



## P-572 - NECROSIS GÁSTRICA CON INVAGINACIÓN ESPLÉNICA SECUNDARIA A EMBOLISMO POR CRISTALES DE COLESTEROL

B. Ayala Candia, X. Molina, J.M. Morón, J.C. Rodríguez Pino, R. Morales, C. Covelli y X. González Argente

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

### Resumen

**Objetivos:** Presentamos un caso inusual de enfermedad por embolismo de cristales de colesterol (EECC), que produce necrosis gástrica, infarto esplénico e invaginación del mismo en la luz gástrica, asociado a pancreatitis aguda grave.

**Caso clínico:** Paciente varón de 47 años, fumador, con antecedentes de pancreatitis aguda de origen indeterminado. Acude por dolor brusco a nivel periumbilical, de elevada intensidad, de 1 hora y media de evolución, asociado a vómitos oscuros. A la exploración física destaca una livedo reticularis de inicio periumbilical y que se extiende en horas a tronco y extremidades inferiores. El abdomen no presentó focalidad. Se realiza TAC abdominal de urgencia, en el que se objetiva irregularidad de la luz de arterias renales segmentarias, de ramas de arteria mesentérica, y oclusión de arteria esplénica en su tercio distal con isquemia esplénica. Vena esplénica, adyacente a pseudoquistes pancreáticos de 4,6 cm, con luz filiforme. Ingresó en la UCI, orientándose inicialmente como un probable síndrome autoinmune, y se inicia tratamiento con gamma-globulina y corticoides. En el estudio inmunológico destacó anticoagulante lúpico positivo (anticardiolipina y los anti-beta2-glicoproteína fueron negativos). Tras cuadro de melenas se realizó gastroscopia que informó de una gran úlcera en el fundus gástrico con el fondo necrótico. Se repitió TAC abdominal que observó necrosis de la pared gástrica, infarto esplénico con aire en su interior, que se invaginaba dentro la cámara gástrica (imagen que correspondía a la gran úlcera de fondo necrótico), así como cambios inflamatorios del páncreas. Con estos hallazgos se decidió laparotomía exploradora urgente. Como hallazgo intraoperatorio se observó un plastrón inflamatorio en epigastrio e hipocondrio izquierdo con escaso líquido libre. Perforación longitudinal de la curvatura mayor gástrica, con invaginación esplénica, que presentaba pulpa esplénica esfacelada. Necrosis pancreática en cuerpo y cola. Se realizó esplenectomía, gastrectomía tubular y necrosectomía pancreática. La anatomía patológica reveló una microangiopatía trombótica con presencia de cristales de colesterol.

**Discusión:** La EECC, es una entidad poco frecuente (según algunas series se detecta en 2-8% de las autopsias) y se presenta en pacientes varones (78%), de edad avanzada (siendo excepcional su aparición por debajo de los 50 años) y con enfermedad aterosclerótica y/o factores de riesgo cardiovasculares. Afecta en tercer orden de frecuencia al aparato digestivo, con una clínica muy variable, con gran similitud a cuadros autoinmunes, por lo que requiere un alto grado de sospecha para el diagnóstico. La confirmación se basa en la visualización de cristales de colesterol en el estudio anatomopatológico. La EECC presenta una elevada mortalidad (> 50%) y escasa respuesta al

tratamiento, que se limita al tratamiento sintomático de las diferentes complicaciones.