

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL COMO COMPLICACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE

F. Padilla-Ávila, G. Carrillo-Ortega, R. Martínez-García, M.A. Pérez-Durán, E. Baeyens-Cabrera

Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen

Los pseudoaneurismas pancreáticos son una complicación rara que aparece en pacientes con pancreatitis aguda grave o crónica; presentándose con mayor frecuencia en pacientes alcohólicos. Los vasos afectados están muy próximos al páncreas, incluyendo la arteria esplénica, hepática, gastroduodenal y pancreaticoduodenal

Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la ubicación y extensión del pseudoaneurisma, así como del tamaño, localización y vasos afectados. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, ictericia, presencia de tumoración epigástrica y hemosuccus pancreaticus (hemorragia a través del wirsung).

El TAC abdominal o la RNM son las técnicas diagnósticas de elección. La ecografía con doppler puede poner de manifiesto el flujo en el interior del pseudoaneurisma.

La arteriografía permite la confirmación del diagnóstico y constituye el tratamiento de elección mediante la embolización arterial. No obstante al tratarse de una complicación grave con una alta morbilidad no puede descartarse la necesidad de cirugía abierta que se reserva para el fracaso de la técnica endovascular.

Palabras clave: Pseudoaneurisma pancreático; Embolización Arterial

Abstract

Pancreatic pseudoaneurysms are a rare complication in patients with severe acute or chronic pancreatitis. It occurs more often in alcoholic patients. The affected vessels are very close to the pancreas, including the splenic, hepatic, gastroduodenal and the pancreaticoduodenal artery.

The clinical manifestations vary depending on the location and extension of the pseudoaneurysm, as well as the size, location and the vessels affected. The most common symptoms are abdominal pain, jaundice, presence of epigastric swelling and hemosuccus.

Abdominal CT or MRI are the diagnostic techniques of choice. Doppler ultrasound may reveal flow in the interior of the pseudoaneurysm.

CORRESPONDENCIA

Francisca Padilla Ávila
C/ Doctor Fleming, nº 4
Vilches CP: 23220 (Jaén)
Tfno: 610779058

medicane@hotmail.com

An arteriogram will allow the diagnosis to be confirmed and arterial embolization is the treatment of choice. However, because this is a severe complication with high rates of morbidity and mortality, the need for open surgery cannot be ruled out. This technique is reserved for failure of the endovascular technique.

Keywords: Pancreatic pseudoaneurysms; Embolization artery.

Descripción del caso

Paciente varón de 51 años de edad, con antecedentes personales de pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica hace 6 meses con colecciones intraabdominales, Diabetes Mellitus tipo 2, síndrome ansioso, fumador de 15 cigarrillos/día y bebedor importante de más de 60 gr de alcohol al día; que dice haber abandonado hábito enólico tras primer episodio de pancreatitis. Realiza tratamiento con metformina, escitalopram y diazepam.

Consulta por cuadro de ictericia progresiva de una semana de evolución asociado a heces hipocólicas y orinas colúricas. Se acompaña de dolor epigástrico, sin fiebre, pérdida de peso ni alteración del hábito intestinal.

A la exploración física presenta marcada ictericia cutáneo-mucosa. La auscultación cardio pulmonar tonos rítmicos con murmullo vesicular conservado. El abdomen blando, con sensación de masa mesogástrica dolorosa a la palpación.

En la analítica realizada en el servicio de urgencias destacaba GOT 125 U/L ; GPT 203 U/L ; GGT 1177 U/L ; amilasa 1455 U/L, bilirrubina total 13,6 mg/dL; hemograma y coagulación normales.

Se procede a ingreso y se realiza ecografía abdominal que mostró una imagen heterogénea de 56x47 mm, próximo a la cabeza pancreática, sugerente de pseudoquiste y dilatación pseudoaneurismática en zona de uncus de 2 cm (**Figura 1**) con captación de flujo turbulento a su través.

