

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A PSEUDOANEURISMA LOCALIZADO EN PSEUDOQUISTE DE COLA PANCREÁTICA

C. Núñez-Sousa, R. Osuna-Molina, T. Moreno, H. Pallarés-Manrique, M. Ramos-Lora

Unidad de gestión clínica Digestivo-Cirugía. Sección Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

La hemorragia digestiva secundaria al sangrado de un pseudoaneurisma en el interior de un pseudoquiste en pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica, es una entidad poco frecuente pero de un gran riesgo para el paciente. Debido a su escasa frecuencia, la descripción de esta complicación queda confinada a pequeñas series o a la publicación de casos aislados, sin que existan aún guías clínicas basadas en la evidencia sobre el tratamiento óptimo a llevar a cabo.

En esta revisión presentamos un caso que precisó de varias actitudes terapéuticas para el tratamiento de la hemorragia digestiva 2ª a un pseudoaneurisma localizado en el interior de un pseudoquiste en cola pancreática.

Caso clínico

Varón de 74 años de edad con antecedentes de haber sido fumador de 20 cigarrillos al día y con hábito enólico

de más de 40 gramos de etanol al día hasta hace 2 meses. Intervenido de Gastrectomía subtotal más reconstrucción Billroth II por ulcus péptico hace más de 40 años. No otros antecedentes personales de interés.

Acude a urgencias por astenia, siendo diagnosticado de síndrome anémico apreciando una hemoglobina de 5.1 g/dl y un hematocrito de 16.3%, se realizó una endoscopia alta donde se apreció un sangrado babeante de escasa-moderada cuantía de la anastomosis gastrointestinal que se trató endoscópicamente siendo dado de alta a domicilio. Un mes más tarde nuevamente acude por astenia y melenas con una hemoglobina de 6 g/dl y hematocrito del 20.2%, se realiza nueva endoscopia y colonoscopia que son normales por lo que se amplía el estudio y se solicita TAC de abdomen (**Figura 1**) donde se aprecian datos de pancreatitis crónica con dilatación del conducto pancreático principal, observando a nivel de cola de páncreas, una lesión redondeada de unos 3 cm en cuyo interior se aprecia extravasación activa de contraste compatible con pseudoaneurisma/sangrado en el interior de un pseudoquiste probablemente comunicado con el conducto pancreático principal. Ante estos hallazgos se solicita una RMN de abdomen y arteriografía de tronco celiaco y arteria mesentérica superior que confirman el pseudoaneurisma dependiente de rama de arteria esplénica y formación aneurismática en cola de páncreas en relación con arteria pancreática transversa.

Se comenta el caso en sesión clínica conjunta con la unidad de Cirugía y Radiología Intervencionista decidiéndose

CORRESPONDENCIA

Cinta Núñez Sousa
Barriada Nuevo Parque Bloque 5. Piso 6ºD.
21007 Huelva
635654284

cinuso@hotmail.com



Figura 1

Se aprecia extravasación activa de contraste en el interior del pseudoquiste pancreático.

trombosis del pseudoaneurisma mediante la inyección de trombina con control ecográfico intraoperatorio con buena respuesta en un primer momento, confirmándose en angio-TAC de control intrahospitalario la presencia del pseudoaneurisma parcialmente trombosado, con presencia de estructura vascular con eje anteroposterior máximo de 5 mm. Es dado de alta a domicilio con cita para nuevo control radiológico pero a las dos semanas desde el alta de nuevo acude por melenas y hematemesis. En angio-TAC solicitado se aprecia el pseudoaneurisma dependiente de la arteria esplénica aumentado de tamaño, 3 cm en total, con trombosis parcial del mismo, habiéndose recanalizado la luz aneurismática sin poder descartar comunicación con el conducto pancreático. Se procede a nueva trombosis por punción percutánea con éxito, comprobado en TAC de control realizado 30 días más tarde de la intervención (**Figura 2**).

