

**DOI:** 10.26820/reciamuc/9.(4).diciembre.2025.271-280

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1658>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 271-280



## Rol de la endoscopia intervencionista en el manejo de la pancreatitis aguda complicada

Interventional endoscopy's role in the management of complicated acute pancreatitis

O papel da endoscopia intervencionista no tratamento da pancreatite aguda complicada

**Marcelo Alexander Muñoz Páez<sup>1</sup>; Sofía Carolina Ortiz Tamayo<sup>2</sup>; Sandra Viviana Once Guanga<sup>3</sup>;  
Edison Javier Arequipa Muso<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 21/09/2025 **ACEPTADO:** 28/10/2025 **PUBLICADO:** 06/12/2025

1. Médico General; Investigador Independiente; Ibarra, Ecuador; alexandermunoz789@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-8513-6116>
2. Médico; Médico en Funciones Hospitalarias en el Hospital de Especialidades Quito No.1 Policía Nacional; Quito, Ecuador; sofycarolina@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4397-7201>
3. Médica; Médica Residente en el Hospital Provincial General Docente Riobamba; Riobamba, Ecuador; sandraonce016@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7516-9690>
4. Magíster en Salud y Seguridad Ocupacional Mención en Prevención de Riesgos Laborales; Médico; Médico General en Centro de Especialidades Ángeles; Latacunga, Ecuador; javierarequipa97@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0002-2336-1127>

### CORRESPONDENCIA

**Marcelo Alexander Muñoz Páez**  
alexandermunoz789@gmail.com

**Ibarra, Ecuador**

## RESUMEN

La pancreatitis aguda (PA) es una entidad con morbimortalidad significativa, especialmente en sus formas graves complicadas por colecciones líquidas o necrosis. La endoscopia intervencionista ha emergido como el pilar central del manejo mínimamente invasivo, superando en muchos aspectos a las técnicas quirúrgicas convencionales. Esta revisión analiza la evidencia reciente que sustenta el papel de la endoscopia en dos dominios principales: el manejo biliar urgente mediante Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) y el drenaje y desbridamiento de colecciones pancreáticas. La CPRE temprana, realizada dentro de las 48 horas en la PA biliar severa con obstrucción persistente, se asocia a una reducción de la mortalidad temprana y la falla orgánica. Para las colecciones maduras (pseudocistos y necrosis amurallada, WON), el drenaje transmural guiado por ultrasonido endoscópico (EUS-GD) es el enfoque preferido. La Necrosectomía Endoscópica (NE) para la WON infectada, comparada con la cirugía mínimamente invasiva, demuestra una morbilidad significativamente inferior, incluyendo menores tasas de complicaciones mayores, fistulas pancreáticas y nueva falla orgánica, manteniendo una mortalidad comparable. El uso de stents metálicos de aposición luminal (LAMS) ha acortado el tiempo necesario para la resolución de la WON, consolidando el enfoque endoscópico como la modalidad de primera línea en el algoritmo step-up contemporáneo.

**Palabras clave:** Pancreatitis Aguda, Endoscopia Intervencionista, CPRE, Necrosis Pancreática.

## ABSTRACT

Acute pancreatitis (AP) is an entity associated with significant morbidity and mortality, especially in its severe forms complicated by fluid collections or necrosis. Interventional endoscopy has emerged as the central pillar of minimally invasive management, surpassing conventional surgical techniques in many respects. This review analyzes the recent evidence supporting the role of endoscopy in two main domains: urgent biliary management via Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) and the drainage and debridement of pancreatic collections. Early ERCP, performed within 48 hours in severe biliary AP with persistent obstruction, is associated with a reduction in early mortality and organ failure. For mature collections (pseudocysts and walled-off necrosis, WON), Endoscopic Ultrasound-Guided Drainage (EUS-GD) is the preferred approach. Endoscopic Necrosectomy (EN) for infected WON, compared to minimally invasive surgery, demonstrates significantly lower morbidity, including reduced rates of major complications, pancreatic fistulas, and new organ failure, while maintaining comparable mortality. The use of lumen-apposing metallic stents (LAMS) has shortened the time needed for WON resolution, consolidating the endoscopic approach as the first-line modality in the contemporary step-up algorithm.

