

Cirugía pancreática en el Hospital Juárez de México: Experiencia institucional en el manejo de pseudoquistes pancreáticos y necrosis pancreática infectada, 2021–2025

Ibarra Bustos Alberto; Carrión Crespo Gavin Américo; Pinto Angulo Víctor Manuel

Correo electrónico: ibarrabustosalberto@gmail.com

ORCID: 0009-0002-0415-0340

Teléfono de contacto: 4431412356

Institución de adscripción del primer autor: Hospital Juárez de México

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones locales de la pancreatitis presentan comportamientos distintos y requieren abordajes específicos. Los pseudoquistes pancreáticos (PP) son colecciones encapsuladas y homogéneas que suelen aparecer después de cuatro semanas de evolución [1]. En contraste, la necrosis pancreática amurallada representa la fase tardía de la colección necrótica aguda, caracterizada por tejido necrótico delimitado por una pared inflamatoria. Cuando esta colección se coloniza por microorganismos, surge la necrosis pancreática infectada (IPN), una complicación grave con elevada morbilidad [2]. El manejo de los PP ha evolucionado hacia técnicas menos invasivas, reservando la cirugía para casos seleccionados [3]. Para la IPN, el enfoque escalonado —que inicia con drenaje y progresa al desbridamiento solo si es necesario— ha demostrado mejores resultados que la necrosectomía abierta temprana y constituye la estrategia recomendada en la actualidad [4,5].

OBJETIVO: Describir la experiencia del Hospital Juárez de México (HJM) en el manejo quirúrgico de PP e IPN durante el periodo 2021–2025, identificando características clínicas y tomográficas, abordajes utilizados y resultados postoperatorios.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de PP e IPN atendidos en el HJM entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Se revisaron expedientes clínicos y estudios de imagen para obtener datos demográficos, etiología de la pancreatitis, características clínicas y tomográficas, tipo de tratamiento recibido y abordaje quirúrgico. Se registraron complicaciones postoperatorias y estancia hospitalaria. La clasificación de Clavien-Dindo se empleó para categorizar los eventos adversos.

RESULTADOS: Se incluyeron 35 pacientes, 17 con PP y 18 con IPN (Tabla 1). Las características clínicas iniciales y parámetros de laboratorio se muestran en Tabla 2. En el grupo de PP, la edad media fue de 42.4 años y predominó el sexo femenino. Diez pacientes requirieron intervención quirúrgica, principalmente cistogastroanastomosis posterior, con abordajes laparoscópico en seis casos, abierto en tres y uno híbrido (Tabla 3). La mediana de sangrado intraoperatorio fue de 175 mL y la estancia hospitalaria de 10.5 días. Las complicaciones se distribuyeron entre los grados I a IVa de Clavien-Dindo. En los pacientes con IPN, la edad media fue de 45.4 años y predominó el sexo masculino. El abordaje inicial fue laparoscópico en 11 pacientes, abierto en seis y mediante VARD en uno; cinco habían recibido drenaje percutáneo previo. Seis pacientes requirieron una nueva intervención durante su evolución. La estancia hospitalaria media fue de 39.1 días y la mortalidad alcanzó 33.3%. Las complicaciones incluyeron eventos de Clavien-Dindo II a V, con mayor frecuencia de cuadros severos y necesidad de procedimientos adicionales (Tabla 4).

CONCLUSIONES: Los PP e IPN mostraron necesidades quirúrgicas claramente distintas. En los PP predominó el uso de técnicas mínimamente invasivas, con menor complejidad operatoria, menos complicaciones severas y una estancia hospitalaria más corta. En contraste, la IPN requirió procedimientos más agresivos, presentó mayor frecuencia de reintervenciones y se asoció con mortalidad elevada. La experiencia institucional respalda la individualización del manejo de las complicaciones locales de la pancreatitis, ajustando el abordaje quirúrgico a la evolución clínica y a las características de cada entidad.

REFERENCIAS

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-111.
2. Kluszczyk P, Tobiasz A, Madej A, Wosiewicz P, Mrowiec S, Jabłońska B. Pancreatic Pseudocysts: Evolution of Treatment Approaches. *J Clin Med*. 2025;14(17):6152.
3. Jivani A, Shinde RK, Nagtode T, Vaidya K, Goel S. The Surgical Management of Pancreatic Pseudocysts: A Narrative Review. *Cureus*. 2024;16(9).
4. van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS, Boermeester MA, Dejong CH, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med*. 2010;362(16):1491-1502.
5. van Brunschot S, van Grinsven J, van Santvoort HC, Bakker OJ, Besselink MG, Boermeester MA, et al. Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. *Lancet*. 2018;391(10115):51-58.

