

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR EN EL INTERIOR DE NECROSIS ENCAPSULADA COMO COMPLICACION INFRECUENTE DE PANCREATITIS NECROTIZANTE

PSEUDOANEURYSM OF THE SUPERIOR MESENTERIC ARTERY INSIDE A WALLED-OFF NECROSIS AS AN UNCOMMON COMPLICATION OF NECROTIZING PANCREATITIS

Pérez Naranjo P, Moya Sánchez E

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

La pancreatitis aguda es una entidad clínica grave con una incidencia anual de 5-80/100.000 habitantes en la población general. Es importante conocer las complicaciones derivadas de la pancreatitis aguda para un buen diagnóstico, tratamiento precoz y mejorar el pronóstico.

Una de estas complicaciones es la formación de pseudoaneurismas. Presentamos el caso de un paciente con un pseudoaneurisma trilobulado dependiente de arteria mesentérica superior contenido en el interior de un área de necrosis encapsulada que se manejó de forma mínimamente invasiva mediante embolización selectiva con buena respuesta clínica.

CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez
Hospital Clínico Universitario San Cecilio
18016 Granada
elemoya89@gmail.com

Fecha de envío: 20/01/2020

Fecha de aceptación: 26/03/2020

Palabras clave: pancreatitis, pseudoaneurisma, tomografía computerizada, vascular.

Abstract

Acute pancreatitis is a serious clinical entity with an annual incidence of 5-80/100,000 in the general population. It is important to know the complications derived from acute pancreatitis to get a correct diagnosis, early treatment and to improve the prognosis.

One of these complications is the formation of pseudoaneurysms. We present the case of a patient with a pseudoaneurysm dependent on the superior mesenteric artery contained within an area of walled-off necrosis that was managed minimally invasively by selective embolization with good clinical response.

Keywords: pancreatitis, pseudoaneurysm, computed tomography, vascular.

Introducción

Presentamos el caso de un paciente con antecedentes de pancreatitis necrotizante que posteriormente desarrolló pseudoaneurismas dependientes de la arteria mesentérica superior (AMS) contenidos en el interior de una colección compatible con necrosis encapsulada debido a su tiempo de evolución. El tratamiento consistió en la embolización supraselectiva con microcoils con buen resultado angiográfico y clínico.

Caso Clínico

Paciente de 53 años, de hábito enólico, en seguimiento por el Servicio de Aparato Digestivo por pancreatitis necrotizante en 2018 con colecciones necróticas agudas con signos de sobreinfección, que acude a urgencias por epigastralgia de 10 días de evolución que se ha acentuado en las últimas 24 horas.

A la exploración se apreció abdomen doloroso en hipogastrio irradiado a ambos flancos abdominales, asociado a vómitos biliosos y deposiciones diarreicas, con defensa voluntaria sin signos de irritación peritoneal.

Análíticamente destacó alteración de la coagulación con tiempo de protrombina del 50%, INR 1.5 y neutrofilia sin leucocitosis y elevación de PCR.

Ante la clínica aguda y la discordancia entre la historia clínica y la exploración física, se llevó a cabo de forma urgente un angio-TC abdominopélvico, visualizándose una imagen trilobulada hipercaptante dependiente de arteria mesentérica superior (AMS) englobada en el interior de una colección líquida (necrosis encapsulada) que asocia moderados cambios inflamatorios en vecindad, llegando al diagnóstico de pseudoaneurismas dependientes de la AMS.

El paciente se ingresó a cargo del Servicio de Aparato Digestivo desde donde se solicitó arteriografía diagnóstica y terapéutica por parte del servicio de radiología vascular intervencionista, llevándose a cabo cateterización y arteriografía selectiva de AMS con embolización endovascular de la misma por colis con buena evolución clínica y alta.

Discusión

La pancreatitis aguda es una entidad clínica grave con una incidencia anual de 5-80 por 100.000 habitantes en la población general, siendo las dos etiologías más frecuentes (80%) los cálculos biliares y el consumo excesivo de alcohol¹.

Es importante conocer las posibles complicaciones derivadas de la pancreatitis aguda para un buen diagnóstico, tratamiento precoz y así disminuir su alta morbilidad (próxima al 50 %) y poder mejorar el pronóstico del paciente².

La verdadera incidencia de formación de pseudoaneurismas como complicación vascular por pancreatitis no está bien establecida, aunque generalmente es baja.

