



P-600 - SHOCK HIPOVOLÉMICO POR COLOCACIÓN DEL STENT AXIOS® TRANSGÁSTRICO: ¿ES SEGURA SU COLOCACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS COLECCIONES PANCREÁTICAS?

Arteaga Peralta, Vladimir; Sun, Wenzhong; Pacheco Martínez-Atienza, Marina; Picardo Gomendio, María Dolores; Carlín Gatica, Jorge Humberto; Al Shwely Abduljabar, Farah; López Marcano, Aylhin Joana; de la Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: El *stent AXIOS®* (SA) se utiliza en el drenaje transgástrico o transduodenal de pseudoquistes pancreáticos y/o *walled-off* sintomáticos. El SA funciona como un conducto que permite que el contenido de las colecciones pancreáticas pase al tracto gastrointestinal luminal, además del desbridamiento endoscópico. La cubierta del SA de silicona con un diseño trenzado de nitinol y su despliegue con guía endoecográfica hace que rara vez se presenten complicaciones. Presentamos el caso de lesión de la arteria esplénica por SA y revisión de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 68 años, DM insulinodependiente, 2 cesáreas con eventoplastia hace 20 años, colecistectomía por pancreatitis aguda necrotizante hace 2 años, nueva pancreatitis poscolecitectomía con *walled-off* tratada con prótesis AXIOS, miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa, doble intento autolítico en el último año con ingesta de cáusticos (Zargar IIIA) que requirió ingreso en UCI para tratamiento conservador. Hospitalizada por nuevo episodio de pseudoquiste pancreático sintomático (dolor abdominal, sensación de plenitud precoz), por lo que se decide drenaje transgástrico en cara posterior con ecoendoscopia y colocación de SA (HotAxios Boston Scientific®, 15 × 10 mm), correctamente posicionada, con drenaje de abundante contenido claro sin datos de infección. Posteriormente presenta dolor abdominal, mal control glucémico e hipertensión. Al 5º día persiste el dolor, por lo que se realiza TAC donde se evidencia disminución de la colección, cambios inflamatorios periquísticos. A las 24 horas presenta hematemesis masiva, shock hipovolémico con parada cardiorrespiratoria, por lo que se procede a la reanimación avanzada que se prolonga por 40 minutos. Reanimada, se realiza gastroscopia sin evidencia de lesiones esofágicas y sin poder visualizar la cámara gástrica por grandes coágulos y sangrado activo. Se decide laparotomía urgente, realizando gastrostomía anterior por estómago a tensión y aspiración de abundante contenido hemático, se procede a la apertura de la transcaudad de los epiploones, liberando adherencias de la capsula del pseudoquiste pancreático hacia cara posterior gástrica, donde se evidencia SA realizando decúbito sobre la arteria esplénica que presenta sangrado activo. Se realiza hemostasia con sutura de prolene 2/0, se retira la prótesis, cierre de gastrostomía con endoGIA y cierre de cara posterior con doble capa. Lavado abundante y colocación drenaje. La paciente mejora hemodinámicamente. A las 48 horas se disminuye la sedoanestesia sin respuesta neurológica adecuada. Se realiza TAC donde se evidencia encefalopatía hipóxico-isquémica con infartos multifocales y edema cerebral difuso. Por lo que se diagnostica muerte encefálica. Se utilizó la estrategia de búsqueda (AXIOS) AND ((adverse) or (complication) or (iatrogenic)), sin límites en PubMed con 57 artículos publicados. Se describieron 579 problemas de dispositivos y 250 complicaciones de pacientes. La tasa de eventos adversos fue del 24%,

donde la mayoría se debió a problemas de posicionamiento del SA. Dentro de las complicaciones, las hemorrágicas fueron 32%, donde la lesión de la arteria esplénica fue la prevalente en todos los casos y la muerte del paciente se dio en solo el 6%.

Discusión: La colocación de SA puede presentar complicaciones graves que deben ser tomadas en cuenta antes de ser utilizada.