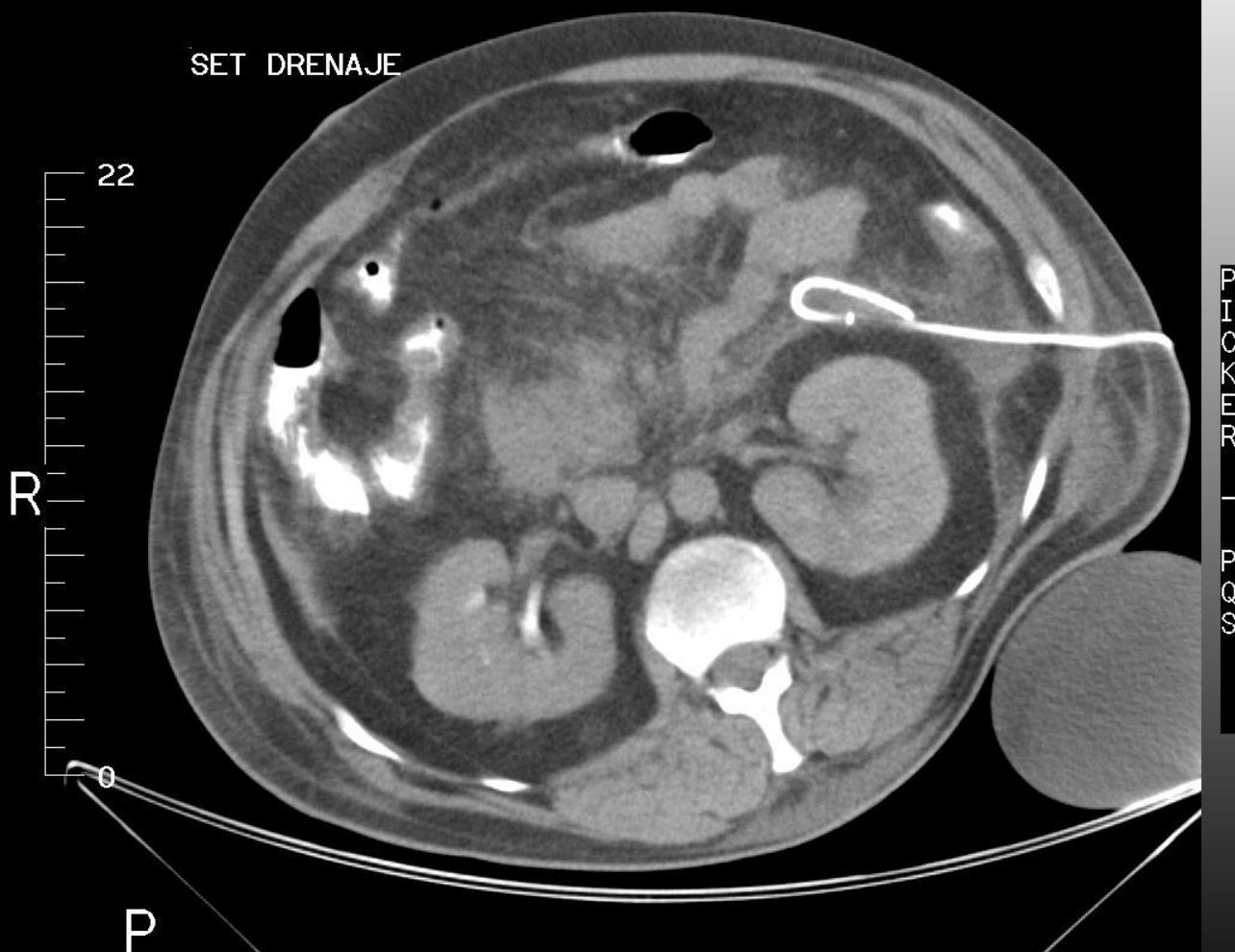
VILLAFANA GUILLERMO(46)
056

HMA L.LUCERO B.BLANCA
Y

0

22

SET DRENAJE



13983-4

10.0

01-AUG-11

W400/L0

19:15:22.72 1056.00



5º EVOLUCION Y 2º PO (3/8)

- Cultivo informe oral: *Streptococo no tipificado aún.*
- **Colocación SNY**
- Evolución **persistentemente febril.**
- **Nueva TAC y DRENAJE PERCUTANEO**



CASO CLINICO

14002

0 19

Y

FR 19 0



PICKER - PQS
PICKER - PQS

PICKER - PQS
PICKER - PQS



CASO CLINICO





Punción de colección retrogástrica:

- Abundante líquido purulento.
- Gran compromiso de grasa peripancreática.
- Drenaje en proyección de la COLA del páncreas.



