

PANCREATITIS POSTERCP Y HEMORRAGIA DIGESTIVA POST-ESFINTEROTOMÍA: UNA ASOCIACIÓN A CONSIDERAR.

JM Alcivar-Vásquez, R. León-Montañés, S. Sobrino-Rodríguez, T. López-Ruiz

Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla.

Palabras clave: ERCP, pancreatitis, hemorragia digestiva.

Keywords: ERCP, pancreatitis, gastrointestinal bleeding.

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) es una técnica endoscópica terapéutica compleja, no exenta de complicaciones secundarias a la manipulación de los conductos biliares y pancreáticos. Las complicaciones post-ERCP se cifran alrededor de un 5-10% de los casos, con una mortalidad del 0.33%¹, lo que ha propiciado que pase a ser una técnica eminentemente terapéutica, siendo usada como técnica diagnóstica solo en casos anecdóticos².

Las complicación más frecuente y temida es la pancreatitis post-ERCP (PEP), cuya incidencia oscila en torno a un 1-10%, excediendo el 25% en pacientes de alto riesgo, exploraciones complejas y cuando es llevada a cabo por personal no experto³. Los mecanismos postulados para el desarrollo de la PEP son diversos, incluyendo mecanismos mecánicos/obstructivos, químicos,

hidrostáticos, microbiológicos, enzimáticos y la agresión térmica⁴. La hemorragia post-esfinterotomía ya sea inmediata o diferida, es otra de las complicaciones de la técnica. El riesgo de sangrado tras una esfinterotomía estándar es de 0.8-2%, siendo en su mayoría diferidos⁵. Su incidencia es mayor cuando existe alteración de los parámetros analíticos de la coagulación, hipertensión portal, fracaso renal⁶. La asociación entre PEP y hemorragia post-esfinterotomía es muy infrecuente, y se produce como consecuencia de la obstrucción producida por restos hemáticos coagulados en el conducto pancreático. Describimos el caso de dos pacientes que tras una primera buena evolución con primera amilasemia a las 6 horas normal y permaneciendo asintomáticas, sufrieron una PEP a consecuencia de un sangrado post-esfinterotomía diferido moderado.

Caso clínico 1

Mujer de 55 años, alérgica a los AINEs y con antecedentes de hipertensión arterial. Por episodios de cólicos biliares repetitivos y objetivar en colangio-RMN dilatación de la vía biliar extrahepática se realiza ERCP sin incidencias, canulándose la vía biliar al primer intento, identificando una vía biliar extrahepática ligeramante dilatada con microlitiasis. Tras esfinterotomía amplia y limpieza con balón de Fogarty de 15 mms, ésta drena adecuadamente no objetivando defectos de repleción. La amilasemia a las 6 horas fue normal. Tras 12 horas presenta clínica compatible con PEP con amilasemia de 1708 UI/ml, asociado a hematemesis con repercusión clínica (hipotensión y taquicardia) y caída de cifras de hemoglobina hasta 8.0 g/dl (previa de 10.0 g/dl); se transfunde 1 concentrado de hematíes y se realiza duodenoscopia objetivando

CORRESPONDENCIA

Juan Manuel Alcívar-Vásquez
md.juanalcivar@gmail.com

una papila con morfología de esfinterotomía con bordes fibrinados, tras varios lavados se aprecia la salida de un molde de coágulo proveniente del orificio papilar y se aspira (Figura 1); no lográndose evidenciar un punto sangrante, sin embargo, en la cara anterior se observan puntos eritematosos que ante la duda se inyectaron 10cc de adrenalina diluída 1:10,000 en 2 cuadrantes. Tras 72horas, no hubieron datos de recidiva hemorrágica y con buena tolerancia oral por lo que es dada de alta.



Figura 1 Molde de coágulo proveniente del orificio papilar.

Caso clínico 2

Mujer de 68 años, sin antecedentes patológicos previos. Por cólicos biliares recidivantes se realiza colangio-RMN objetivando una coledocolitiasis y dilatación de colédoco. Se realiza ERCP, canulándose la vía biliar al primer intento, confirmando los hallazgos de la colangio-RMN mediante el colangiograma. Tras esfinterotomía amplia y limpieza de vía biliar con balón de Fogarty de 15 mms se extraen dos litiasis subcentimétricas, apreciando un correcto drenaje de la vía biliar. Se administró protocolizadamente un supositorio de diclofenaco de 100 mg postERCP. La amilaseemia a las 6horas fue normal y estaba asintomática, por lo que inició dieta líquida bien tolerada. A las 18 horas presenta intenso dolor abdominal, náuseas y vómitos, con amilaseemia de 1758 UI/ml siendo diagnosticada de PEP. Buena evolución inicial con el tratamiento conservador, sin embargo, a las 48horas, presentó un cuadro presíncopal y deposiciones melénicas por primera vez, mostrando en analítica un descenso de la amilasa hasta 335UI/ml, aumento de la urea y descenso de la hemoglobina de 14,5 g/dl a 7,1 g/dl. Se transfundieron 2 concentrados de hematíes y se realizó duodenoscopia, localizando a nivel del área papilar, en el labio superior de la esfinterotomía un vaso visible con sangrado babeante, tratándose con inyección de 10 cc de adrenalina diluída 1/10.000 con respuesta parcial, finalmente se coloca un clip hemostático sobre el vaso cohibiendo completamente el sangrado. Buena evolución posterior, con estabilidad clínica y sin datos de recidiva hemorrágica, es dada de alta a las 72 horas.

Conclusión

El interés del artículo es doble. Por una parte describir esta asociación infrecuente, no reportada en la literatura hasta la fecha, y por otro lado alertar al clínico de una posible sospecha de sangrado post-esfinterotomía diferida tras una elevación de la amilaseemia y clínica compatible con PEP tras una evolución inicial favorable con primera amilaseemia normal, ya que puede ocurrir que inicialmente, como en el segundo caso clínico, no exista exteriorización hemorrágica a consecuencia del íleo parálítico producido por la PEP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iorgulescu A, Sandu I, Turcu F, Iordache N. "Post-ERCP acute pancreatitis and its risk factors"; J Med Life. 2013 Mar 15;6(1):109-13
2. Cheon YK. "Can postendoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis be prevented by a pharmacological approach?"; Korean J Intern Med. 2013 Mar;28(2):141-8.
3. Yang D, Draganov PV. "Indomethacin for post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis prophylaxis: Is it the mulligan bullet?"; World J Gastroenterol. 2012 Aug 21;18(31):4082-5
4. Moon SH, Kim MH. "Prophecy about post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: From divination to science"; World J Gastroenterol. 2013 Feb 7;19(5):631-7.
5. Masci E, Toti G, Mariani A, Curioni S, Lomazzi A, Dinelli M, et al. "Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study"; Am J Gastroenterol. 2001 Feb;96(2):417-23.
6. Moreira VF, Arribas R, Sanroman AL, Meroño E, García M, et al. "Cholelithiasis in cirrhotic patients: is endoscopic sphincterotomy the safest choice?"; Am J Gastroenterol. 1991 Aug;86(8):1006-10.