



P-249 - PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICA COMO MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI GRADO III

Urbietta Jiménez, Aitor; Barragán Serrano, Cristina; Gortazar, Sara; Ramos, Pedro; Nasimi, Rula; Gegundez, Alberto; Vicario, Marina; Castell, José Tomas

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de disfunción del esfínter de Oddi, y en particular, el grado III según la clasificación de Milwaukee, es una patología infrecuente y poco conocida que debe sospecharse, tras la realización de una colecistectomía, cuando existe persistencia del dolor abdominal. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico sobre dicha patología y el manejo terapéutico para su resolución.

Caso clínico: Paciente de 33 años con antecedente de colecistectomía laparoscópica en la infancia que acude a consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho de larga evolución, de tipo cólico (8/10 en escala EVA) con necesidad repetida de acudir a Urgencias para manejo del dolor. El estudio complementario no aportó datos significativos y consistió en la realización de analítica con perfil hepático (normal durante los episodios de dolor), ecografía abdominal, colangio-RMN, TAC abdominal, gastroscopia y colonoscopia. Se decide realización de CPRE con esfinterotomía y colocación de prótesis. Tras la intervención, el paciente comienza con clínica de dolor abdominal y elevación de amilasa, compatible con pancreatitis leve siendo dado de alta tras manejo conservador el 5 día. Al alta, el paciente es citado por el Servicio de Digestivo para la retirada de la prótesis, sin incidencias. El paciente refiere no presentar dolor abdominal con mejoría evidente de su calidad de vida tras un seguimiento de 2 años.



Discusión: El síndrome de disfunción del esfínter de Oddi es una patología infrecuente de difícil diagnóstico y manejo. Existen 3 grados del mismo, siendo el tipo III (dolor abdominal con perfil hepático y pruebas complementarias normales) el que supone un mayor reto. El proceso diagnóstico es complejo y hay de descartar tanto patología hepatobiliopancreática como de otros órganos (estómago, colon, riñón). Para su diagnóstico se propuso inicialmente la manometría de la papila, siendo abandonada por el riesgo de pancreatitis y las dudas existentes en su correcta interpretación. Así, la papilotomía por CPRE puede ser considerada una buena herramienta tanto diagnóstica como terapéutica en estos pacientes.