7° EVOLUCION 4° Y 2° PO (5/8)

- Cultivo: *Streptococo no tipificado* y *Bacilo Gram(-)* .
- MEROPENEM más ORNIDAZOL
- Sedoanalgesiado
- Evolución **persistentemente febril**.
- Drenajes sin débito, pero permeables



ICTERICO

**Se realiza COLECISTOCOLANGIOGRAFIA
Donde se evidencia fístula duodenal con
vía biliar normal 9/8**



CASO CLINICO

PHILIPS BV Endura

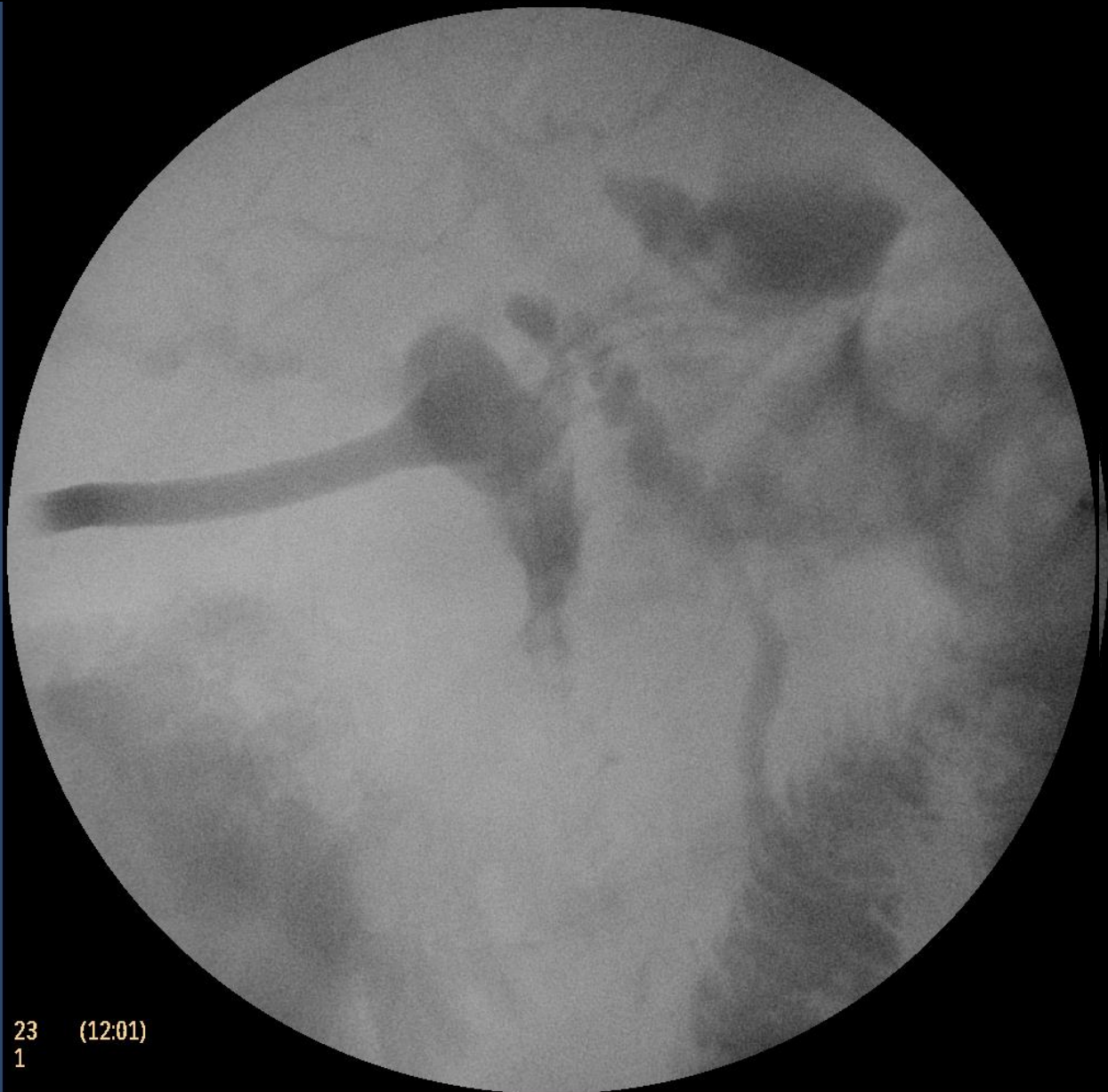
HMA L.LUCERO B.BLANCA

Paciente
villafana

D

Examen

Abdominal
09-08-2011



23 (12:01)
1



**En mismo acto se realiza recambio a
catéteres de 14 fr.**



CASO CLINICO

RECAMBIO y COLOCACIÓN DE CATETER GUIADO POR RADIOCOPIA

PHILIPS BV Endura

HMA L.LUCERO B.BLANCA

Paciente
villafana

D

Examen

Abdominal
09-08-2011





12º EVOLUCION - 9PO - 7PO

- ☐ Permeabilización y lavado diario por los drenajes. Débito necrohemorrágico con detritus
- ☐ Continúa con **registros febriles y subfebriles persistentes.**
- ☐ Estable hemodinámicamente
- ☐ **Se suspende sedación y se extuba**



