



P-223 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR PANCREATITIS PARADUODENAL SEGMENTARIA TRATADA MEDIANTE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Matías-García, Belén¹; Castellón-Pavón, Camilo Jose²; Díaz-García, Gustavo²; Manso-Abajo, Belén²; García-Muñoz Najar, Alejandro²; Torres-Alemán, Ana²; Mejías-Sosa, Luis²; Durán-Poveda, Manuel²

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; ²Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: El surco pancreático-duodenal es el área delimitada por la cabeza del páncreas, el duodeno y el colédoco. La pancreatitis paraduodenal (PP) es un subtipo infrecuente de pancreatitis focal crónica que afecta al surco pancreático-duodenal. La prevalencia varía de 2,7-24,5% de los casos de pancreatitis crónica.

Caso clínico: Varón de 53 años con AP de fumador, exbebedor, DM y pancreatitis de origen enólico, consulta en Urgencias por dolor abdominal epigástrico, no irradiado, asociado a náuseas y vómitos. En analítica destaca $15,9 \times 10^3$?l leucocitos, Hb 9,4 g/dl, 736×10^3 ?l plaquetas, PCR 0,77 mg/dl y perfil hepatopancreático normal. Se realiza ecografía objetivando colelitiasis y dilatación de la vía biliar extrahepática, por lo que se decide ingreso hospitalario. Se realiza una tomografía computarizada observándose una lesión neoformativa en estómago distal localmente avanzada, con compromiso de la arteria gastroduodenal e invasión pancreática condicionando una dilatación del colédoco distal, además de extensión ganglionar local. Posteriormente comienza con melenas, hipotensión arterial y Hb 4,4 g/dl. Ante la sospecha de hemorragia digestiva alta (HDA) se realiza una endoscopia digestiva alta objetivándose una lesión neoformativa ulcerada a nivel del bulbo duodenal, con bordes sobreelevados y base de fibrina, sin evidencia de sangrado activo. Se toman biopsias con diagnóstico anatomopatológico sin evidencia de malignidad. Ante la permanente sospecha de proceso neoformativo maligno se decide embolización selectiva de la arteria gastroduodenal con intención de prevenir nuevo sangrado y poder administrar tratamiento neoadyuvante. Además, se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) evidenciando un proceso neoformativo antroduodenal localmente avanzado. Dada la persistencia clínica y la sospecha de malignidad se decide la realización de una laparotomía exploradora visualizándose una lesión en cabeza pancreática resecable y realizándose una duodenopancreatectomía cefálica (DPC). El posoperatorio discurrió sin complicaciones y el resultado de la anatomía patológica fue de PP segmentaria.

Discusión: La PP suele manifestarse en varones de mediana edad con antecedentes de consumo excesivo de alcohol o tabaco. La patogenia exacta no se ha definido claramente. Los síntomas suelen ser inespecíficos: dolor abdominal superior, náuseas y vómitos. Las enzimas pancreáticas y hepáticas pueden estar elevadas; sin embargo, los marcadores tumorales rara vez aumentan. Dada su baja incidencia, los síntomas inespecíficos y la variabilidad de los hallazgos de la biopsia según el área biopsiada, la PP plantea un desafío diagnóstico ya que puede imitar el carcinoma de páncreas. Cerca del 60% son diagnosticados preoperatoriamente como cáncer. Recientemente se han descrito 3 criterios de RMN: engrosamiento focal duodenal, hipercaptación de 2^a porción duodenal y lesiones quísticas del conducto pancreático accesorio.

Aún no se ha establecido una estrategia terapéutica y los tratamientos incluyen abordajes médicos, endoscópicos o quirúrgicos. Se debe proponer cirugía solo en pacientes con sospecha de malignidad, dolor intratable o complicación. La DPC es el tratamiento quirúrgico de elección.

Discusión: Presentamos el primer caso clínico de una PP con debut con HDA. La PP plantea un desafío diagnóstico. Dada la morbilidad y las complicaciones relacionadas con la DPC, el diagnóstico preoperatorio permite el empleo de métodos de tratamiento menos invasivos. No obstante, a menudo requiere una resección quirúrgica para lograr el diagnóstico definitivo.