



P-186 - NECROSIS DUODENOPANCREÁTICA COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DEL TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Rodríguez González, Juan Pablo; Guerrero, María Alejandra; Sánchez, Patricia; Pelegrina, Amalia; Zugazuga, Ander; Oliver, Meritxell; Beisani, Marc; Ielpo, Benedetto

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Presentar una complicación infrecuente pero grave del tratamiento no quirúrgico de la hemorragia digestiva alta. Exposición y discusión de un caso clínico.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 49 años, sin alergias medicamentosas y el antecedente de una lumbalgia, por la que había estado tomado ibuprofeno a diario durante el último mes. Consultó a urgencias en julio de 2022 por clínica de dos días de epigastralgia asociada a hematemesis. A su llegada se encontraba hemodinámicamente estable, con mínimo dolor a la palpación epigástrica, sin peritonismo, y destacando analíticamente una hemoglobina de 9,6 g/dL. Se inició perfusión de omeprazol y se indicó una endoscopia digestiva alta (EDA), donde se evidenció una úlcera duodenal Forrest IIa de 20 mm, tratada mediante hemostasia térmica e inyección de adrenalina. Tras una correcta evolución inicial, a las 48 horas presentó otro episodio de hemorragia digestiva alta (HDA), indicándose la realización de una segunda EDA. En esta, se objetivó un coágulo adherido por lo que se procedió a realizar una nueva inyección de adrenalina y aplicación de polvo hemostático. A continuación, se realizó una embolización empírica de la arteria gastroduodenal mediante *coils* de liberación controlada. A los 4 días de este procedimiento presentó recidiva hemorrágica en forma de melenas y anemia, decidiéndose la realización de una tercera EDA, en la que se procedió a tratamiento con adrenalina y etanolamina. A las 24 horas de este procedimiento, por empeoramiento del dolor abdominal y elevación progresiva de los reactantes de fase aguda, se realizó una tomografía computarizada abdominal que informó de una isquemia establecida de la cabeza del páncreas y el marco duodenal. Así pues, se indicó la realización de una duodenopancreatectomía cefálica urgente por vía abierta, que transcurrió sin incidencias. Durante el posoperatorio la paciente presentó una trombosis de la vena subclavia derecha y una fístula pancreática sin repercusión clínica (grado A), y fue dada de alta al 13º día posoperatorio. Desde entonces, ha seguido controles en consultas externas, sin evidencia de complicaciones quirúrgicas. En estudio hematológico ha sido identificada una heterocigosidad del gen protrombina, de significado incierto. La enfermedad ulcerosa péptica, generalmente secundaria a la infección por *H. pylori* o el uso de antiinflamatorios no esteroideos, es la causa más frecuente de HDA. Generalmente es recomendable la realización de una EDA diagnóstico-terapéutica y, en caso de recidiva hemorrágica en un paciente hemodinámicamente estable, estaría indicado un nuevo tratamiento endoscópico. En situaciones especiales puede añadirse también una embolización de la arteria gastroduodenal por vía

angiorradiológica. En caso de una segunda recidiva hemorrágica, debería plantearse de entrada el tratamiento quirúrgico, ya que las esclerosis repetidas, pueden precipitar una necrosis local. Intraoperatoriamente, debe realizarse una duodenotomía y una sutura directa del lecho ulceroso, asociando una ligadura selectiva de la arteria gastroduodenal si no se ha realizado previamente.

Discusión: Si bien el tratamiento inicial de la HDA debe ser endoscópico, existe el riesgo de complicaciones mayores, como la necrosis duodenopancreática. En caso de recidiva tras dos tratamientos endoscópicos completos, debería priorizarse el tratamiento quirúrgico.