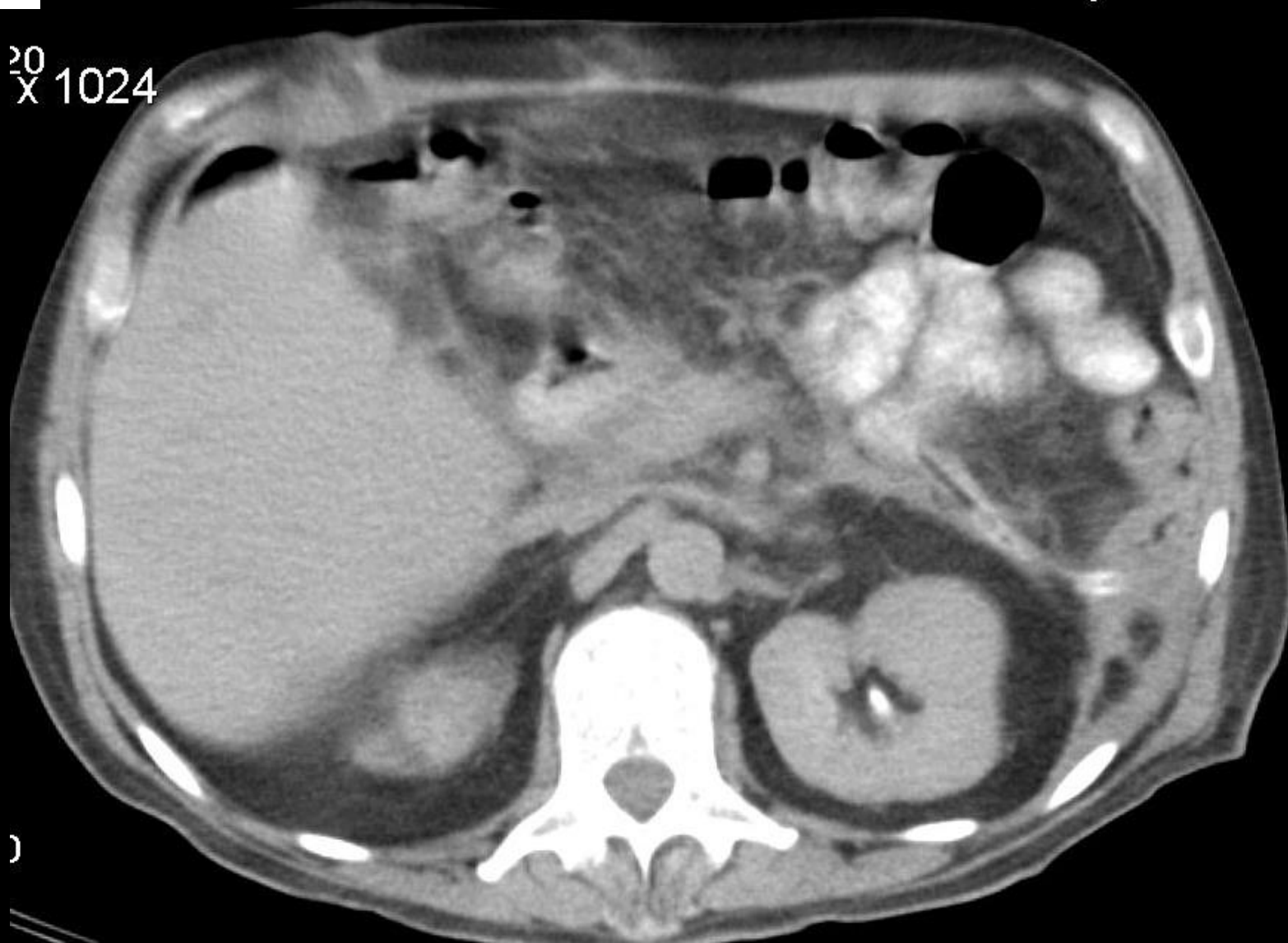
18° EVOLUCION - 7PO recambio catéteres

- ☐ Continúa con registros febriles y subfebriles persistentes
- ☐ Se realiza TAC de abdomen: sin colección pancreática evidente, pequeña colección subfrénica izquierda
- ☐ Rx Tórax: radioopacidad en campo inferior y medio izquierdo, con infiltrados algodonosos en hilio izquierdo.