**Keywords:** Acute Pancreatitis, Interventional Endoscopy, ERCP, Pancreatic Necrosis.

## RESUMO

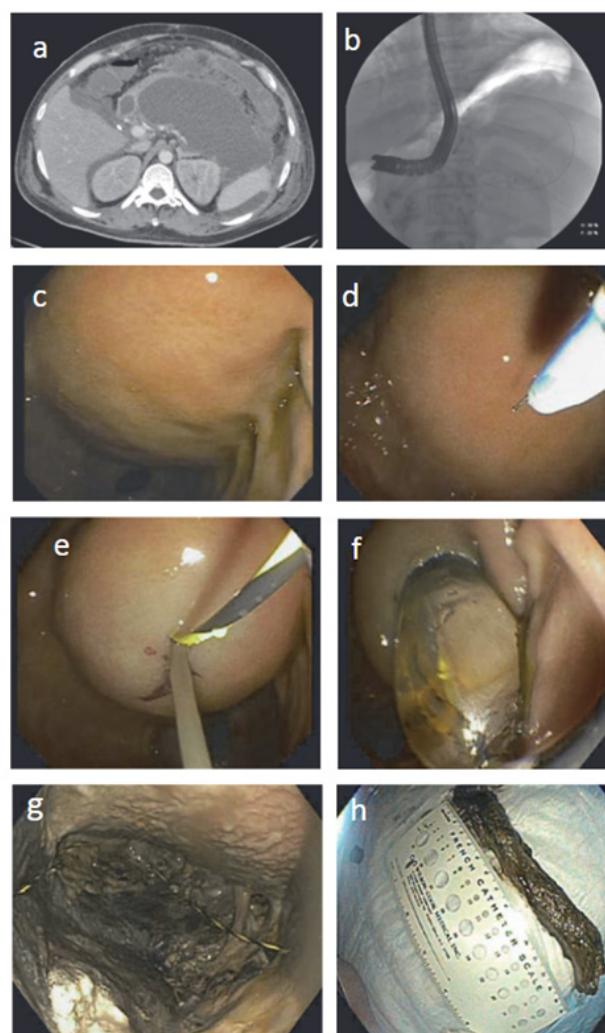
A pancreatite aguda (PA) é uma entidade associada a morbidade e mortalidade significativas, especialmente nas suas formas graves complicadas por acúmulos de fluidos ou necrose. A endoscopia intervencionista surgiu como o pilar central do tratamento minimamente invasivo, superando as técnicas cirúrgicas convencionais em muitos aspectos. Esta revisão analisa as evidências recentes que apoiam o papel da endoscopia em dois domínios principais: tratamento biliar urgente por meio da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e drenagem e desbridamento de acúmulos pancreáticos. A CPRE precoce, realizada dentro de 48 horas em PA biliar grave com obstrução persistente, está associada a uma redução na mortalidade precoce e na falência de órgãos. Para coleções maduras (pseudocistos e necrose isolada, WON), a drenagem endoscópica guiada por ultrassom (EUS-GD) é a abordagem preferida. A necrosectomia endoscópica (EN) para WON infectada, em comparação com a cirurgia minimamente invasiva, demonstra morbidade significativamente menor, incluindo taxas reduzidas de complicações graves, fistulas pancreáticas e nova falência de órgãos, mantendo uma mortalidade comparável. O uso de stents metálicos de aproximação do lúmen (LAMS) reduziu o tempo necessário para a resolução da WON, consolidando a abordagem endoscópica como a modalidade de primeira linha no algoritmo contemporâneo de escalonamento.

**Palavras-chave:** Pancreatite aguda, Endoscopia intervencionista, CPRE, Necrose pancreática.

## Introducción

La pancreatitis aguda representa un proceso inflamatorio agudo del páncreas que puede extenderse al tejido peripancreático y órganos distantes (1). A pesar de que aproximadamente el 90% de los casos son formas edematosas intersticiales de curso leve y resolución temprana (2), la enfermedad posee una importancia clínica notable debido a la elevada incidencia de las formas graves y la morbimortalidad asociada.