Se pauta tratamiento con antibioterapia de amplio espectro con Piperacilina-Tazobactam 4gr/6 horas intravenoso y fluidoterapia, obteniéndose un balance hídrico positivo a las 24 horas.

Ante dichos hallazgos, se solicita TAC Abdominal que mostró un bazo de 13 cm, con importante red venosa colateral, páncreas atrófico con wirsung dilatado; colección en saco menor de 2,4x2,8 cm y otra colección en uncus pancreático de 3,8x3,2 cm compatible con quiste hemorrágico; asimismo se visualizaba artefacto en estrella en teórica situación de la arteria gastroduodenal y colédoco de 1,2 cm secundario a compresión de la colección previamente descrita.

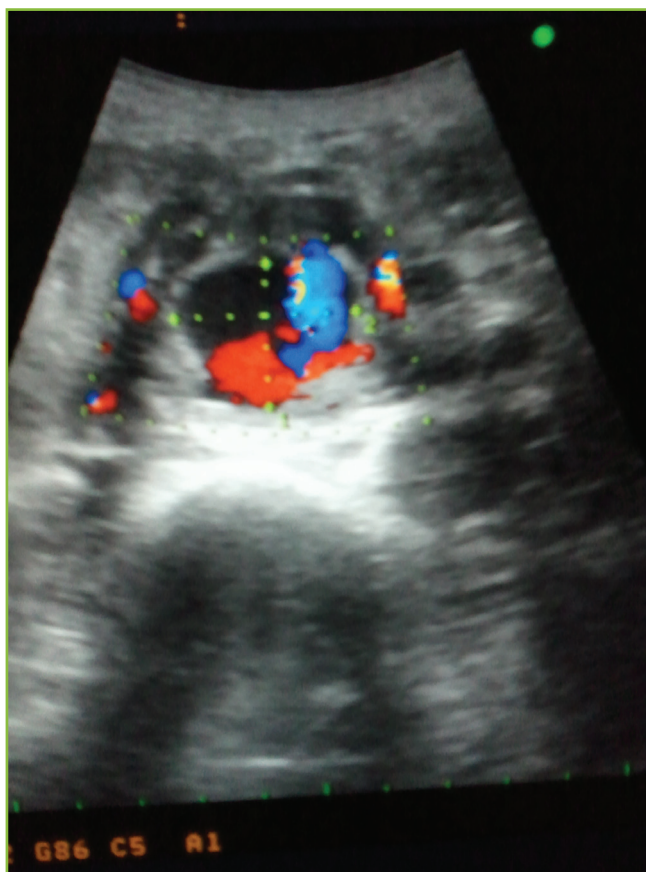


Figura 1

Ecografía Abdominal: Pseudoaneurisma pancreático con captación de flujo.

Al segundo día de ingreso el paciente presentó empeoramiento clínico con aumento de dolor epigástrico, acompañado de sensación de plenitud postprandial y vómitos biliosos; analítica Hb 11.1 g/dL ; Hto 37,4%; Leucocitos 14700 x 10⁹/L y Bilirrubina total 15,6 mg/dL.

Para confirmar el diagnóstico se realizó una angiografía de arteria mesentérica superior y tronco celiaco evidenciándose extravasación de contraste dependiente de una rama de la arteria gastroduodenal (**Figura 2**) y se procedió a embolización arterial mediante clips metálicos. Se realizó control post-embolización, con buen resultado evidenciando ausencia de flujo en la arteria gastroduodenal (**Figura 3**).

Tras la realización de la embolización, el paciente mejoró clínica y analíticamente, encontrándose a las 48 horas, afebril y tolerando dieta líquida; analíticamente presentaba Hb: 11.1 mg/dL ; Hto 38.7%; leucocitos 10900 x 10⁹/L y Bilirrubina Total 5.6 mg/dL.

La mejoría fue progresiva y fue dado de alta al 7º día. Se había producido una clara disminución de cifras de bilirrubina llegando a valores de 2.7 mg/ dl y el paciente se encontraba asintomático.