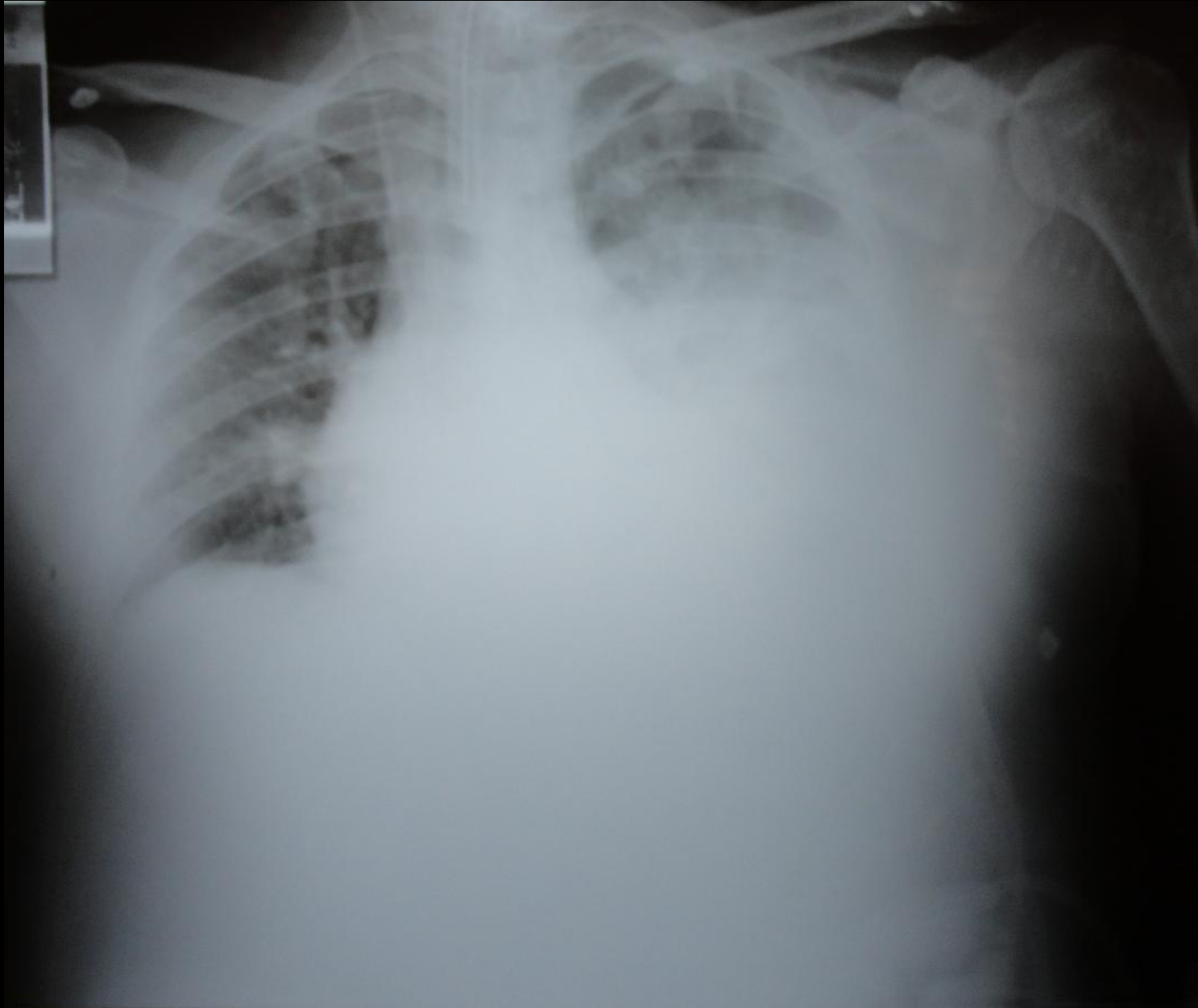
CASO CLINICO

20
X 1024





CASO CLINICO





21° EVOLUCION 19/8

☐ Neumonía Intrahospitalaria

☐ Traqueostomía AVM

Cultivo punta de catéter, aspirado traqueal,
retrocultivo via central: *Staphylococcus aureus*
sensible a vancomicina



