

<b>Caso</b>	(687) Complicaciones de una prótesis duodenal
<b>Autores</b>	Javier Llorente Peris, Luis Alberto Mullor Delgado, Rafael Emilio Buongermi, Silvia Lanzarote Vargas, Paula Otermin Barrera
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Gregorio Marañón

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 89 años pluripatológica, anticoagulada y con reciente colocación de prótesis duodenal por estenosis, acude a Urgencias con dolor abdominal difuso. Durante su estancia presenta un episodio de hematemesis limitado.

En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda y alteración del perfil hepatobiliar. Además presenta anemia de un punto de hemoglobina acompañada de hipotensión en la exploración física.

Se solicita AngioTC para la valoración de un posible foco infeccioso hepatobiliar y de sangrado, realizándose el estudio con adquisición sin contraste (CIV) y tras la administración de CIV en fases arterial y venosa:

Se observa la movilización de la prótesis duodenal respecto a radiografía convencional de abdomen previa, asociando un extenso hematoma de la pared duodenal con un foco de extravasación de contraste en fase arterial en la tercera porción duodenal que aumenta en fase venosa. La prótesis presenta contenido en su interior, en relación con coágulos, y una disminución de su calibre, especialmente en su porción distal. Se observa también dilatación de la vía biliar extra e intrahepática y estriación de la grasa peripancreática con bandas fluidas adyacentes. Tras los hallazgos se realizó arteriografía y se amplió analítica con amilasa y lipasa.

## DISCUSIÓN

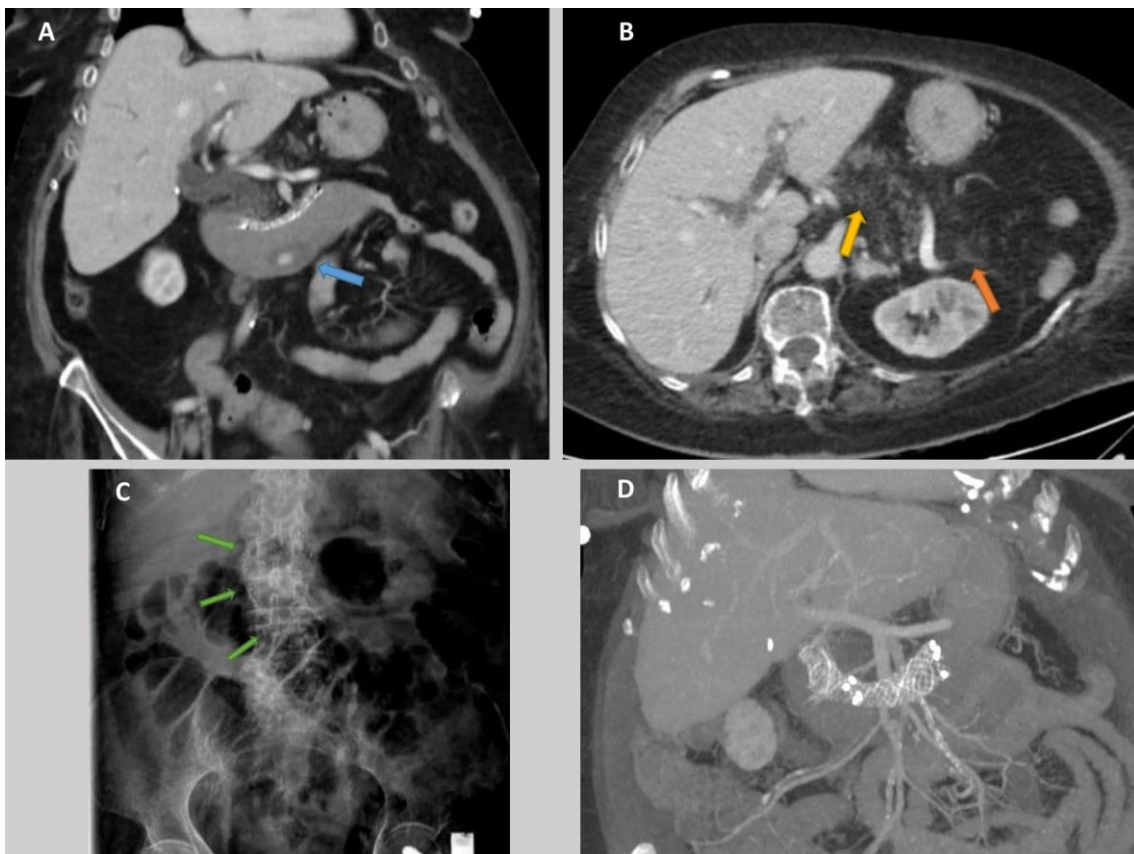
Los hallazgos de imagen muestran varias complicaciones por la movilización de una prótesis duodenal que produce un sangrado parietal de origen arterial. Los coágulos intraluminales indican una exteriorización del sangrado que justifica el episodio de hematemesis. La técnica de elección para el estudio de la hemorragia digestiva alta es la endoscopia que cuenta con una sensibilidad del 90% y con posibilidad de tratamiento, quedando relegada la TC como prueba de segunda elección, para resultados inconclusos o en los que no se pueda realizar la endoscopia. En nuestro caso se usó la TC debido a la tendencia a la hipotensión de la paciente y debido a la sospecha de un posible foco infeccioso abdominal.

