



P-322 - RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA: LA MEJOR ALTERNATIVA EN LAS PANCREATITIS CON COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

T. Pozancos de Simón, M. González Zunzarren, J. Herrador Benito, M. Coll Sastre, P. Abadía Barno, A. Ballesteros Pérez, S. Yagüe Adán, J. Pato Fernández, L. Tortolero Giamate y E. Lobo Martínez

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: Los pseudoaneurismas en el curso de pancreatitis agudas pueden ser tratados de forma segura y efectiva mediante radiología intervencionista.

Caso clínico: Varón de 71 años que ingresa desde el Servicio de Urgencias con un cuadro de ocho días de evolución de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho asociado a diuresis oscura, sin fiebre ni ictericia. Se detecta una elevación de bilirrubina a expensas de componente directo (BT: 3,57) y se realiza una ecografía donde se objetiva colelitiasis con vía biliar extrahepática de 10 mm. Con diagnóstico de ictericia obstructiva ingresa en nuestro servicio y posteriormente presenta una elevación de amilasa con persistencia del dolor abdominal y normalización de las cifras de bilirrubina. Se realiza TAC abdominal donde se objetivan colecciones en cabeza y cola pancreáticas con captación periférica sin gas en su interior: pancreatitis aguda grave. Se indica una CPRE en la que no se ve coledocolitiasis y se realiza esfinterotomía. Se instaura nutrición enteral con sonda nasoyeyunal. Tras tres semanas de ingreso presenta hemorragia digestiva alta con anemización importante. Se realiza angioTAC urgente donde se visualiza en fase arterial dos pseudoaneurismas dependientes de la rama pancreático-duodenal de la arterial gastroduodenal. Se realiza embolización selectiva mediante radiología intervencionista que es efectiva sin presentar nuevos episodios de sangrado y con buena evolución posterior sin complicaciones derivadas de la técnica. Tras tres meses de ingreso y con únicamente mínimas colecciones peripancreáticas en TAC de control se realiza colecistectomía laparoscópica y es dado de alta tres días después de la cirugía.

Discusión: Las complicaciones vasculares en el contexto de pancreatitis aguda no son frecuentes pero cuando aparecen deben ser tratadas de forma emergente debido a su potencial para tener consecuencias fatales. El pronóstico de estos pacientes empeora de forma muy significativa. Las lesiones vasculares directas son las más temidas debido al producir una rápida anemización y un deterioro clínico franco, siendo lo más frecuente la formación de pseudoaneurismas. La inflamación y la necrosis pancreáticas liberan enzimas proteolíticos y lipolíticos que debilitan y erosionan la pared arterial produciendo pseudoaneurismas, hematomas contenidos o hemorragias intraperitoneales. El angioTAC es una prueba rápida de realizar y precisa a la hora de diagnosticar lesiones arteriales sin embargo la arteriografía continúa siendo el gold standard. El manejo endovascular, cuando esté disponible, es el tratamiento de primera línea para los sangrados de origen arterial ya que es una técnica mínimamente invasiva que nos ofrece varias alternativas como son: la embolización, la colocación de stent endovasculares o la inyección de trombina. En estos casos la cirugía se ve muy limitada por la complejidad técnica debido a que el vaso sangrante suele encontrarse en el espesor del parénquima pancreático o de un pseudoquiste siendo muy difícil identificar su localización a lo que hay que añadir la

friabilidad de los tejidos y la distorsión anatómica creada por la propia pancreatitis. Las complicaciones derivadas de la embolización son poco frecuentes. La actuación ante una complicación hemorrágica en una pancreatitis aguda debe ser muy veloz debido a las consecuencias nefastas que puede tener. El diagnóstico debe hacerse a la mayor brevedad posible mediante un angioTAC ya que es la prueba de la que se tiene mayor disponibilidad. Una vez confirmada la presencia de una lesión arterial la radiología intervencionista es el tratamiento de primera línea ya que es el que ofrece mejores resultados aun siendo el menos invasivo.