31° EVOLUCION 29/8

**TAC de Abdomen con contraste endovenoso
para descartar focos no drenados**



CASO CLINICO





32° EVOLUCION 30/8

☐ **Recambio de catéteres en quirófano**



RADIOCOPIAS 30/8

CASO CLINICO

PHILIPS BV Endura

HMA L.LUCERO B.BLANCA

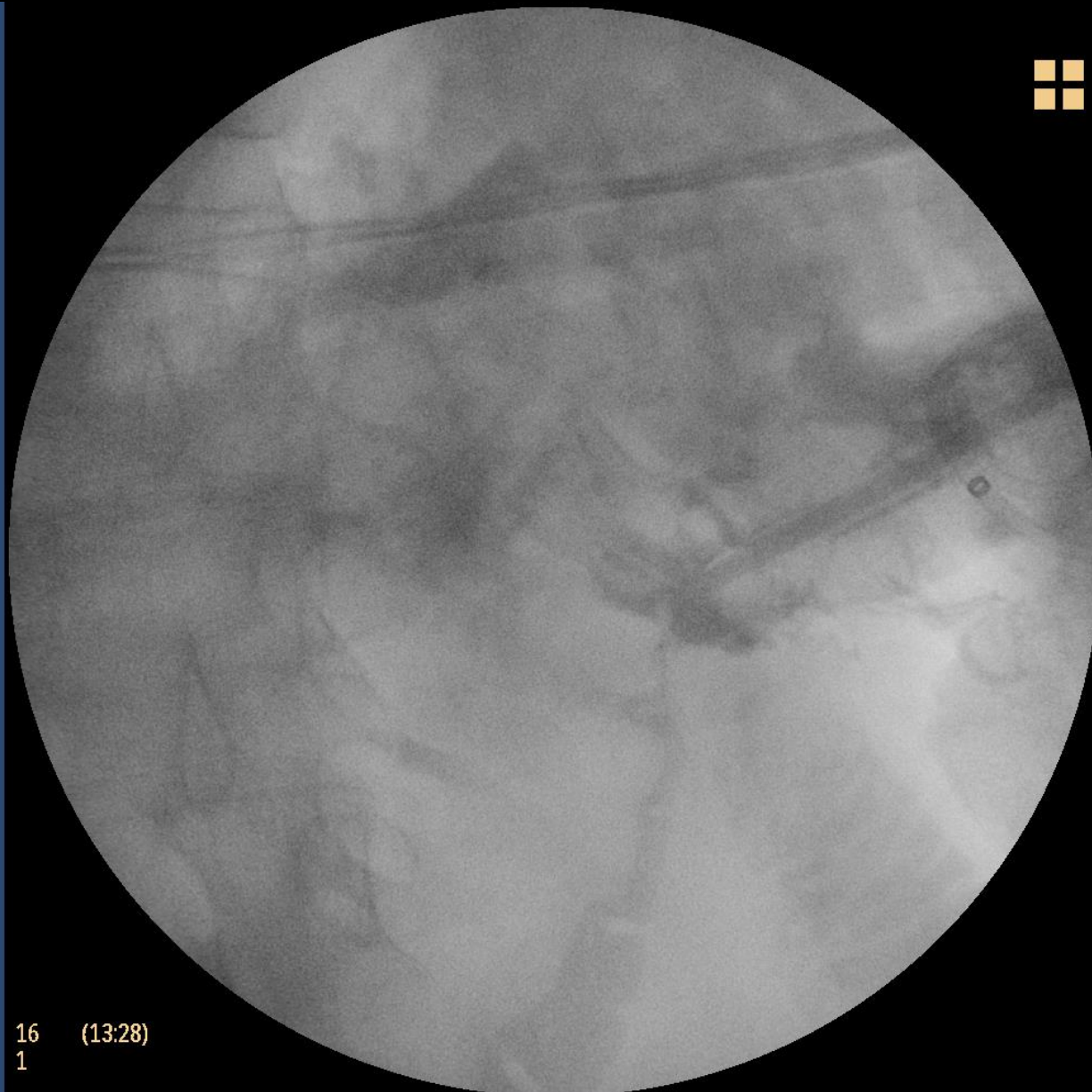
Paciente

Sin nombre

D

Examen

Abdominal
30-08-2011



16 (13:28)
1



35° EVOLUCION 2/9

- ☐ TAC Abdomen: escaso líquido periesplénico. Colecciones drenadas por catéteres.
- ☐ Evoluciona con registros persistentes de fiebre, taquicardia y taquipnea. Hemocultivos, cultivo catéter y líquido abdominal.
- ☐ Lavado periódico de drenajes.



CASO CLINICO

243

HMA L.LUCERO B.BLANCA

Y

0

21

21
R
0
P



P
H
I
C
K
E
R
-
P
O
S

14536-20

10.0 02-SEP-11 W321/L-36

09:55:48.07 1329.55



40° EVOLUCION 7/9

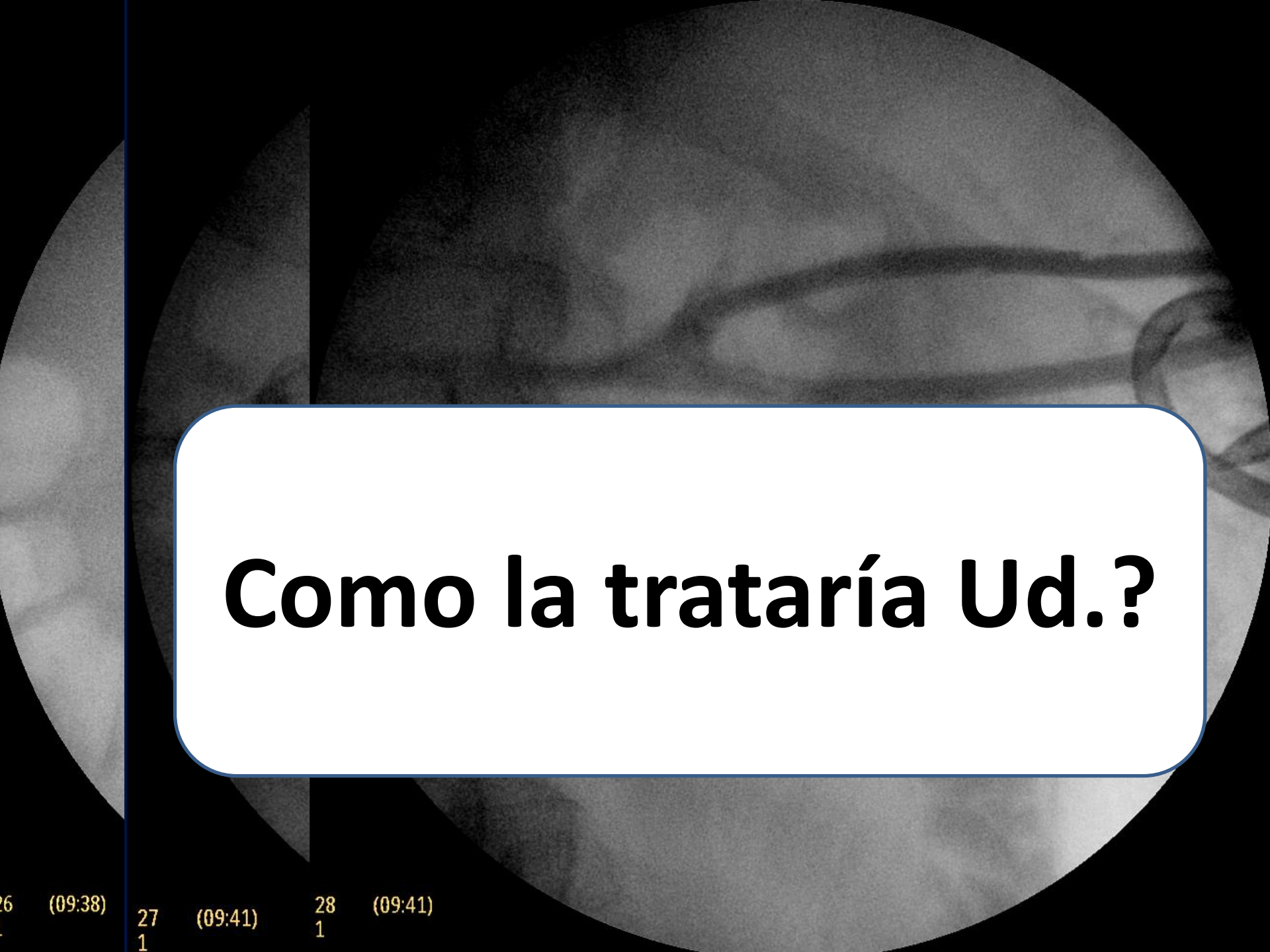
- ☐ Continúa sedoanalgesiado. Evoluciona con registros persistentes de fiebre, taquicardia y taquipnea.
- ☐ Persiste Ictérico
- ☐ Drenaje abdominal con débito teñido con aparente contenido digestivo. 1200 ml en 24 hs.