También se observa que este sangrado produce un hematoma de la pared duodenal produciendo una obstrucción de la papila de Vater lo que conlleva la dilatación de la vía biliar. En el 80% de los casos de colangitis se observará dilatación de la vía dado que la principal causa es la obstrucción, pero se acompaña de otros datos como el realce y engrosamiento de la pared biliar (80%) y en menor medida de alteraciones del realce parenquimatoso hepático y complicaciones (ej. trombosis

venosa, abscesos). Por otro lado la alteración de la grasa peripancreática y las bandas líquidas orientan a un proceso inflamatorio cercano, pudiendo ser datos indirectos de una pancreatitis. La principal utilidad del TC en los episodios de pancreatitis es el estudio de las complicaciones, por ello suele realizarse a las 72 horas para valorar la necrosis o las complicaciones en aquellas pancreatitis que no mejoran con tratamiento o que son moderadas-graves. También puede ser de utilidad en la valoración de causas alternativas ante casos que ofrezcan dudas diagnósticas. Se amplió la analítica con amilasa y lipasa observando un aumento de las mismas. Con los hallazgos de imagen y analíticos se diagnosticó de colangitis aguda y pancreatitis aguda edematosa.

## CONCLUSIÓN

La TC con contraste permite la detección de complicaciones de las prótesis duodenales de una manera rápida y efectiva, pudiendo diagnosticar con alta sensibilidad y especificidad la hemorragia digestiva alta y, junto con los hallazgos clínico-analíticos, procesos infecciosos - inflamatorios.



(A) Corte coronal de TC con contraste en fase venosa donde se observa una hiperdensidad en la pared duodenal (flecha azul) con edema adyacente y hematoma duodenal, que presentaba un aumento de tamaño respecto al estudio arterial (no mostrado), compatible con sangrado activo. También se observa dilatación del colédoco. (B) Corte axial del mismo estudio donde se identifica estriación de la grasa peripancreática (flecha amarilla) y una banda de líquido (flecha naranja), como datos indirectos de pancreatitis. (C) Radiografía simple de abdomen de días previos que muestra la colocación normal de la prótesis duodenal (flechas verdes) y (D) estudio actual en MIP que muestra desplazamiento de la misma a la 3ª porción duodenal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1- Onofrio A. Catalano, Dushyant V. Sahani, David G. Forcione, Benedikt Czermak, Chang-Hsien Liu, Andrea Soricelli, Ronald S. Arellano, Peter R. Muller, Peter F. Hahn. Biliary Infections: Spectrum of Imaging Findings and Management. *Radiographics*. 2009; 29:2059-2080. <https://doi.org/10.1148/rg.297095051>

2- Michael L. Wells, Stephanie L. Hansel, David H. Bruining, Joel G. Fletcher, Adam T. Froemming, John M. Barlow, Jeff L. Fidler. CT for Evaluation of Acute Gastrointestinal Bleeding. *RadioGraphics* 2018 38:4, 1089-1107. <https://doi.org/10.1148/rg.2018170138>

3- Orlando Catalano, Mario De Bellis, Fabio Sandomenico, Elisabetta de Lutio di Castelguidone, Paolo Delrio, and Antonella Petrillo. Complications of Biliary and Gastrointestinal Stents: MDCT of the Cancer Patient. *American Journal of Roentgenology* 2012 199:2, W187-W196. <https://doi.org/10.2214/AJR.11.7145>