



P-264 - NECROSIS PANCREÁTICA CENTRAL CON DISRUPCIÓN DE WIRSUNG TRAS EMBOLIZACIÓN

Recreo Baquedano, Ana Cristina¹; Pelegrín Esteban, Irene¹; Arredondo Montero, Javier¹; Fernández-Velilla San José, Beatriz²; Zazpe Ripa, Cruz¹; Sánchez Acedo, Pablo¹; Tarifa Castilla, Antonio¹; Herrera Cabezón, Javier¹

¹Hospital de Navarra, Pamplona; ²Hospital de Santa Bárbara, Soria.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso de necrosis pancreática con disrupción del conducto Wirsung tras un procedimiento de embolización arterial, que debutó con la presencia de colecciones intraabdominales persistentes, sin cambios radiológicos ni analíticos previos sugestivos de pancreatitis.

Caso clínico: Paciente varón de 59 años con factores de riesgo cardiovascular e isquemia crónica de extremidades inferiores. En el contexto de una fibrinólisis por un ICTUS isquémico agudo, presentó un shock hemorrágico secundario a la rotura de un pseudoaneurisma de la arteria pancreática inferior. Se trató de forma efectiva mediante embolización arterial. En la revisión de imagen diagnóstica se evidenció una estenosis del tronco celiaco que podría justificar la presencia y rotura del pseudoaneurisma. Días más tarde comenzó con fiebre y se evidenciaron varias colecciones intraabdominales que se drenaron de forma percutánea obteniendo material hemático. Se produjo una persistencia de colecciones intraabdominales por lo que realizamos análisis bioquímico del líquido drenado en el que obtuvimos una amilasa > 11.000 U/L, haciéndonos sospechar el origen pancreático de las colecciones. Se trató mediante CPRE donde se objetivo una disrupción central del conducto pancreático de Wirsung y se colocó una prótesis puente entre los dos segmentos viables del páncreas para impedir la fuga de líquido pancreático. Posteriormente aparecieron nuevas colecciones secundarias a obstrucción de la prótesis pancreática que se trataron nuevamente de forma endoscópica mediante drenaje transgástrico y recambio de la prótesis.

Discusión: La embolización de la arcada pancreaticoduodenal es una técnica segura y extendida. Las complicaciones isquémicas pancreáticas secundarias al procedimiento son muy infrecuentes, debido al abundante aporte vascular de la glándula. No obstante, se han descrito casos de pancreatitis isquémica, la mayoría en pacientes con vasculopatía o cirugías previas. La mayoría de los casos presentan el curso de una pancreatitis aguda de carácter leve, con alteraciones radiológicas y analíticas moderadas. En nuestro caso se presentó como una necrosis pancreática central con disrupción del Wirsung sin datos clínicos de pancreatitis debutando únicamente con colecciones intraabdominales persistentes. La estenosis del tronco celiaco produce cambios en la vascularización pancreático duodenal llegando el aporte sanguíneo principal por ramas colaterales. Nuestro paciente presentaba vasculopatía previa y estenosis del tronco celiaco lo que podría justificar la presencia del pseudoaneurisma en dicha localización, así como la isquemia pancreática tras la embolización. En conclusión, la presencia de pseudoaneurismas sin un contexto de cirugía o inflamación previa obliga a descartar la presencia de una estenosis del tronco celiaco. Los cambios en la vascularización pancreático duodenal pueden producir necrosis pancreática en caso de embolización de una de sus ramas. La necrosis central pancreática tiene una gran probabilidad de asociar una disrupción del conducto de Wirsung.

Se debe contemplar la disrupción del conducto pancreático en el diagnóstico diferencial de las complicaciones tras un procedimiento de embolización. El tratamiento debe ser fundamentalmente endoscópico para drenaje de colecciones intraabdominales y tutorización del conducto pancreático evitando segmentos excluidos del mismo que perpetúen la fuga de líquido pancreático.