Ud. Que haría?



40° EVOLUCION 7/9

- ☐ **TAC Abdomen:** colecciones drenadas por catéter.
- ☐ **Fistulografía en quirófano**



Como la trataría Ud.?



40° EVOLUCION 7/9

- ☐ Tratamiento NO QUIRÚRGICO!!
- ☐ Progresión de sonda de alimentación hasta 3ª porción duodeno.
- ☐ SNG a débito.



42° EVOLUCION 9/9

- ☐ Continúa sedoanalgesiado. Evoluciona con registros persistentes de fiebre, taquicardia y taquipnea.
- ☐ Hto: 20, Hb: 6.4. Se transfunden 2 U GR.
- ☐ Se decide comenzar tratamiento con FLUCONAZOL para cubrir posible foco micótico.



43° EVOLUCION 10/9

- ☐ Hemocultivos: Stafilococo Epidermidis.
- ☐ Punta de catéter: Enterobacter aerógenes.
- ☐ Líquido abdominal: Enterobacter aerógenes, Pseudomona aeruginosa y Enterococos fecalis.
- ☐ Tratamiento con Amikacina + Vancomicina + Ceftazidima.



46° EVOLUCION 13/9

- ☐ Disminución de registros febriles a 1 diario.
- ☐ Se suspende sedación.
- ☐ Drenajes abdominales con débito disminuido.
Permeabilización diaria.



56° EVOLUCION 23/9

- ☐ Registro febril diario. Taquicárdico, taquipnéico.
- ☐ Persiste ictérico
- ☐ Colecistocolagiografía vía biliar expedita.



El 60° día de internación pasa a SALA GENERAL.

- ☐ Continúa estable, buena evolución.
- ☐ Registros febriles diarios, taquicárdico, taquipnéico.
- ☐ Se realizan entre 3 y 4 lavados diarios por los drenajes *que se comunican entre si* .



66° EVOLUCION 5/10

- ☐ Febril persistente. Taquicárdico, taquipnéico.
- ☐ Hemocultivo: Staphylococo aureus oxacilina resistente. Liq. Abdominal: Proteus, Pseudomona, Klebsiella, Enterococo.
- ☐ TAC Abdomen