ANEXOS

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES		
PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS		
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN SEXO		
	Hombre, n (%)	6 (35.3)
	Mujer, n (%)	11 (64.7)
COMORBILIDADES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA		
	Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	3 (17.6)
	Hipertensión arterial sistémica, n (%)	2 (11.8)
	Otra, n (%)	1 (5.9)
	Ninguna, n (%)	11 (64.7)
TOXICOMANÍAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA		
	Alcoholismo, n (%)	5 (29.4)
	Tabaquismo , n (%)	5 (29.4)
	Ninguna, n (%)	10 (58.8)
ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS		
	Biliar	13 (76.5)
	Alcohólica	3 (17.6)
	Hipertrigliceridemia	1 (5.9)
NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA		
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN SEXO		
	Hombre, n (%)	10 (55.6)
	Mujer, n (%)	8 (44.4)
COMORBILIDADES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA		
	Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	5 (27.7)
	Hipertensión arterial sistémica, n (%)	2 (11.11)
	Otra, n (%)	3 (16.67)
	Ninguna, n (%)	9 (50)
TOXICOMANÍAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA		
	Alcoholismo, n (%)	8 (44.44)
	Tabaquismo, n (%)	3 (16.66)
	Otras drogas, n (%)	1 (5.56)
	Ninguna, n (%)	7 (38.89)
ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS		
	Biliar	12 (66.67)
	Alcohólica	5 (27.78)
	Hipertrigliceridemia	1 (5.55)
n: número, %: porcentaje. Nota: Las categorías de comorbilidades y toxicomanías no son mutuamente excluyentes; un paciente puede estar incluido en más de una categoría.		

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TOMOGRÁFICAS	
PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
Dolor en epigastrio, n (%)	11 (64.7)
Dolor en hipocondrio derecho, n (%)	3 (17.6)
Dolor en hipocondrio izquierdo, n (%)	2 (11.8)
Dolor en mesogastrio, n (%)	1 (5.9)
CARACTERÍSTICAS TOMOGRÁFICAS	
Volumen del PP, Md (RIQ)	462 (163.5-1022)
NOTA: El 100% de los participantes presentó intolerancia a la vía oral.	
NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
Fiebre, n (%)	18 (100)
Antecedente de drenaje percutáneo, n (%)	5 (27.78)
CARACTERÍSTICAS TOMOGRÁFICAS	
Presencia de gas, n (%)	12 (70.59)
Presencia de pared, n (%)	3 (17.65)
Volumen de la INP, Md (RIQ)	351 (142-878.5)
n: número, %: porcentaje, Md: mediana; RIQ: rango intercuartílico, PP: pseudoquiste pancreático; IPN: necrosis pancreática infectada.	

TABLA 3: ABORDAJE QUIRÚRGICO	
PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS	
Abierta, n (%)	3 (17.6)
Laparoscopia, n (%)	6 (35.3)
Híbrida, n (%)	1 (5.9)
Sin necesidad de tratamiento quirúrgico, n (%)	7 (41.2)
NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA	
Abierta, n (%)	6 (33.3)
Laparoscopia, n (%)	11 (61.1)
VARD, n (%)	1 (5.6)
n: número, %: porcentaje.	

TABLA 4: COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS SEGÚN LA ESCALA CLAVIEN-DINDO	
PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS	
Grado I, n (%)	3 (30)
Grado II, n (%)	3 (30)
Grado IIIa, n (%)	2 (20)
Grado IIIb, n (%)	1 (10)
Grado IVa, n (%)	1 (10)
Grado IVb, n (%)	0 (0.0)
Grado V, n (%)	0 (0.0)
NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA	
Grado I, n (%)	0 (0.0)
Grado II, n (%)	5 (27.8)
Grado IIIa, n (%)	1 (5.6)
Grado IIIb, n (%)	2 (11.1)
Grado IVa, n (%)	0 (0.0)
Grado IVb, n (%)	4 (22.2)
Grado V, n (%)	6 (33.3)
n: número, %: porcentaje	