



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1682 - HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTE ALCOHÓLICO

I. Poyato Zafra^a, E. Molina Hurtado^a y J.A. Marín Relañob^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 45 años con antecedentes personales de pancreatitis aguda necrohemorrágica en enero de 2014 de origen enólico. En seguimiento por Cirugía por colecciones abdominales secundarias a pancreatitis y probable pseudoaneurisma de la arteria esplénica en TAC abdominal. En junio de 2015 es trasladado por 061 por episodio de hematemesis acompañado de malestar general, mareo con sudoración sin pérdida de conocimiento.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: buen estado general, consciente y orientado. Hemodinámicamente estable. Abdomen blando y depresible no doloroso a palpación. Analítica: al ingreso Hb 8,8 Hto 27,9% VCM 76,2 HCM 24. Plaquetas 140.000 Act. protrombina 79%. Glucosa 185. Sodio 146. PCR 3,4. Rx abdomen: sin alteraciones significativas. Gastroscopia: esófago y transición: cardias insuficiente sin alteraciones. Estómago: algo dilatado y deformado, con escasos restos digeridos y bilis sin objetivar lesiones. Píloro: lateralizado. Evolución: el paciente es transfundido con 2 concentrados de hematíes sin terapéutica endoscópica debido a ausencia de hallazgo de patología endoluminal que justifique el sangrado. Dada la mejoría clínica se procede al alta. El angioTC revela hallazgos compatibles con pseudoaneurisma de arteria esplénica. La arteriografía de arteria esplénica confirma pseudoaneurisma de esplénica. El 1 julio acude a Urgencias por sangrado rojo abundante con la última deposición siendo intervenido de Urgencia en servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática.

Juicio clínico: Hemosuccus pancreático.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia digestiva alta: 1. Úlcera gástrica o duodenal. 2. Varices gastroesofágicas. 3. Síndrome de Mallory-Weiss. Hemorragia digestiva baja: 1. Divertículos colónicos. 2. Angiodisplasias intestinales. 3. Tumores y pólipos.

Comentario final: 1. La incidencia de hemorragia digestiva secundaria a pancreatitis es mucho mayor en la pancreatitis necrotizante (13,5%) que en la leve (1,5%). El origen de la hemorragia digestiva en estos pacientes puede ser rotura de un pseudoaneurisma en el tubo digestivo o en el conducto pancreático (hemosuccus pancreático), o la erosión de un pseudoquistes o de las enzimas pancreáticas sobre la pared del tubo digestivo. 2. También es importante tener presente que un alto porcentaje de pacientes con pancreatitis crónica son alcohólicos, por lo que el síndrome de Mallory-Weiss, el úlcus péptico y la rotura de varices esofágicas si ya existe cirrosis hepática pueden ser el origen del cuadro de hemorragia digestiva. 3. Se debería ofrecer pruebas de identificación de

consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y consumo excesivo ocasional a todos los pacientes adultos, en las instalaciones de atención primaria. 4. La identificación del consumo perjudicial y de riesgo de alcohol funciona mejor cuando se incorpora a las prácticas y sistemas clínicos rutinarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Müller CH, Lahnert U, Schafmayer A, Lankisch PG. Int J Pancreatol, 1999;26;49-52.
2. Waslen T, Wallace K, Burbridge B, Kwauk S. Pseudoaneurysm secondary to pancreatitis presenting as GI bleeding. Abdom Imaging. 1998;23;318-21.
3. Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadán M, Gene J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. The Coordinating Group For Prevention and Health Promotion in Primary Care in Spain. Family Practice, 13;144-51.