



P-725 - ISQUEMIA DUODENAL. UNA EXTRAÑA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

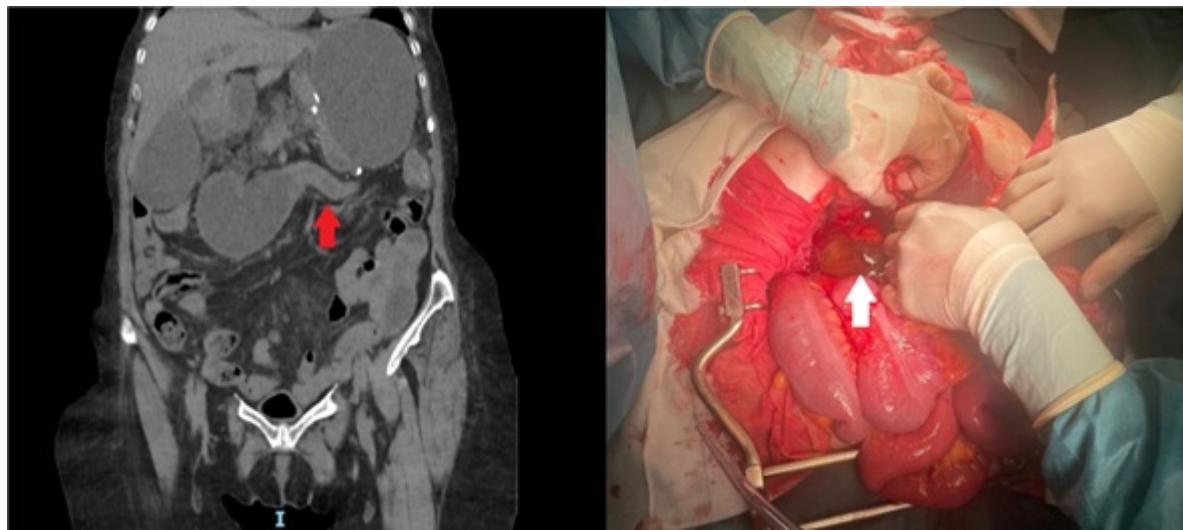
Pastor Altaba, Daniel; Moreno Bargueiras, Alejandro; Bernal Tirapo, Julia; Gutiérrez Andreu, Marta; Sánchez García, Carmen; Martínez Pozuelo, Almudena; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La necrosis duodenal es extremadamente rara, dado que el aporte vascular (proveniente tanto del tronco celiaco como de la arteria mesentérica superior) es generalmente abundante. Sin embargo, cuando ocurre suele ser extremadamente grave, con un manejo quirúrgico complejo y una mortalidad de hasta un 40%.

Caso clínico: Mujer de 83 años, con antecedentes de HTA, ICC, FA con anticoagulación permanente y anemia ferropénica catalogada como secundaria a malabsorción por bypass gástrico hace 20 años. Consulta en urgencias por cuadro de deterioro del estado general, astenia, náuseas y vómitos, con sintomatología constitucional (pérdida de 4Kg en un mes). TGI conservado. Como hallazgos analíticos, leucocitosis leve e hipopotasemia. Alta tras tolerancia oral y reposición de potasio. Es traída por ambulancia dos días después tras presentar dos síncopes en domicilio, con astenia y debilidad posterior. A la exploración destaca TA: 70/50 mmHg, FC: 111 lpm, y T.^a: 37,2 °C. Abdomen distendido y timpánico, levemente doloroso de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal ni defensa. Analíticamente, elevación moderada de RFA, alteración mixta del PH y ác. láctico de 3,7 mmol/l. Se realiza TAC urgente: importante dilatación del remanente gástrico excluido y duodeno hasta la tercera porción donde se identifica un punto obstructivo con colapso de asas distales. A nivel del cambio de calibre existe un discreto engrosamiento en la pared duodenal, sin identificar una clara causa obstructiva. Ante estos hallazgos, se decide cirugía urgente. En la cirugía se visualizan el remanente gástrico y duodeno muy dilatados, así como una necrosis transmural de la 2.^a-3.^a porción duodenal en cara anterior, con filtrado de contenido biliar transparietal. Obstrucción duodenal casi completa a nivel del Treitz, con fibrosis intensa circundante. Se realiza resección de la cara anterior de la segunda porción duodenal, respetando la papila, y de todo el duodeno distal, incluyendo el área obstructiva. Se reseca todo el asa biliar y se realiza una nueva reconstrucción en Y de Roux, realizando una anastomosis duodeno-ileal laterolateral manual y un nuevo pie de asa a 50 cm. Se coloca un tubo en T del n.^o 9 en el interior del colédoco para derivación del mismo. La paciente pasa a la UCI. A pesar de todo, durante las siguientes horas presenta mala evolución, con necesidad creciente de aminas a dosis altas y empeoramiento de la acidosis metabólica. Presenta bradicardia progresiva que degenera en asistolia y fallece a las 12 h de la cirugía. El estudio anatomopatológico de la pieza describe un adenocarcinoma con diferenciación pancreatobiliar, moderadamente diferenciado, sin poder diferenciar un tumor primario duodenal de una metástasis de origen gástrico-pancreatobiliar.



Discusión: La isquemia duodenal es una causa rara de abdomen agudo. Las causas más frecuentes son pancreatitis necrotizante, traumatismos o ingesta de cáusticos, aunque se han descrito casos aislados de isquemia secundaria a obstrucción de yeyuno proximal. El antecedente de cirugía bariátrica probablemente dificultó el diagnóstico ya que la obstrucción afectaba únicamente al asa biliopancreática, por lo que la sintomatología era poco aparente. Además, la reconfiguración intestinal impedía un estudio endoscópico que posiblemente en otro caso se hubiera realizado dados los antecedentes (anemia ferropénica, síndrome constitucional...).