

Cartas al Editor

Pancreatitis aguda necrotizante posterior a quimioembolización transarterial de hepatocarcinoma: una complicación infrecuente

Palabras clave: Pancreatitis. Hepatocarcinoma. Cirrosis hepática.

Key words: Pancreatitis. Hepatocellular carcinoma. Liver cirrhosis.

Sr. Editor:

La pancreatitis aguda necrotizante posterior a quimioembolización transarterial es una complicación infrecuente, estimándose una incidencia entre 1,7-2 % según distintos estudios. Presentamos el caso de un varón de 60 años, diagnosticado de cirrosis por VHB y alcohol. Sometido a segunda sesión de quimioembolización (no candidato a trasplante por adenocarcinoma prostático) por recidiva de hepatocarcinoma en segmento VIII de 12,5 mm de diámetro. Transcurridas 48 horas del procedimiento presenta dolor epigástrico irradiado a espalda e hipocondrio derecho y febrícula de 37,8 °C, destacando en la analítica sanguínea una amilasa de 896 mU/ml, proteína C reactiva 122,7 mg/l, bilirrubina total 1,64 mg/dl (bilirrubina directa 0,83 mg/dl), GGT 147 UI/l, fosfatasa alcalina 154 U/l, coagulación discretamente alterada (TP 16,5 segundos, INR 1,47), siendo el hemograma y transaminasas normales. La tomografía abdominal con contraste intravenoso evidenció varias colecciones: una extrapancreática alrededor de la cabeza de 50 milímetros y otra en proceso uncinado de

43 milímetros en relación con complicación de pancreatitis aguda necrotizante (Fig. 1). Tras reposo intestinal, hidratación y analgesia endovenosa, y antibioticoterapia empírica con meropenem 1 gramo cada 8 horas durante 7 días, la evolución fue favorable, normalizándose los niveles de amilase y proteína C reactiva. En el control tomográfico a los 3 meses las colecciones habían disminuido un 50 % su tamaño. Asimismo, se comprobó la ausencia de captación del hepatocarcinoma quimioembolizado.

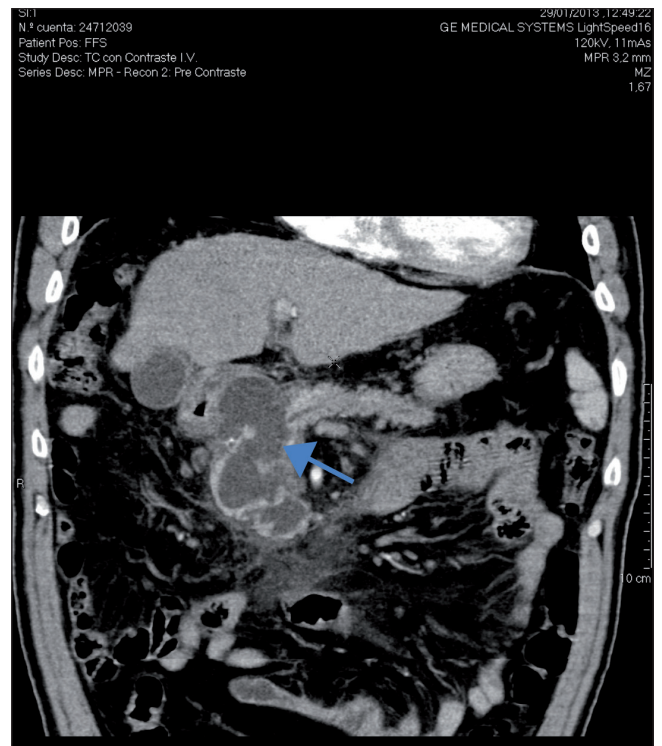


Fig. 1. Corte tomográfico en el que se evidencia una colección a nivel de cabeza pancreática, así como la arteria pancreática en el centro de la colección (flecha).