Figura 2

Extravasación de contraste de la arteria gastroduodenal.



Figura 3

Embolización con colocación de clips de la arteria gastroduodenal.

Actualmente sigue revisiones en nuestra consulta y se ha realizado TAC de control que mostraba 2 quistes menores de 3 cm peripancreáticos sin compresión extrínseca y sin signos de infección.

Discusión

El pseudoaneurisma pancreático es una complicación rara de la pancreatitis aguda grave siendo más frecuente su aparición en la pancreatitis crónica¹.

Su mortalidad oscila entre el 15 al 50% dependiendo de la severidad y duración de la pancreatitis.

Se han propuesto 3 mecanismos² implicados en la formación de pseudoaneurismas relacionados con la pancreatitis aguda grave:

- la inflamación severa y autodigestión enzimática de una arteria pancreática o peripancreática.

- un pseudoquiste establecido que erosiona a la arteria, convirtiendo al pseudoquiste en un pseudoaneurisma

- un pseudoquiste que erosiona la pared intestinal con sangrado dentro de la superficie mucosa

En este caso no podemos saber con exactitud el mecanismo que ha dado lugar a la formación del pseudoaneurisma pudiendo estar causado tanto por el primero como por el segundo de ellos.

Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la arteria afectada, localización y tamaño. Las más frecuentes son dolor abdominal, ictericia obstructiva, anemia, y hemorragia digestiva entre otras.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen siendo el angioTAC la prueba de elección ya que los hallazgos de imágenes de alta densidad dentro de un pseudoquiste o imágenes no contrastadas son altamente sugestivas de un pseudoaneurisma.

Sin embargo el diagnóstico se confirma mediante la realización de arteriografía de tronco celíaco que además de establecer un diagnóstico de certeza así como la ubicación de la arteria afectada, localización y alcance de la lesión permite la realización de una intervención terapéutica.

La Embolización Angiográfica Percutánea (PAE)³ ha reemplazado largamente a la cirugía primaria. Actualmente es recomendada como la terapia inicial para pacientes hemodinámicamente estables. La cirugía debe ser reservada para casos con sangrado activo, pacientes hemodinámicamente inestables o en caso de fracaso de la embolización.

Sin embargo, no existen guías basadas en la evidencia acerca de la modalidad de tratamiento óptimo. Algunos autores manifiestan que la embolización angiográfica no cura la enfermedad y una subsecuente cirugía es siempre requerida.

La PAE⁴ está indicada en la arteria gastroduodenal, pancreaticoduodenal y ramas arteriales intrapancreáticas, mientras que puede no ser indicada en la arteria esplénica, debido al riesgo de necrosis y absceso en el páncreas y/o bazo. En general, se recomienda la PAE para pseudoaneurismas de la cabeza de páncreas y la cirugía abierta para los de cuerpo y cola⁵.

En este caso al tratarse de un paciente hemodinámicamente estable y cuya localización del pseudoaneurisma era la arteria gastroduodenal se optó por la Angiografía con éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azabache Puente W, López Carranza M, Azabache Díaz J, Angulo Revilla Y, Salazar Tantaleán A, Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 60-64.
2. Maganty K, L. Farrell R, Electronic clinical challenges and images in GI (Diagnosis: gastroduodenal artery pseudoaneurysm complicating as obscure gastrointestinal bleeding and acute liver failure). Gastroenterology. 2009;136:e1-e2.
3. Manazer JR, Monzon JR, Dietz PA, Moglia R, Gold M. Treatment of pancreatic pseudoaneurysm with percutaneous transabdominal thrombin injection. J Vasc Surg 2003;38:600-602.
4. 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(2):96.
5. Toyoki Y, Hakamada K, Narumi S, et al. Hemosuccus pancreaticus: problems and pitfalls in diagnosis and treatment. World J Gastroenterol. 2008;14:2776-2779.