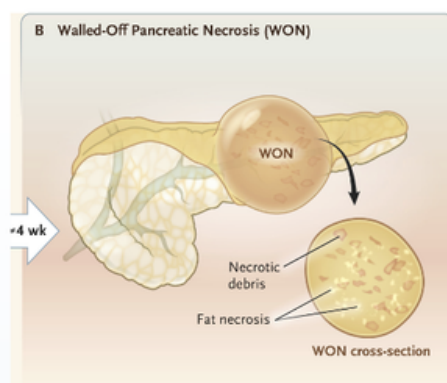


DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA ENCAPSULADA (WON)

Tips para el Manejo Endoscópico de WON Pancreático - 2026

Walled-Off Necrosis: Consejos Prácticos Basados en Evidencia 2026



La necrosis pancreática encapsulada (Walled-Off Necrosis, WON) es una colección tardía de la pancreatitis aguda necrotizante, caracterizada por contenido heterogéneo (líquido + detritos sólidos) y una pared definida, típicamente ≥ 4 semanas tras el evento inicial según la clasificación de Atlanta revisada. Su adecuada diferenciación frente a pseudoquistes es crítica porque condiciona la estrategia terapéutica, especialmente la necesidad de necrosectomía además del drenaje.^{1,3}

¿Qué es el WON?

- Colección necrótica encapsulada, aparece **>4 semanas** tras pancreatitis necrotizante
- Contiene **material sólido y líquido** (a diferencia del pseudoquiste)
- 20% de pancreatitis aguda desarrolla necrosis

Intervenir cuando hay : infección, síntomas compresivos o hemorragia

FIGURA 1

DEFINICIÓN Y BASES FISIOPATOLÓGICAS

La WON resulta de la organización de necrosis pancreática y peri pancreática con formación de cápsula fibrosa. A diferencia del pseudoquiste, contiene material necrótico sólido, lo que explica:

- Mayor riesgo de infección
- Necesidad de drenaje más complejo
- Respuesta variable al drenaje simple

El proceso inflamatorio, la colonización bacteriana y la presión intraluminal condicionan síntomas y complicaciones.^{2,4}

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA (TC)

- Método inicial de elección
- Identifica:
 - Colección encapsulada
 - Presencia de gas (sugiere infección)
 - Extensión anatómica

Limitación: subestima detritos sólidos.^{1,3}

RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

- Mejor caracterización del contenido
- Diferencia líquido vs necrosis sólida
- Útil para planificación terapéutica

ENDOSONOGRAFÍA (EUS) – ROL CENTRAL

La EUS es actualmente el método más preciso para:

- Confirmar WON vs pseudoquiste
- Cuantificar detritos sólidos
- Guiar drenaje transmural seguro
- Evitar estructuras vasculares

La presencia de ecos internos heterogéneos, septos y material hiperecogénico confirma necrosis.

Además, la EUS permite seleccionar el sitio óptimo de drenaje y evaluar complicaciones vasculares (pseudoaneurismas).^{4,6}

INDICACIONES DE INTERVENCIÓN

No toda WON requiere drenaje.

Indicaciones:

- Infección (confirmada o sospechada)
- Dolor persistente
- Compresión gástrica o biliar
- Falla orgánica persistente
- Intolerancia oral
- Hemorragia

La tendencia actual favorece estrategia “step-up” mínimamente invasiva.^{1,2}

MANEJO TERAPÉUTICO ESTRATEGIA STEP-UP

1. Drenaje (endoscópico preferido)
2. Necrosectomía endoscópica si no hay respuesta
3. Opciones percutáneas o quirúrgicas si falla

Este enfoque reduce mortalidad y complicaciones frente a cirugía primaria.²

DRENAJE GUIADO POR EUS

STENTS DISPONIBLES:

STENTS PLÁSTICOS (DPPS)

Se prefiere en colecciones de mayor contenido líquido. Incluso en ocasiones pueden ponerse más de un stent. Se prefieren los pig Tail por la baja tasa de migración que tienen.

- Menor costo
- Menor calibre
- Limitados para necrosis extensa

STENTS METÁLICOS TIPO LAMS

Preferibles en colecciones con más contenido sólido y necrosis.

- Gran diámetro (facilita drenaje y acceso)
- Permiten necrosectomía directa
- Menor número de reintervenciones

Actualmente LAMS es estándar en WON compleja.^{5,7}

NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA (VER VIDEO)

Indicada cuando:

- Persisten detritos
- No hay mejoría clínica

Se realiza mediante:

- Acceso a través del LAMS
- Uso de asas, pinzas, irrigación

Puede requerir múltiples sesiones.

Evidencia reciente demuestra:

- Alta tasa de éxito clínico (>80–90%)
- Menor morbilidad vs cirugía abierta.^{6,8}
- Siempre tratar de hacerlo con CO₂

ADYUVANTES RECIENTES (2023–2026)

- Irrigación con peróxido de hidrógeno (H₂O₂) para facilitar desbridamiento
- Drenaje combinado (dual): endoscópico + percutáneo: este se realiza cuando las colecciones son muy grandes. Con el Stent logramos drenar la colección que está cerca del estómago o duodeno, pero muchas veces se van por las goteras y retroperitoneo y se tabican y pueden no ser drenadas así y es ahí donde podemos complementar con las vías percutáneas ayudadas por radiología intervencionista.
- Uso de antibióticos dirigidos en infección documentada. Utilizar los de alta penetración en páncreas.