Discusión

La quimioembolización transarterial es la terapia de primera línea con fines paliativos del hepatocarcinoma. El mecanismo de acción es comprometer el flujo arterial del tumor e instilar un agente quimioterápico (habitualmente doxorubicina) con la finalidad de necrosarlo (1). Tras el procedimiento puede experimentarse frecuentemente el síndrome postquimioembolización caracterizado por fiebre, dolor abdominal, náuseas/vómitos y, ocasionalmente deterioro de la función hepática. Existen complicaciones inusuales, como las observadas por Xia Jinglin y cols., en su estudio con 1.348 pacientes, cuya incidencia de complicaciones raras fue del 2,68 %, desde ruptura espontánea del hepatocarcinoma hasta oclusión de la arteria hepática (0,15 % y 1,99 %); destacando que en esta amplia serie ninguno presentó pancreatitis aguda necrotizante (2). Es una entidad infrecuente, los estudios estiman una incidencia de 1,7-2 % (pancreatitis clínica) frente al 40 % de pancreatitis biológica, entendiéndose este término por hiperamilasemia sin repercusión clínica (3-5). Esta complicación es consecuencia de la inyección retrógrada de la sustancia quimioterápica/embolizante hacia las arterias pancreáticas, produciendo una pancreatitis isquémica (6). La determinación de amilasemia post-quimioembolización es controvertida, algunos autores no recomiendan su realización de manera rutinaria, salvo que el paciente experimente intenso dolor abdominal no atribuido al síndrome postquimioembolización (7,8).

El tratamiento en estas situaciones es similar al de cualquier pancreatitis aguda; el uso de antibiótico profiláctico está indicado si asocia necrosis extensa o sobreinfección de la misma (9). En nuestro caso, iniciamos meropenem por las colecciones de aspecto necrótico, febrícula y marcada elevación de la proteína C reactiva, además del estado inmunodeficiente por ser cirrótico. Hasta el 57 % de pacientes tendrán colecciones y pueden evolucionar a pseudoquistes; aquellas localizadas a nivel de cuello y cabeza si producen síntomas debe valorarse el drenaje o resección quirúrgica (10). En nuestro caso las colecciones evolucionaron satisfactoriamente, disminuyendo significativamente de tamaño y manteniéndose asintomático tras 3 meses de seguimiento.

Juan Manuel Alcívar Vásquez, Guillermo Ontanilla Clavijo,
María Teresa Ferrer Ríos
y Juan Manuel Pascasio Acevedo

*Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Bibliografía

1. Llovet JM, Bruix J. Systematic review of randomized trials for unresectable hepatocellular carcinoma: Chemoembolization improves survival. *Hepatology* 2003;37:429-42.
2. Xia J, Ren Z, Ye S, Sharma D, Lin Z, Gan Y, et al. Study of severe and rare complications of transarterial chemoembolization (TACE) for liver cancer. *Eur J Radiol* 2006;59:407-12.
3. Stefanini GF, Amoratu P, Biselli M, Mucci F, Celi A, Arienti V, et al. Efficacy of transarterial targeted treatments on survival of patients with hepatocellular carcinoma. An Italian experience. *Cancer* 1995;75:2427-34.
4. Marchiari L, Mansueto GC, Nifosi F, Bortolosi L, Dal Dosso I, Facci E, et al. The treatment of hepatocellular carcinoma by chemoembolization. *Chir Ital* 1994;46:17-22.
5. Khan KN, Nakata K, Shima M, Kusumoto Y, Nobuko I, Koji T, et al. Pancreatic tissue damage by transarterial embolization for hematoma. *Dig Dis Sci* 1993;38:65-70.
6. Özçınar B, Güven K, Poyanli A, Özden I. Necrotizing pancreatitis after transcatheter arterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. *Diagn Interv Radiol* 2009;15:36-8.
7. Chey V, Chopin-laly X, Micol C, Lepiliez V, Forestier J, Lombard-bohas C, et al. Acute pancreatitis after transcatheter arterial chemoembolization for liver metastases of carcinoid tumors. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2011;35:583-5.
8. López-Benítez R, Radeleff BA, Barragán-Campos HM, Noeldge G, Grenacher L, Richter GM, et al. Acute pancreatitis after embolization of liver tumors: Frequency and associated risk factors. *Pancreatology* 2007;7:53-62.
9. Baker S. Diagnosis and management of acute pancreatitis. *Crit Care Resusc* 2004;6:17-24.
10. Working Party of the British Society of Gastroenterology, Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, Pancreatic Society of Great Britain and Ireland, Association of Upper GI Surgeons of Great Britain and Ireland. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 2005;54(Supl. 3):iii1-9.