TAC 5-10

CASO CLINICO

454

HMA L.LUCERO B.BLANCA
Y

0

20

20
IR
0



P
H
C
K
E
R
I
P
O
S

P

12309-46
10.0 05-OCT-11 W298/L-20

10:01:35.72 1134.00

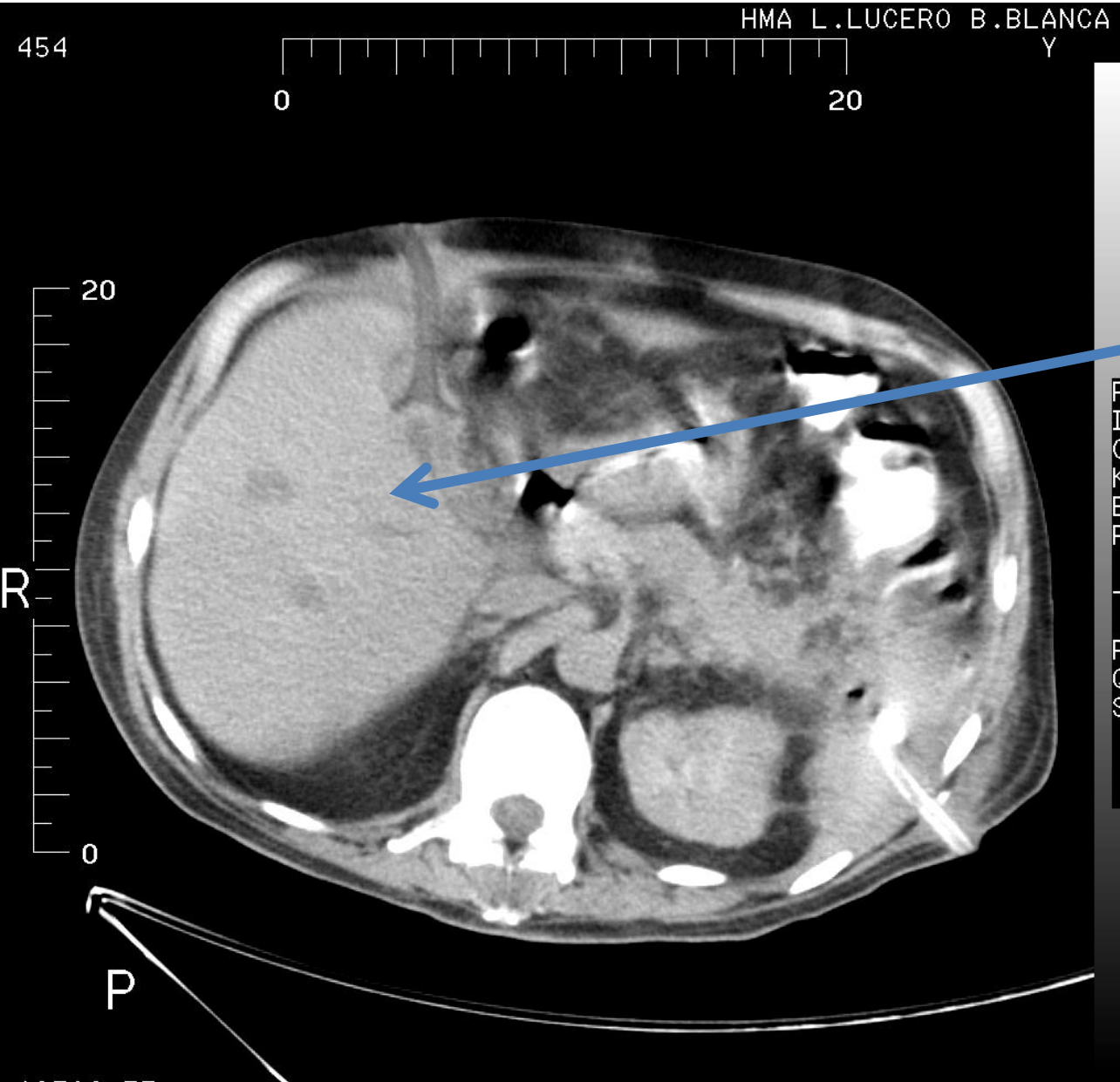


66° EVOLUCION 5/10

- ☐ **TAC Abdomen:** páncreas alterado sin colecciones, imágenes hipodensas hepáticas (abscesos? Hígado de sepsis?)
- ☐ **Infectología:** Vancomicina + Meropenem.



CASO CLINICO



Abscesos
hepáticos



68° EVOLUCION – 6° Recambio de drenajes

- ☐ Paciente buena evolución
- ☐ Episodios febriles aislados **en picos**
- ☐ **Débito drenajes últimas 24 hs: 5/5/70.**



70° EVOLUCION

- ☐ Paciente buena evolución
- ☐ Episodios subfebriles
- ☐ Cánula fonatoria, mejoría de la movilidad con apoyo kinésico.