Las causas predominantes incluyen la litiasis biliar y el alcoholismo, aunque hasta el 15% de los casos se clasifican inicialmente como pancreatitis aguda idiopática (3). Los pacientes que desarrollan pancreatitis necrotizante (5-10% de los casos) tienen una predisposición significativa a complicaciones tanto locales como sistémicas, incrementando drásticamente el riesgo de muerte, cuya tasa varía entre el 8% y el 39% cuando la necrosis se infecta (4).



**Figura 1.** Necrosectomía endoscópica: (a) necrosis pancreática organizada visualizada en tomografía abdominal, (b) acceso trans-gástrico de la cavidad pancreática, se puede observar la guía en el interior, (c) protuberancia visible en la pared posterior del estómago, (d) incisión con bisturí (needle knife) endoscópico en la pared del estómago, (e) punción y colocación de alambre guía, (f) dilatación del tracto con un balón esofágico de 20 mm, (g) acceso a la cavidad pancreática retroperitoneal, (h) necrosis pancreática extraída.

**Fuente:** Coronel et al. (2).

La correcta caracterización de las complicaciones locales es fundamental para definir la estrategia terapéutica. La clasificación de Atlanta revisada categoriza las colecciones pancreáticas y peripancreáticas basándose en el contenido (líquido vs. necrótico) y el tiempo de evolución (agudo, <4 semanas, vs. crónico o maduro, >4 semanas) (5).

Las dos complicaciones locales más relevantes para la intervención endoscópica son:

- Pseudoquiste Pancreático (PQ):** Esta es una colección líquida bien definida, encapsulada por tejido fibroso (no epitelio), que se forma típicamente más de cuatro semanas después de un episodio de pancreatitis edematoso intersticial. Aunque el pseudoquiste es una complicación menos común en la PA (incidencia de 1 en 100,000 personas por año), se observa con mayor frecuencia en el contexto de la pancreatitis crónica (4).
- Necrosis Amurallada (WON):** Representa una colección necrótica pancreática o peripancreática que se ha encapsulado con una pared bien definida, formándose después de las primeras cuatro semanas de una pancreatitis necrotizante. La WON es particularmente crítica ya que tiende a infectarse en aproximadamente el 30% de los casos (4), lo que requiere una intervención urgente.

Históricamente, el manejo de la pancreatitis necrotizante y sus colecciones maduras (WON) se realizaba mediante cirugía convencional, asociada a una alta morbilidad (2). Sin embargo, la evolución de las técnicas mínimamente invasivas ha reescrito este paradigma. El concepto actual se centra en un enfoque escalonado (step-up approach) (6), donde la intervención inicial es la menos invasiva posible: observación, drenaje percutáneo o drenaje endoscópico (7). El avance de la endoscopia intervencionista, incluyendo la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) y el drenaje guiado por ultrasonido endoscópico (EUS-GD), ha permitido tratar estas complicacio-

nes de manera efectiva con una morbilidad significativamente menor (2). El objetivo principal de la endoscopia en este contexto es reducir la invasividad, disminuir las secuelas funcionales a largo plazo y mejorar la recuperación del paciente (6).

## Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura especializada y una síntesis de la evidencia clínica disponible sobre la endoscopia intervencionista en la pancreatitis aguda complicada.

La búsqueda sistemática se ejecutó en bases de datos biomédicas clave, incluyendo PubMed, SCOPUS, y repositorios de guías de práctica clínica internacionales. Los términos de búsqueda MeSH y palabras clave relevantes incluyeron: "Pancreatitis Aguda", "Endoscopia Intervencionista", "CPRE", "Necrosis Pancreática", "Necrosis Amurallada (WON)", "Pseudoquiste Pancreático", "LAMS", y "Síndrome del Conducto Pancreático Desconectado (DPDS)". Se aplicó un filtro temporal estricto para incluir únicamente artículos científicos publicados o indexados entre enero de 2020 y julio de 2025.

Se seleccionaron ensayos clínicos controlados aleatorizados (RCTs), metaanálisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica actualizadas (especialmente IAP 2025, ESGE) para asegurar la inclusión de la evidencia de más alta calidad. La síntesis de la evidencia se centró en datos comparativos de seguridad, eficacia, morbilidad y mortalidad entre las técnicas endoscópicas y otras modalidades de intervención (cirugía o radiología intervencionista).