Actualmente el paciente permanece asintomático y en seguimiento en nuestras consultas.



Figura 2

Pseudoquiste en cola de páncreas tras 2ª embolización.

Discusión

La formación de un pseudoaneurisma es el resultado de la erosión de los vasos arteriales pancreáticos y peripancreáticos debido al proceso inflamatorio provocado por las enzimas pancreáticas, tales como la elastasa y la tripsina, siendo la arteria esplénica el vaso más comúnmente afectado, seguida por la gastroduodenal, pancreaticoduodenal, y arterias hepáticas¹.

La presencia del pseudoaneurisma en un pseudoquiste pancreático es una rara complicación que presenta una incidencia del 10% en los pacientes con pancreatitis crónica² y debido a su escasa frecuencia, la descripción de esta complicación, como hacíamos referencia en la introducción, queda confinada principalmente a pequeñas series o a la publicación de casos aislados³. Su ruptura o comunicación con el pseudoquiste es frecuente, presentando hemorragia en el 75% de los casos y la experiencia acumulada al respecto, aunque es escasa, ha demostrado que el sangrado masivo se relaciona con una elevada mortalidad como se observa en un trabajo publicado en 1983 por Stabile y cols⁴ que la describe entre el 15-43%, dependiendo, entre otros factores, del estado clínico del paciente, la localización de la hemorragia y el tipo de manejo quirúrgico. La mortalidad asciende al 90-100% de estos si no reciben tratamiento⁵.

Existen diversos factores que aumentan el riesgo de sangrado de un pseudoaneurisma pancreático y entre estos podemos mencionar: pancreatitis crónica de evolución prolongada, gran cantidad de calcificaciones en el parénquima pancreático, comunicación del pseudoquiste con el conducto de Wirsung, pseudoquistes adyacentes al conducto cístico y trombosis de la vena esplénica⁶, por lo que la presencia de alguno de estos obliga plantear el drenaje preventivo de los pseudoquistes, sobre todos en aquellos susceptibles de realizarlos de forma endoscópica.

Pueden manifestarse de diversas formas, hematemesis o melenas en el caso de ruptura en el tubo digestivo (como ocurre en nuestro caso descrito), hemorragia intraquistica, o hemoperitoneo en el caso de ruptura intraperitoneal⁷.

El diagnóstico precoz y exhaustivo del pseudoaneurisma es crucial para valorar el posterior tratamiento. El TAC es una prueba muy útil y no invasiva para detectar pseudoaneurismas^{8,9} y pseudoquistes asociados⁵. Sin embargo, los pseudoaneurismas de pequeño tamaño pueden pasar desapercibidos por lo que esta técnica de imagen se complementa con la arteriografía, que en las 2 últimas décadas ha mejorado su exactitud diagnóstica para estos casos^{1,10} alcanzando una sensibilidad cercana al 100%.

Con respecto al tratamiento, no existe un consenso establecido, por lo que se debe de individualizar en cada caso. Existen 2 opciones terapéuticas, la embolización arterial o el tratamiento quirúrgico. En el primer caso, según el análisis de los resultados descritos, la embolización tiene un éxito del 79-100% de los casos, con una tasa de recidiva

muy variable y un índice de mortalidad post-embolización del 12 al 33% en pacientes con pancreatitis aguda o crónica^{8, 11}. En nuestro caso tuvo lugar la nueva recanalización del pseudoaneurisma y consecuente resangrado, precisando de una 2ª técnica de embolización arterial que hasta el momento es exitosa. Por otro lado, algunos autores consideran la cirugía como el tratamiento de elección para tratar la hemorragia secundaria a pseudoaneurismas en pacientes con pancreatitis crónica¹² siendo la localización del pseudoaneurisma, entre otros, un problema importante al seleccionar el tipo de tratamiento quirúrgico ya sea ligadura arterial o la resección del páncreas enfermo. Las técnicas descritas son, por un lado la pancreatectomía distal y esplenectomía la cual debe ser empleada para el tratamiento de lesiones sangrantes situadas en la cola del páncreas, ya que estos procedimientos tienen una baja morbilidad y mortalidad^{12, 13} y la pancreaticoduodenectomía que debe individualizarse y seleccionar a los pacientes para los que procedimientos menos invasivos no son técnicamente viables¹². Los resultados obtenidos son mejores para los pacientes con lesiones en el cuerpo y cola del páncreas con una mortalidad del 16%, siendo del 43% en aquellas situadas en la cabeza pancreática¹⁴.

