

# PSEUDOANEURISMA GASTRODUODENAL COMO CAUSA DE SANGRADO DIFERIDO EN PACIENTE CON DRENAJE DE COLECCIÓN PANCREÁTICA

GASTRODUODENAL PSEUDOANEURYSM AS A CAUSE  
OF DELAYED BLEEDING AFTER PANCREATIC FLUID  
COLLECTION DRAINAGE

A. Delgado-Maroto, A. Barrientos-Delgado, E. Práxedes-González

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

## Resumen

El drenaje de colecciones pancreáticas sintomáticas suele realizarse guiado por ecoendoscopia, con un éxito de técnica del 90%. Las complicaciones más frecuentes son el sangrado, la perforación, la infección y la migración del stent. Exponemos el caso de un sangrado tras drenaje endoscópico de una colección pancreática.

**Palabras clave:** colección pancreática, drenaje endoscópico, ecoendoscopia.

### CORRESPONDENCIA

A. Delgado Maroto  
Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.  
[anadmgr@gmail.com](mailto:anadmgr@gmail.com)

Fecha de envío: 01/02/2018  
Fecha de aceptación: 12/02/2018

## Abstract

Drainage from symptomatic pancreatic collections is usually guided by endoscopic ultrasound, with a 90% technique success. The most frequent complications are bleeding, perforation, infection and stent migration. We present the case of a bleeding after pancreatic collection drainage.

**Keywords:** pancreatic collection, endoscopic drainage, endoscopic ultrasound.

## Cuerpo

A propósito del caso publicado por F. Valverde-López *et al.* "Sangrado masivo diferido en paciente con drenaje de colección pancreática"<sup>1</sup>. Exponemos el caso de un sangrado diferido secundario a un pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal que se resolvió mediante embolización selectiva.



Figura 1

Arteriografía: aneurisma de una rama de la arteria gastroduodenal.

Se trata de un paciente de 57 años sin antecedentes de interés ingresado por pancreatitis aguda necrotizante biliar con colecciones agudas necróticas pancreáticas y peripancreáticas, la mayor de 20x14x23 cm que provoca marcada compresión de estómago y duodeno anteriormente y posteriormente sobre el eje esplenoportal y la vena cava inferior. La evolución es tórpida, con marcado dolor abdominal e intolerancia oral. Se procede al drenaje de la colección mediante colocación de prótesis HOT-AXIOS guiada por ecoendoscopia. En analítica de control se observa descenso de cifras de hemoglobina a 8 gr/dL sin objetivar exteriorización y se realiza nuevo TC abdominal que descarta sangrado. Tres días después se aprecia en analítica una hemoglobina de 5 gr/dL, permaneciendo el paciente estable y sin exteriorización hemorrágica. Por problemas técnicos el paciente es trasladado a nuestro hospital para realización de angioTC urgente en el que se aprecia pequeño aneurisma de 4-5 mm en una de las ramas de la arteria gastroduodenal sin signos de sangrado activo. En las sucesivas horas presenta empeoramiento clínico evidente con dolor abdominal intenso, hipotensión arterial y fiebre que precisa ingreso en UCI. Se coloca sonda nasogástrica evidenciándose sangrado digestivo y nueva anemia en analítica. Contactamos con Radiología Intervencionista y se realiza una arteriografía con embolización de aneurisma de arteria gastroduodenal (**Figura 1**). Posteriormente el paciente evoluciona de forma lenta pero favorable, con mejoría clínica y analítica y permaneciendo estable desde el punto de vista hemodinámico. Al alta se encuentra asintomático y con buena tolerancia oral.

La necrosis del tejido pancreático y/o peripancreático ocurre aproximadamente en el 15% de los pacientes con pancreatitis aguda y supone un incremento en el riesgo de morbimortalidad<sup>2</sup>. El pseudoquiste pancreático y la necrosis pancreática y/o extrapancreática asintomáticos no precisan intervención independiente de su tamaño, localización y/o extensión<sup>2,3</sup>. La intervención se reserva para pacientes con necrosis infectada y, menos frecuentemente, en casos de necrosis estéril sintomática,

especialmente si producen obstrucción biliar o gástrica<sup>2</sup>. En pacientes estables debe postergarse el drenaje endoscópico, radiológico y/o quirúrgico hasta cuatro semanas desde el debut de la enfermedad, para permitir así la licuefacción del contenido y el desarrollo de tejido fibrótico alrededor de la necrosis. Los métodos mínimamente invasivos son preferibles a la cirugía abierta, aunque su realización está supeditada a la disponibilidad del centro<sup>3</sup>.

El drenaje guiado por ecoendoscopia es el procedimiento más común para el drenaje de colecciones pancreáticas sintomáticas, con un éxito de técnica mayor del 90% y de tratamiento del 70-90%. Entre sus posibles complicaciones destacan la perforación, sangrado, infección y migración del stent. Con respecto al sangrado, puede producirse de forma inmediata o diferida; y en el punto de punción o desde el interior de la cavidad. El sangrado en el punto de punción ocurre generalmente en pacientes con vasos colaterales. De forma ocasional, el sangrado se produce por una descompresión rápida de la colección. Así mismo hay que tener en cuenta la posibilidad de la existencia de un pseudoaneurisma como origen del sangrado, que puede ser confirmado mediante angioTC. Para prevenir el sangrado es necesario revisar los parámetros de la coagulación, así como la toma de medicación antiagregante y anticoagulante. Otras medidas son la realización de una fístula con *needle knife* tras la punción inicial, la dilatación mecánica gradual o uso de un dispositivo electroquirúrgico. En caso de que el sangrado se produzca durante el procedimiento es preferible la colocación de un stent largo autoexpandible completamente recubierto para el control del mismo. Otras medidas endoscópicas posibles son la inyección de adrenalina, taponamiento con balón, colocación de clips hemostáticos, Hemospray y electrocoagulación. En caso de sangrado incontrolado, puede ser necesario la exploración quirúrgica o la embolización por arteriografía<sup>4</sup>.

En conclusión, el sangrado de colecciones pancreáticas tras drenaje por ecoendoscopia es una complicación que puede precisar un manejo multidisciplinar mediante endoscopistas, radiólogos y cirujanos.

## Bibliografía

1. Valverde-López F, Abellán-Alfocea P, Martín-Rodríguez MM, Redondo-Cerezo E, Martínez-Cara JG. Sangrado masivo diferido en paciente con drenaje de colección pancreática. RAPD online 2017; 40(6): 306-309.
2. Freeman ML, Werner J, van Santvoort HC, Besselink MG, Bollen TL, Bucher P, et al. Interventions of necrotizing pancreatitis: summary of multidisciplinary consensus conference. Pancreas 2012; 41(8): 1176-1194
3. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2013;108(9):1400-1415.
4. Lakhtakia S. Complications of diagnostic and therapeutic Endoscopic Ultrasound. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2016;30(5):807-823.