## Resultados

### Endoscopia en la Fase Aguda: Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE)

#### Indicación de CPRE en Pancreatitis Biliar

La PA biliar constituye la principal etiología de la enfermedad. La CPRE no está indi-

cada de forma rutinaria en casos de pancreatitis biliar leve. Su aplicación se restringe a las formas moderadas o severas que presentan complicaciones biliares activas, como la colangitis o la obstrucción persistente (8). La indicación de CPRE se estratifica según la presencia o ausencia de colangitis aguda:

- **Urgencia Absoluta:** En presencia de colangitis aguda severa coexistente con pancreatitis, la CPRE con esfinterotomía biliar es un procedimiento terapéutico de soporte vital y debe realizarse con la máxima urgencia, idealmente dentro de las 12 a 24 horas (8).
- **Intervención Temprana:** En la pancreatitis biliar severa, incluso sin colangitis, si existe evidencia de obstrucción biliar persistente (demostrada por empeoramiento clínico o ictericia), la CPRE está indicada en un plazo de 48 a 72 horas (8).

### Impacto del timing de CPRE

El momento de la intervención con CPRE es un factor pronóstico crítico. Un metaanálisis reciente (que incluyó más de 7,500 pacientes)

reveló que la CPRE ejecutada dentro de las 48 horas posteriores al inicio de los síntomas se correlaciona con una disminución significativa tanto de la mortalidad temprana como tardía, una reducción en la incidencia de falla orgánica y una estancia hospitalaria más corta (8). La justificación de esta intervención temprana va más allá de la mera extracción del cálculo, sugiriendo que el alivio rápido de la presión en el conducto biliar interrumpe la cascada inflamatoria sistémica que impulsa la falla multiorgánica, una de las principales causas de muerte en los primeros siete días (9).

### Estrategia para Evitar CPRE Innecesaria

Dado el riesgo inherente de la CPRE (incluida la pancreatitis post-CPRE) (10), las guías promueven la estratificación rigurosa. Si los signos de obstrucción biliar comienzan a mejorar o se resuelven espontáneamente, debe priorizarse una evaluación mediante ultrasonido endoscópico (EUS) o colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP) en un plazo de 24 a 48 horas para confirmar la necesidad de la CPRE y evitar procedimientos inapropiados (8).

**Tabla 1.** Indicaciones y Timing de la CPRE en Pancreatitis Aguda Biliar Severa

Condición Clínica	Indicación de CPRE	Tiempo Recomendado de Intervención
Colangitis Aguda Severa	Urgente (Terapéutica y Salvadora)	< 12–24 horas
PA Biliar Severa con Obstrucción Persistente	Temprana (Diagnóstica y Terapéutica)	< 48–72 horas
Ausencia de Colangitis, Obstrucción en Remisión	Evitar CPRE, priorizar EUS/MRCP	Diferida/No indicada

**Fuente:** Buonocore (8).

### Drenaje de Colecciones Pancreáticas: El Step-Up Endoscópico

### Principios de Intervención: Maduración de la Pared

La intervención en colecciones pancreáticas (pseudoquistes y WON) solo se justifica

si son sintomáticas (dolor persistente, obstrucción gástrica o biliar) o están infectadas (10). La piedra angular de la estrategia es el timing adecuado. Las guías recomiendan evitar el desbridamiento antes de las dos semanas y, preferiblemente, realizar el drenaje después de que la colección haya madura-



do y desarrollado una pared bien definida (típicamente >4 semanas), un proceso que reduce significativamente la morbilidad y la mortalidad asociadas a la intervención (5).

### **EUS-Guided Drainage (EUS-GD)**

El drenaje transmural guiado por ultrasonido endoscópico (EUS-GD) ha suplantado a la cirugía como el enfoque de primera línea para el drenaje de colecciones (10). Esta técnica permite crear un acceso directo (cisto-gastrostomía o cisto-duodenostomía) desde el tracto gastrointestinal a la colección bajo visualización segura (2). El EUS-GD ha demostrado ser altamente efectivo, alcanzando tasas de éxito técnico superiores al 95% y tasas de éxito clínico que oscilan entre el 80% y el 90% en centros con experiencia (5).

### **Selección de Stents: LAMS vs. Stents Plásticos**

La elección del dispositivo de drenaje depende de la naturaleza de la colección.