En resumen, la ruptura de un pseudoaneurisma en el contexto de una pancreatitis crónica es una complicación poco frecuente pero de alto riesgo para el paciente siendo fundamental un diagnóstico temprano y preciso, donde juega actualmente un papel importante la angiografía, así como un manejo individualizado del paciente. La cirugía, dada su alta morbimortalidad asociada, se reserva para casos muy concretos.

BIBLIOGRAFÍA

- Balachandra S, Siriwardena AK. Systemic appraisal of the management of the major vascular complications of pancreatitis. *Am J Surg*. 2005;190: 489-95.
- Elton E, Howell DA, Amberson SM, Dykes TA. Combined angiographic and endoscopic management of bleeding pancreatic pseudoaneurysm. *Gastrointestinal endoscopy* 1997;46:544-9
- El Hamel A, Parc R, Adda G, Boutelou PY, Huguet C, Malafosse M. Bleeding pseudocyst in chronic pancreatitis. *Br J Surg* 1991;78:1059-63.
- Stabile BE, Wilson SE, Debas HT. Reduced mortality from bleeding pseudocyst and pseudoaneurysms caused by pancreatitis. *Arch Surg* 1983;118:45-51.
- Bretagne JF, Heresbach D, Darnault P, Raoul JL, Gosselin M, Carsin M, et al. Pseudoaneurysm and bleeding pseudocysts in chronic pancreatitis: radiological finding and contribution to diagnosis in 8 cases. *Gastrointest Radiol* 1990;15(1):9-16.
- Flati G, Andren-Sandberg A, La Pinta M, Porowska , Carboni M. Potentially fatal lending in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention and treatment. *Pancreas* 2003;26:8-14.
- Brouquet A, Levevre J.H, Terris B, Silvera S, Randone B, Soubrane O, et al. A pancreatic pseudocyst associated with three simultaneous hemorrhagic complications. *J Chir* 2007;144(4):336-8.
- De Perrot M, Berney T, Buhler L, Delgadillo X, Mentha G, Morel P. Management of bleeding pseudoaneurysms in patients with pancreatitis. *Br J Surg* 1999;86:29-32.
- Balthazar EJ, Fisher LA. Hemorrhagic complications of pancreatitis: radiologic evaluation with emphasis on CT imaging. *Pancreatolgy* 2001;1:306-313.
- Bergert H, Hinterseher I, Kersting S, Bloomenthal A, Saeger HD. Management and outcome of hemorrhage due to arterial pseudoaneurysms in pancreatitis. *Surgery* 2005;137:323-8.
- Beattie GC, Hardman JG, Redhead D, Siriwardena AK. Evidence for a central role for selective mesenteric angiography in the management of the major vascular complications of pancreatitis. *Am J Surg* 2003;185:96-102.
- Bresler L, Boissel P, Grosdidier J. Major hemorrhage from pseudocysts and pseudoaneurysms caused by chronic pancreatitis; surgical therapy. *World J Surg* 1991;15:649-653.
- Bender JS, Bouwman DL, Levison MA, Weaver DW. Pseudocysts and pseudoaneurysms: surgical strategy. *Pancreas* 1995;10:143-147.
- Stabile BE, Wilson SE, Debas HT. Reduced mortality from bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms caused by pancreatitis. *Arch Surg* 1983;118:45-51.