COMPLICACIONES

- Sangrado (pseudoaneurismas)
- Perforación
- Migración de stent
- Sepsis
- Obstrucción del stent

La EUS reduce significativamente el riesgo vascular, porque muchas de estas colecciones pueden tener pseudoaneurismas, aumentando el riesgo de sangrado.

SEGUIMIENTO

- Imágenes seriadas (TC o EUS)
- Retiro de LAMS: generalmente 3–4 semanas. Esta es la regla general en las guías. Pero si queremos evitar riesgo vascular, debemos poner dentro del LAMS un pig tail, así se evita el roce de la parte metálica con la parte del quiste en la que hace contacto. Así mismo estos ayudan al drenaje en casos en los cuales puede irse tapando el LAMS con residuos necróticos. Puestos los pig tail, puede prolongarse el tiempo de retiro del stent metálico a unas 6 semanas.
- Evaluar resolución completa.

ALGORITMO PRÁCTICO

1. Diagnóstico (TC $\pm$ RM).
2. Confirmación con EUS: En esta es importante valorar dirección de la punción, mejor sitio para hacerlo, ojalá lo más cerca posible al transductor, grosor de la cápsula que debe ser entre 7-10 mm, tipo de contenido, interposición de vasos para evitar el sangrado, tamaño del quiste entre otros.
3. Evaluar síntomas/infección.
4. Drenaje EUS guiado (LAMS).
5. Reevaluación clínica post punción.
6. Necrosectomía si necesario al continuar el paciente sintomático.
7. Retiro de stent.

VIDEOS DEL MES



**ELUXEO 8000
SYSTEM**



VIDEO
TIPS PARA EL MANEJO DE
LAS WON DE PÁNCREAS

Este es un excelente video de todos los tips en el manejo de los won. Vale la pena verlo detenidamente.

ARTÍCULO DEL MES

Clinical, Radiological, and Endoscopic Features of Pancreatic Pseudocyst and Walled-Off Necrosis: How to Diagnose and How to Drain Them

Dell'Anna G, Lavallo S, Biamonte P, et al. Journal of Clinical Medicine — 3 de noviembre de 2025. J Clin Med. 2025;14(21):7818. DOI: 10.3390/jcm14217818

El pseudoquiste pancreático (PP) y la necrosis pancreática tabicada (WON) son dos secuelas distintas de la pancreatitis aguda y crónica que requieren diferenciación precisa para orientar el manejo adecuado.

La TC y la RMN siguen siendo esenciales para distinguir PP de WON, evaluar el contenido de las colecciones e identificar complicaciones. El EUS ha emergido como modalidad clave tanto para el diagnóstico como para la planificación del drenaje.

El manejo ha evolucionado significativamente hacia enfoques mínimamente invasivos. El drenaje endoscópico guiado por EUS —con stents doble pigtail o LAMS— se ha convertido en la estrategia preferida para colecciones sintomáticas o infectadas. La necrosectomía endoscópica se realiza cada vez más como alternativa menos invasiva al desbridamiento quirúrgico, aunque la selección del paciente y la técnica óptima siguen en debate.

En síntesis, la revisión ofrece una síntesis actualizada de criterios diagnósticos por imagen, algoritmos terapéuticos y resultados comparativos entre drenaje endoscópico, percutáneo y quirúrgico, con énfasis en el rol central del EUS en todo el proceso.

Manejo de los WON del páncreas 2025 ▾

Técnica	Éxito clínico	Ventaja clave	Limitación principal
LAMS	~85-90%	Acceso para DEN, menor tiempo	Mayor costo, riesgo de sangrado
DPPS	~80-85%	Menor costo	Más sesiones, oclusión frecuente
LAMS + DPPS coaxial	Alta	Menor oclusión/recurrencia	Solo en casos seleccionados
Drenaje percutáneo	~25-50% en WON	Útil si no hay acceso endoscópico	No remueve debris, fistulas
DMD (dual)	Alta en WON compleja	Irrigación + drenaje interno	Requiere coordinación multidisciplinaria
Cirugía	Variable	Casos refractarios	Alta morbilidad

CONCLUSIONES

La WON representa una entidad compleja que requiere un enfoque multidisciplinario. La endosonografía ha transformado su manejo, posicionándose como el eje diagnóstico y terapéutico. El uso de LAMS y necrosectomía endoscópica ha desplazado la cirugía en la mayoría de los casos, con mejores resultados clínicos y menor morbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banks PA, et al. Classification of acute pancreatitis—2012 revision of the Atlanta classification. Gut. 2013.
2. van Santvoort HC, et al. Step-up approach vs open necrosectomy. N Engl J Med. 2010.
3. Boxhoorn L, et al. Acute pancreatitis. Lancet. 2020.
4. Arvanitakis M, et al. Endoscopic management of pancreatic fluid collections. Endoscopy. 2018.
5. van Brunschot S, et al. Endoscopic vs surgical step-up approach. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018.
6. Bang JY, et al. LAMS vs plastic stents for WON. Gut. 2019.
7. Teoh AYB, et al. International consensus on EUS-guided drainage. Gut. 2021.
8. Ramai D, et al. Endoscopic necrosectomy outcomes. Gastrointest Endosc. 2023.