80° EVOLUCION

☐ Buen estado general

☐ **Afebril hace 11 días.**

☐ Control TAC: mejoría imágenes hepáticas, páncreas sin colecciones

☐ Continúa Tto ATB



CASO CLINICO

TAC 17/10

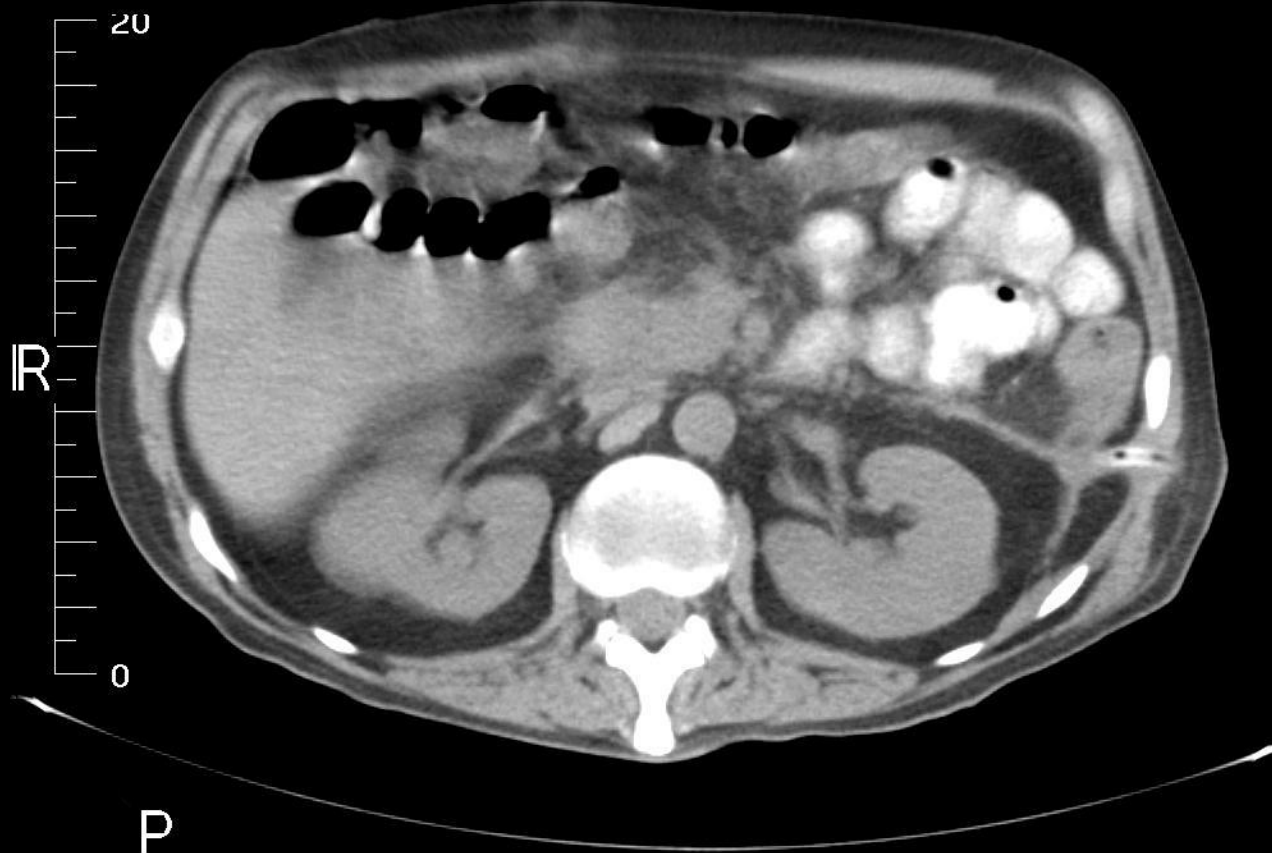
1942

HMA L.LUCERO B.BLANCA

N

0

20



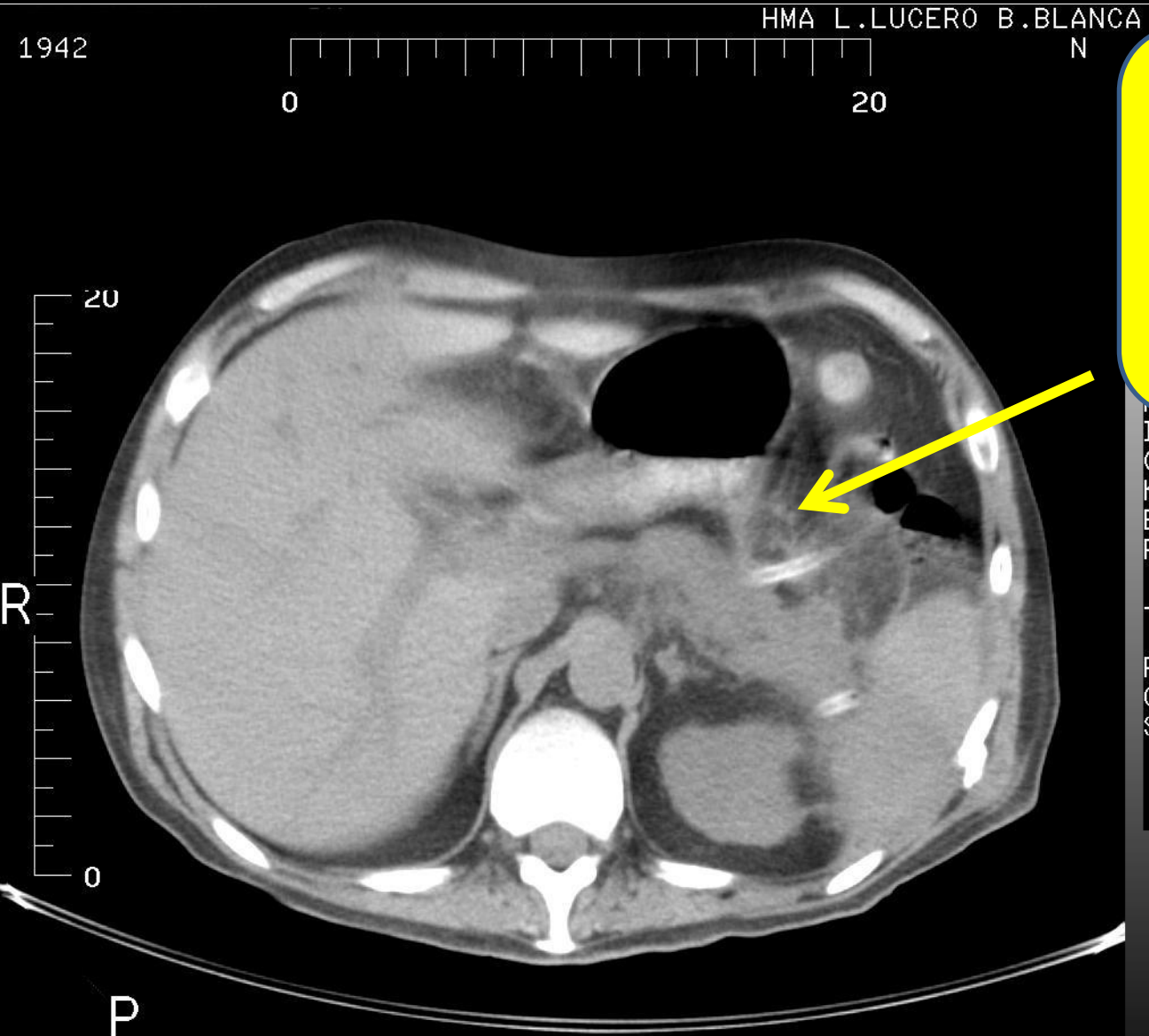
12454-16

8.0 17-OCT-11 W305/L-11

11:57:48.23 1219.50



CASO CLINICO



**Trayecto de
la fístula?**



82° EVOLUCION

- ☐ Buen estado general
- ☐ Se retiran drenajes abdominales
- ☐ Nutrición vía oral bien tolerada
- ☐ **Colecistocolangiografía**



82° EVOLUCION

CASO CLINICO

COLECISTOCOLANGIOGRAFÍA:

Cálculo en vesícula

Ausencia cálculos en VB

**Ausencia de fístula
duodenal**

**Se cierra la sonda Pezzer de
colecistostomía**

Extrapapilar



ULTIMOS 14 DIAS DE INTERNACION

- ☐ Sin Cánula fonatoria
- ☐ Recuperación motora con Kinesio
- ☐ Apoyo nutricional



A LOS 96 DIAS DE INTERNACION

ALTA HOSPITALARIA



**XI CURSO INTERNACIONAL “HANDS ON”
EN CIRUGÍA INVASIVA MÍNIMA
Y RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA**

**10 al 13 de noviembre de 2011
Buenos Aires, Argentina**

“Muchas Gracias”

Bahía Blanca - Argentina