- **LAMS (Lumen-Apposing Metal Stents):** Los LAMS son los stents preferidos para la WON, debido a su diseño de amplio calibre que facilita no solo el drenaje inicial del material líquido sino también el acceso para la Necrosectomía Endoscópica Directa (DEN), un paso sucesivo en el tratamiento de la WON (10).
- **Comparativa de Eficacia:** La evidencia reciente sobre la comparación entre LAMS y múltiples stents plásticos (MPS) ha sido mixta. Algunos estudios de 2020 señalaron tasas de resolución y complicaciones generales similares. Sin embargo, se ha observado consistentemente que los LAMS están asociados con un tiempo significativamente más corto para la resolución completa de la WON (11).
- **Gestión de Riesgos:** Un hallazgo clínico de gran importancia es el perfil de seguridad de los LAMS. Las guías ESGE recomiendan la retirada de los LAMS

dentro de las 3 a 4 semanas posteriores a la colocación (12). Esto se debe al riesgo significativo de eventos adversos tardíos relacionados con el stent, incluyendo hemorragia, migración y la oclusión o enterramiento del dispositivo (10). Esta recomendación establece que, si bien los LAMS ofrecen eficiencia en el desbridamiento rápido, su naturaleza mecánica impone una limitación temporal estricta para mitigar el riesgo de complicaciones graves a largo plazo.

### **Necrosectomía Endoscópica Directa (DEN) y Resultados Comparativos**

#### **Rol de la DEN en el Step-Up Approach**

La Necrosectomía Endoscópica Directa (DEN) es el paso clave después del drenaje inicial cuando la WON contiene restos sólidos necróticos significativos y sintomáticos. Si el drenaje inicial a través del stent (a menudo LAMS) no logra la resolución completa, se introduce instrumental a través del tracto transmural para el desbridamiento mecánico. Este proceso puede ser asistido por la irrigación continua mediante tubos naso-quísticos o naso-císticos (13). La estrategia step-up dictamina que, si el abordaje endoscópico con DEN y el drenaje radiológico percutáneo fallan, se recurre a la cirugía mínimamente invasiva (como la necrosectomía asistida por video o VARD) (6).

### **Comparación de Resultados: Endoscopia vs. Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI)**

La superioridad de los enfoques mínimamente invasivos frente a la cirugía abierta es indiscutible. La pregunta clínica se centra ahora en la comparación entre el drenaje endoscópico y la CMI. Un metaanálisis reciente de ensayos controlados aleatorizados que comparó la NE con la cirugía mínimamente invasiva para la pancreatitis necrotizante infectada proporcionó datos cruciales (14).

- **Mortalidad:** No se encontró una diferencia significativa en la tasa de mortalidad

entre la NE y la CMI (RR 1.10;  $p = 0.80$ ) (14).

- **Morbilidad Mayor:** La NE demostró una ventaja significativa al asociarse con un riesgo reducido de complicaciones mayores (RR 0.69;  $p < 0.05$ ) (14).
- **Complicaciones Específicas:** La ventaja endoscópica fue particularmente marcadamente en la prevención de complicaciones sistémicas y de la pared abdominal, las cuales son frecuentemente el resultado de la invasión quirúrgica abdominal:
  - **Nueva Falla Orgánica:** Reducción significativa con NE (RR 0.29;  $p = 0.02$ ). Esto implica que el abordaje endoscópico, al ser menos traumático, mitiga la respuesta inflamatoria

**Tabla 2.** Comparación de Resultados Clave: Necrosectomía Endoscópica (NE) vs. Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI) para WON Infectada (Basado en RCTs)

Resultado Clínico	Riesgo Relativo (RR) (IC 95%)	p-valor	Significancia
Muerte	1.10 (0.54–2.23)	0.80	No significativa
Complicaciones Mayores	0.69 (0.49–0.97)	< 0.05	Significativa a favor de NE
Nueva Falla Orgánica	0.29 (0.11–0.82)	0.02	Significativa a favor de NE
Fístula Pancreática/Perforación	0.27 (0.12–0.64)	0.003	Significativa a favor de NE

**Fuente:** Tang et al (14).

### Recurrencia y Reintervención

A pesar de las altas tasas de éxito técnico y clínico iniciales (80-90%) (7), la gestión de colecciones complejas, especialmente WON, a menudo requiere múltiples procedimientos. Las tasas de reintervención reportadas en la literatura reciente son significativas, con una tasa global de reintervención que alcanza el 24%. Específicamente, la WON (35%) presenta una necesidad de reintervención mucho mayor que el pseudoquist (18%), lo que refleja la mayor complejidad inherente al desbridamiento de material sólido necrótico (15).

