

Pancreatitis aguda recurrente por pólipo gástrico

Recurrent acute pancreatitis caused by gastric polyp

Carolina I. Barrios, Leonardo D. Bortolotti, Gonzalo M. Carboni

Policlínico Regional
Avellaneda-UOM.
Buenos Aires, Argentina

E-mail:
Carolina I. Barrios:
barrioscaro85@gmail.
com

A modo de introducción, entre las causas extraductales de las pancreatitis agudas, se encuentran las compresiones extrínsecas por patología tumoral. Los pólipos gástricos son una causa inusual. Generalmente, estos se manifiestan como hemorragias, lesiones orgánicas incipientes y obstrucción intestinal generando síndromes pilóricos. Estos pólipos tienen una incidencia entre 1,7 y 3,9%¹. La mayoría de estas lesiones son pequeñas, asintomáticas, y se encuentran en forma incidental durante estudios radiológicos o endoscópicos².

Se presenta un caso aislado de una paciente femenina de 84 años, internada en tres oportunidades bajo diagnóstico de pancreatitis aguda.

Entre sus antecedentes de relevancia se encuentran colecistectomía, apendicectomía e histerectomía.

Presentó episodios de dolor abdominal acentuado en epigastrio, irradiado a dorso acompañados de vómitos. En el laboratorio presentaba 21.100 leucocitos/mm³, Hto:43%, amilase 5765 U/L, urea 30U/L. En TC con doble contraste se observa derrame pleural, porción cefálica y grasa peripancreática heterogénea, aumentada de tamaño. Con buena evolución se otorga el alta bajo diagnóstico de pancreatitis aguda leve³, Ranson 3, BISAP3. Se solicita colangiografía magnética de manera ambulatoria. La paciente regresa a la guardia 5 meses después con

un cuadro de similares características: dolor acompañado de vómitos; se vuelve a internar bajo diagnóstico de pancreatitis aguda leve. Se solicita, durante esta hospitalización, colangiografía magnética, la cual informa vía biliar intrahepática y extrahepática no dilatada; no se observan litos en su interior. Con buena evolución nuevamente se otorga el alta y se programa VEDA de manera ambulatoria. Un mes después vuelve a internarse bajo diagnóstico de pancreatitis aguda leve. Laboratorio: 1200 leucocitos/mm³, amilase 2073 U/L, bilirrubina total: 1,4 U/L. Se realiza ecografía abdominal donde se observa vía biliar intrahepática y extrahepática levemente dilatadas, páncreas aumentado de tamaño, heterogéneo, Wirsung de 3 mm, estómago de paredes engrosadas. Al ceder la sintomatología, se programa CPRE. No se puede realizar estudio endoscópico debido a gran tumoración en segunda porción duodenal. VEDA: gran lesión pediculada gástrica de aspecto adenomatoso que migra a través del píloro y que probablemente genere compresión de la región ampullar debido a su tamaño. Se logra elevación de pólipo a cavidad gástrica, se reseca parcialmente con anza.

AP: adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado (Vienna 4).

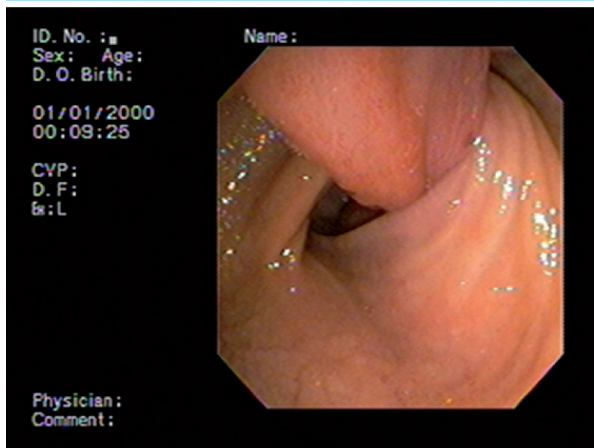
Pasados tres meses, se solicita VEDA donde se observa gastropatía erosiva y lesión cicatrizal en antro gástrico, TC sin datos significativos, CEA 18,4 (VN: 3-5 U/mL).

Para el diagnóstico de pancreatitis aguda se requieren dos de los siguientes tres indicadores: 1) dolor en epigastrio que se irradia a dorso; 2) elevación de lipasa o amilasa tres veces superior de los valores normales; 3) imágenes compatibles en ecografía o tomografía o resonancia magnética.

La pancreatitis aguda recurrente es aquella que se ha presentado más de una vez en episodios aislados con un intervalo de 3 meses entre sí. Antes de ese intervalo de tiempo puede considerarse como complicación de la última pancreatitis o como una reagudización de esta⁵. Los casos son generalmente leves, es decir, sin falla orgánica ni complicaciones locales ni sistémicas, con una mortalidad del 1%. En este informe se menciona como causa de PAR un pólipo gástrico que prolapsa a la luz de la segunda porción del duodeno y que es una causa infrecuente de pancreatitis aguda^{1,4}.

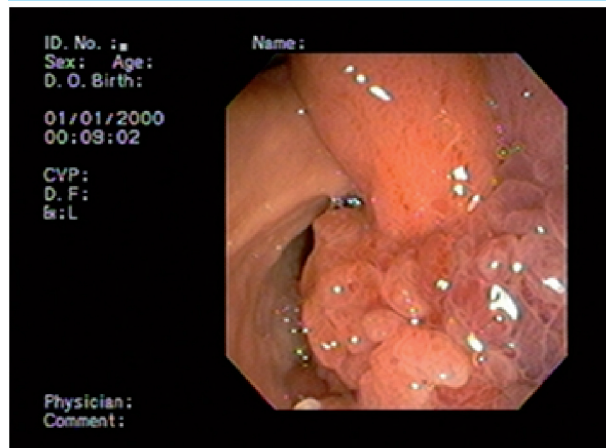
Recibido el
25 de julio de 2016
Aceptado el
17 de agosto de 2016

■ FIGURA 1



Desde el antro gástrico se observa el pedículo del pólipo discurriendo a través del píloro

■ FIGURA 2



Vista del pólipo una vez llevado al antro gástrico

Los pólipos gástricos, cuando son sintomáticos, usualmente originan hemorragias digestivas o, según su tamaño, dan síndromes de obstrucción intestinal. Se han descrito casos en los cuales aquellos pólipos que han prolapsado generaron cuadros de pancreatitis aguda. Sin embargo, los pólipos hiperplásicos

son 10 veces más frecuentes que los adenomatosos; estos últimos representan el 5-10% de los pólipos gástricos, los cuales deben resecarse debido a que poseen un potencial de transformación maligna entre un 20-40%¹, no solo por erradicar la causa de la pancreatitis en este caso.

Referencias bibliográficas

- 1- Silva D, Pinto C, Santos A, Ferreira J, Davide J. Prolapsed gastric polyp: An unusual cause of pancreatitis. The American Journal of Case Reports. 2009; 10:227-30.
- 2- Vatansever S, Akpınar Z. Gastric polyps and polypoid lesions: Retrospective analysis of 36650 endoscopic procedures in 29940 patients. Turk J Gastroenterol. 2015; 26:117- 22.
- 3- Banks P, Bollen T. Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013; 62(1):102-11.
- 4- Jones O, Monk D. Acute pancreatitis secondary to a prolapsed gastric fundal GIST. IJ of Surgery Case Reports. 2012;3:82-5.
- 5- Khurana V, Ganguly I. Recurrent Acute Pancreatitis. JOP. 2014;15(5):413-26.