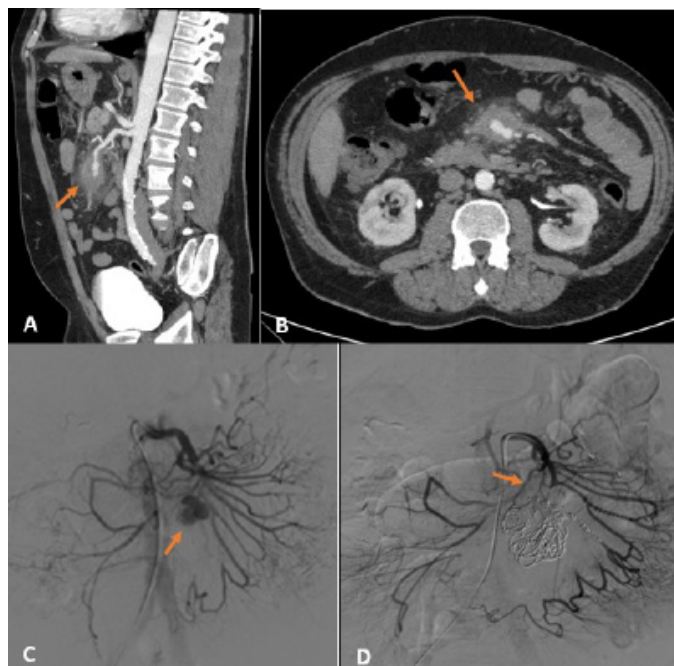


Figura 1

Figuras 1A y 1B: Angio-TC abdominopélvico reconstrucción sagital (A) y axial (B) en el que se aprecia una imagen hipercaptante de morfología redondeada, con tres lóbulos, dependiente de arteria mesentérica superior (flechas), en el interior de un área de necrosis encapsulada de menor densidad, secundaria a pancreatitis aguda necrotizante previa. Figura 1C: arteriografía diagnóstica con cateterización selectiva de la arteria mesentérica superior que tras la administración de contraste se visualiza la presencia de un pseudoaneurisma trilobulado en arteria mesentérica superior. Figura 1D: arteriografía selectiva tras embolización con microcoils de la arteria lesionada así como del pseudoaneurisma, comprobando buen resultado angiográfico posterior.

En este sentido, las ramas arteriales más frecuentemente afectadas en el contexto de la pancreatitis aguda por proximidad al mismo son la arteria esplénica (50%), la arteria gastroduodenal (20-50%) y las arterias pancreaticoduodenales (20-30%). El resto de arterias suele afectarse sobre un 10% de los casos, siendo excepcional la afectación de la arteria mesentérica superior (1-3%), como en nuestro caso^{1,3}.

Se han sugerido diferentes mecanismos para explicar la formación de pseudoaneurismas, entre ellas las dos teorías más comúnmente aceptadas se relacionan por un lado con proceso inflamatorio por la liberación de enzimas proteolíticas (fundamentalmente elastasa y tripsina pancreáticas), lo que provoca la autodigestión del tejido pancreático y la fragilidad y erosión de la pared de los vasos adyacentes, y la segunda teoría se debe a la presencia de pseudoquistes que erosionan y debilitan la pared de los vasos pancreáticos y peripancreáticos^{1,3}.

La clínica varía desde un hallazgo incidental hasta un shock hemodinámico secundario a hemorragia por rotura del pseudoaneurisma. Estos pseudoaneurismas pueden romperse provocando un sangrado autolimitado o masivo a la cavidad peritoneal o retroperitoneal, la luz del tracto gastrointestinal, conductos biliopancreáticos o pseudoquiste pancreático, no determinando el tamaño del pseudoaneurisma el riesgo de rotura⁴.

En relación con el diagnóstico de los pseudoaneurismas secundarios a pancreatitis agudas disponemos de múltiples herramientas radiodiagnósticas, siendo la angio-TC la prueba de primera elección, con una sensibilidad del 95%⁵, ya que nos permite establecer el tamaño real de la lesión y adquirir un estudio vascular para determinar si existe rotura del mismo por extravasación del contraste. No obstante, la prueba gold standard en estos casos sería la arteriografía, que tiene la ventaja obvia de realizar un tratamiento endovascular de pseudoaneurisma en el mismo acto³.

Estas lesiones siempre requieren tratamiento, independientemente de su tamaño y de la presencia de síntomas, por ello el tratamiento conservador no es recomendable debido a la alta tasa de rotura y una mortalidad de hasta el 90% de los casos no tratados³.

En términos generales el objetivo principal del tratamiento es la exclusión del saco aneurismático, existiendo muchas opciones de tratamiento con tal fin.

Históricamente dichos aneurismas se reparaban mediante cirugía reconstructiva pero debido a su elevada morbimortalidad (50-100%)³, ha quedado reemplazado tras la aparición de técnicas intervencionistas mínimamente invasivas, con menor riesgo de mortalidad.

Así se consigue la exclusión del saco aneurismático mediante la embolización y/o la colocación de un stent en la arteria afectada^{3,5}. Típicamente estos dispositivos se colocan distales al pseudoaneurisma y luego proximales con el propósito de evitar el relleno colateral. Generalmente los pseudoaneurismas no se llenan de stent porque puede causar la expansión así como la ruptura de la pared frágil del mismo⁵.

Bibliografía

1. Fernández-Crehuet Serrano C, Rodríguez Molina A, Muñoz Bravo C, Rodríguez Molina M. Pseudoaneurisma de arteria mesentérica: complicación infrecuente secundaria a pancreatitis aguda. *Journal Archivos de Medicina* 2013; 9:4doi: 10.3823/120.
2. Carrión I, Escalada J, Sánchez JJ, del Pozo JA. Psedoaneurisma secundario a pancreatitis. A propósito de dos casos. *Radiología* 1998; 40:263-82.
3. Pantoja Peralta C, Moreno Gutiérrez A, Gómez Moya B. Superior mesenteric artery pseudoaneurysm due to chronic pancreatitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2017; 40:532-534.
4. Argibay Filgueira AB, Maure Noia B, Lamas Domínguez P, Martínez-Vázquez C. Pseudoaneurysm of splenic artery as complication of pancreatitis. *An. Med. Interna* 2006; 23:197-198.
5. Franco Verde MD, Elliot K. Fishman MD Pamela T. Johnson, MD. Arterial Pseudoaneurysms Complicating Pancreatitis: Literature Review. *J Comput Assist Tomogr* 2015; 39:7-12.