### Manejo del Síndrome del Conducto Pancreático Desconectado (DPDS)

sistémica que puede desencadenar la disfunción orgánica en un paciente ya crítico (14).

- **Fístulas:** La tasa de fístula o perforación (RR 0.27;  $p = 0.003$ ) y, específicamente, de fístula pancreática (RR 0.14;  $p = 0.009$ ) fue drásticamente menor en el grupo endoscópico (14).
- **Infección del Sitio Quirúrgico:** La NE redujo la infección del sitio (RR 0.26;  $p = 0.04$ ) (14).

Estos hallazgos posicionan la NE como el tratamiento de elección inicial en el manejo de la WON infectada, ofreciendo una eficacia comparable en términos de supervivencia con una morbilidad significativamente inferior.

### Descripción y Prevalencia

El Síndrome del Conducto Pancreático Desconectado (DPDS) es una complicación tardía y a menudo subdiagnosticada de la pancreatitis aguda necrotizante grave. Se define por una interrupción completa del conducto pancreático principal, dejando un segmento distal del páncreas que sigue siendo funcional y continúa secretando enzimas pancreáticas. Esta secreción constante alimenta persistentemente las colecciones líquidas (PQ o WON), impidiendo su resolución. El diagnóstico de DPDS se establece frecuentemente con un retraso considerable, con una mediana de 20 semanas en series de pacientes recientes (16).





## Diagnóstico y Tratamiento Endoscópico

El DPDS es notoriamente difícil de manejar y conlleva una alta probabilidad de recaídas. El tratamiento es multidisciplinario e intensivo, requiriendo múltiples intervenciones endoscópicas y/o radiológicas (16). Las opciones incluyen el drenaje transmural de las colecciones y, en algunos casos, el drenaje transpapilar si la comunicación con el conducto principal puede restaurarse.

Una recomendación específica de las guías ESGE destaca la diferencia en la gestión de dispositivos para el DPDS frente a la WON simple: se sugiere el uso de stents plásticos transluminales de larga permanencia para mantener el drenaje en pacientes con DPDS (12). Esta estrategia contrasta con la necesidad de retirar los LAMS en 3-4 semanas, y se enfoca en la necesidad de un drenaje de mantenimiento crónico para mitigar la secreción persistente del segmento pancreático desconectado.

## Secuelas a Largo Plazo

El DPDS se asocia no solo con la complejidad de la gestión de las colecciones, sino también con graves secuelas funcionales a largo plazo. Los pacientes que desarrollan DPDS exhiben una alta incidencia de insuficiencia pancreática exocrina y, significativamente, diabetes mellitus de nuevo inicio, observada en más del 50% de los casos, a menudo requiriendo terapia de reemplazo con insulina (16). Este perfil de secuelas subraya que el DPDS representa la manifestación de una destrucción funcional pancreática irreversible que requiere un enfoque terapéutico de por vida.

## Discusión

El manejo moderno de la pancreatitis aguda severa y sus complicaciones ha migrado desde un dominio predominantemente quirúrgico a uno dominado por la endoscopia y la radiología intervencionista. Sin embargo, la clave del éxito en el step-up approach reside en la estrecha colaboración de un

Equipo Multidisciplinario (EMD) que incluya endoscopistas avanzados, radiólogos intervencionistas y cirujanos pancreáticos experimentados. Esta colaboración es esencial para el triage y la toma de decisiones sobre el timing y la modalidad de intervención, asegurando que se aplique la estrategia menos invasiva, ya sea el drenaje endoscópico, el drenaje percutáneo, o la cirugía como último recurso ante el fracaso de las primeras líneas (6).

Los avances en el manejo de la PA han sido tan sustanciales que han impulsado la revisión de las directrices internacionales. Las Guías Revisadas de la Asociación Internacional de Pancreatología (IAP) de 2025, respaldadas por múltiples sociedades pancreáticas importantes, proporcionan un marco basado en la evidencia para estandarizar el cuidado (17). Estas guías, que abordan 18 dominios y 96 preguntas clínicas, refuerzan las recomendaciones sobre el timing de la CPRE en la enfermedad biliar y consolidan los protocolos para el manejo de colecciones, marcando la pauta para la práctica clínica global.

La introducción de los stents metálicos de aposición luminal (LAMS) ha mejorado la eficiencia de la Necrosectomía Endoscópica Directa (DEN) gracias a su amplio calibre, acelerando la resolución de la WON en comparación con los stents plásticos múltiples (11). Sin embargo, la elección del stent no es solo una cuestión de eficacia. El análisis de los eventos adversos muestra que la ventaja del LAMS viene con una condición: la necesidad de una gestión activa y retirada temprana, preferiblemente dentro de las cuatro semanas, para evitar complicaciones graves relacionadas con el stent. Por el contrario, en escenarios crónicos como el DPDS, donde se requiere un drenaje de mantenimiento a largo plazo, los stents plásticos transluminales son la opción recomendada (12). Esta diferencia estratégica subraya que la endoscopia avanzada requiere una evaluación cuidadosa del perfil riesgo/beneficio a corto y largo plazo de cada dispositivo.

## Conclusiones

La endoscopia intervencionista es la modalidad terapéutica estándar de oro en el manejo de la pancreatitis aguda complicada, basada en una sólida evidencia de los últimos cinco años.

- 1. Manejo Biliar:** La CPRE temprana (dentro de las 48-72 horas) está firmemente indicada en la pancreatitis biliar severa con colangitis o signos de obstrucción persistente, demostrando una capacidad para reducir significativamente la morbilidad sistémica y la mortalidad.
- 2. Manejo de Colecciones Necróticas:** El drenaje transmural guiado por EUS y la Necrosectomía Endoscópica (NE), aplicados en la fase de maduración (>4 semanas), ofrecen una eficacia comparable a la cirugía mínimamente invasiva en términos de supervivencia, pero con una morbilidad significativamente inferior, particularmente en la prevención de fistulas pancreáticas, falla orgánica de nuevo inicio e infección del sitio quirúrgico.
- 3. Tecnología de Stents:** Los LAMS son la herramienta preferida para el drenaje de la WON al reducir el tiempo de resolución. Sin embargo, su uso exige un protocolo de retirada estricto (dentro de las 4 semanas) debido a los riesgos de eventos adversos relacionados con la permanencia prolongada.
- 4. Complicaciones Crónicas:** El Síndrome del Conducto Pancreático Desconectado (DPDS) sigue siendo un reto complejo que requiere un manejo endoscópico sostenido con stents plásticos de larga permanencia, y está intrínsecamente ligado a secuelas funcionales a largo plazo como la insuficiencia pancreática endocrina y exocrina.

El manejo exitoso de la PA complicada requiere la adhesión rigurosa a las guías de práctica clínica actualizadas (IAP 2025) y

una infraestructura EMD que integre todas las modalidades mínimamente invasivas.

## Bibliografía

Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/239GER.pdf>

Coronel E, Czul F, Gelrud A. Manejo endoscópico de las complicaciones de la pancreatitis. *ociedad Gastroenterol del Perú*. 2013;33(3):237–45.

Sánchez Rodríguez E, García García de Paredes A, Albillas A. Manejo actual de la pancreatitis aguda idiopática y la pancreatitis aguda recurrente. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2019 Jun;219(5):266–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256519300438>

Sánchez Servín CE, López Viurquiz U de J, Santos Macedo GN. Pseudoquiste Pancreático Secundario a Pancreatitis Aguda con Drenaje Percutáneo como Modalidad de Tratamiento: Reporte de Caso. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2024 Jan 2;7(6):3695–705. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8950>

Oregel-Aguilar V, López-Arce Ángeles G, Zavala-Castillo JC. Manejo actual de colecciones por ultrasonido endoscópico. *Rev Endosc* [Internet]. 2021 Jul 28;33(91). Available from: [http://www.endoscopia-ameg.com/frame\\_esp.php?id=155](http://www.endoscopia-ameg.com/frame_esp.php?id=155)

Maatman TK, Zyromski NJ. Surgical Step-Up Approach in Management of Necrotizing Pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2025 Mar;54(1):53–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889855324000694>

Ramírez-Romero MS, Ramírez-Sotomayor JC, Adorno-Garayo CR. Endoscopic management of pancreatic complications at Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay. Period january 2017 to june 2019. *Cirugía paraguaya* [Internet]. 2021 Dec 30;45(3):23–6. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-04202021000300023&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202021000300023&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Buonocore M. Timing of endoscopic therapy for acute bilio-pancreatic diseases: a practical overview. *Ann Gastroenterol* [Internet]. 2021; Available from: [http://www.annalsgastro.gr/files/journals/1/early-view/2021/ev-02-2021-01-AG\\_5440-0580.pdf](http://www.annalsgastro.gr/files/journals/1/early-view/2021/ev-02-2021-01-AG_5440-0580.pdf)

- Gloor B, Uhl W, Büchler MW. Cirugía tardía en la pancreatitis aguda grave. *Med Intensiva* [Internet]. 2003;27(2):144-50. Available from: <https://medintensiva.org/es-cirugia-tardia-pancreatitis-aguda-grave-articulo-13044081>
- Rojas J. Guía 2025 de la Asociación Internacional de Pancreatología sobre Pancreatitis Aguda: Actualización Integral y Recomendaciones Clave [Internet]. 2025. Available from: <https://medicinacardiometabolica.com/2025/07/18/guia-2025-de-la-asociacion-internacional-de-pancreatologia-sobre-pancreatitis-aguda-actualizacion-integral-y-recomendaciones-clave/>
- Rana S. Efficacy and safety of plastic versus lumen-apposing metal stents for transmural drainage of walled-off necrosis: a retrospective single-center study. *Ann Gastroenterol* [Internet]. 2020; Available from: [http://www.annalsgastro.gr/files/journals/1/earlyview/2020/ev-06-2020-01-AG\\_5173-0499.pdf](http://www.annalsgastro.gr/files/journals/1/earlyview/2020/ev-06-2020-01-AG_5173-0499.pdf)
- Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J, Badaoui A, Bali M, Barthet M, et al. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. *Endoscopy* [Internet]. 2018 May 9;50(05):524-46. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/a-0588-5365>
- Basha J, Maherji TS, Lakhtakia S. Endoscopic Step-Up Approach in Management of Necrotizing Pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2025 Mar;54(1):37-51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889855324000815>
- Tang P, Ali K, Khizar H, Ni Y, Cheng Z, Xu B, et al. Endoscopic versus minimally invasive surgical approach for infected necrotizing pancreatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Med* [Internet]. 2023 Dec 12;55(2). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2023.2276816>
- Shumka N, Karagyozov PI. Endoscopic Ultrasound-Guided Drainage for Post-Pancreatitis and Post-Surgical Peripancreatic Collections: A Retrospective Evaluation of Outcomes and Predictors of Success. *Gastroenterol Insights* [Internet]. 2025 Aug 1;16(3):27. Available from: <https://www.mdpi.com/2036-7422/16/3/27>
- Berger Fleiszig Z, Pérez de Tudela Alvarez R, Lara Abarzúa C, Mancilla Asencio C, Toledo Arancibia P, Muñoz Dimitrov P, et al. Síndrome del conducto pancreático desconectado: Complicación subdiagnosticada de la pancreatitis aguda necrotizante. *Rev Med Chil* [Internet]. 2025 Jun;153(6):436-47. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872025000600436&lng=en&nrm=iso&tIIng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872025000600436&lng=en&nrm=iso&tIIng=en)
- Párnuczky A, Mikó A, Uc A, Singh AN, Elhence A, Saluja A, et al. International Association of Pancreatologists Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025: Supported and Endorsed by the American Pancreatic Association, European Pancreatic Club, Indian Pancreas Club, and Japan Pancreas Society. *Pancreatology* [Internet]. 2025 Sep;25(6):770-814. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1424390325000857>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NO-COMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Muñoz Páez, M. A., Ortiz Tamayo, S. C., Once Guanga, S. V., & Arequipa Muso, E. J. (2025). Rol de la endoscopia intervencionista en el manejo de la pancreatitis aguda complicada. *RECIAMUC*, 9(4), 271-280. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(4\).diciembre.2025.271-280](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(4).diciembre.2025.271-280)