

## CASO CLÍNICO

# HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

## CHALLENGING ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING

Librero Jiménez M, Heredia Carrasco C

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

### Resumen

Se presenta el caso de un varón de 57 años con antecedentes de un episodio de pancreatitis aguda un año antes, que ingresa por un nuevo episodio de pancreatitis complicado con un sangrado digestivo inicialmente atribuido al diagnóstico concurrente de un adenocarcinoma sobre esófago de Barret, que actuó realmente como elemento distractor en el diagnóstico de la rotura del pseudoaneurisma visceral arterial, que constituía la verdadera causa de sangrado.

**Palabras clave:** pseudoaneurisma, pancreatitis, necrosis, hemorragia.

### Abstract

We report the case of a 57-years-old male with a previous episode of acute pancreatitis one year before, admitted with a new episode of pancreatitis complicated by a gastrointestinal bleeding initially attributed to the diagnosis of an adenocarcinoma on a Barret esophagus, which act as a distraction from the real diagnosis of a ruptured visceral arterial pseudoaneurysm.

**Keywords:** pseudoaneurysm, pancreatitis, necrosis, bleeding.

### Introducción

Los pseudoaneurismas viscerales arteriales son complicaciones poco frecuentes durante el transcurso de una pancreatitis aguda o crónica (1,3-10%)<sup>1</sup>. Es necesario un alto grado de sospecha diagnóstica dado que, a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la tasa de mortalidad sigue siendo elevada (34-52%)<sup>2</sup>.

#### CORRESPONDENCIA

Marta Librero Jiménez  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves  
18014 Granada  
[marlibjim@gmail.com](mailto:marlibjim@gmail.com)

Fecha de envío: 29/11/2020

Fecha de aceptación: 17/02/2021

## Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 57 años con antecedentes de un trastorno generalizado del desarrollo cognitivo y un episodio previo de pancreatitis aguda de origen mixto (biliar e hipertrigliceridemia) un año antes. Consulta por epigastralgia y coluria, sin vómitos o fiebre, así como deposiciones hematoquécicas en los días previos al ingreso.

En la analítica a su llegada a Urgencias destacaba una elevación de enzimas pancreáticas en rango de pancreatitis aguda, un patrón colestásico con cifras de bilirrubina total de 4 g/dl, así como una anemia crónica de perfil ferropénico en los meses previos que había experimentado un descenso agudo en las cifras de hemoglobina. Ante la anemización aguda y la persistencia de hematoquecia durante los primeros días de ingreso, con Colonoscopia realizada 8 meses antes y único hallazgo de adenoma tubular en ciego, se realiza Gastroscofia que aprecia en la transición esofagogástrica una lengüeta de mucosa gástrica ectópica compatible con Esófago de Barret sobre la que asienta una lesión central sobreelevada y fibrinada, friable al roce y sospechosa de malignidad, que se biopsia.

Por otra parte, la ecografía abdominal realizada al ingreso informaba de la presencia de un dudoso material ecogénico decantado en la pared posterior de colédoco con lo que, junto a la colestasis analítica progresiva, finalmente se realiza TAC abdominal con contraste iv que describe la presencia de una Colección Aguda Necrótica de 9,5 x 3,2 cm que se extiende hacia el ligamento hepatoduodenal englobando arteria hepática común y su bifurcación, y condicionando estenosis filiforme de la porta.

Tras la estabilización clínica inicial del paciente, comienza con un nuevo episodio de epigastralgia junto a hematemesis e inestabilidad hemodinámica, que obliga a su traslado a UCI para realizar Gastroscofia Urgente en la que se objetivan restos hemáticos digeridos tanto en estómago como en duodeno, que se lavan sin objetivar lesiones subyacentes, así como un dudoso vaso visible en la base de la lesión transicional previamente descrita cuya histología finalmente viene compatible con adenocarcinoma, colocándose clips hemostáticos con buen resultado inmediato.

Analíticamente destaca asimismo un incremento progresivo de los signos de colestasis, alcanzando cifras de hasta 13 g/dl de bilirrubina.

Al persistir con clínica y analítica compatible con sangrado activo finalmente se realiza angio-TAC abdominal, que describe la presencia de un pequeño pseudoaneurisma intrahepático dependiente de una rama posterior de la arteria hepática derecha, con hemobilia y contenido hemático en asas de intestino delgado y colon, embolizándose satisfactoriamente (Figuras 1 y 2).

## Discusión

Un pseudoaneurisma arterial visceral es un vaso sanguíneo que presenta un punto de rotura en su pared y un hematoma alrededor



Figura 1

Angiografía pre-embolización del pseudoaneurisma.



Figura 2

Angiografía post-embolización del pseudoaneurisma.

que comunica con la luz del vaso. Sus localizaciones más frecuentes son la arteria esplénica, gastroduodenal, pancreatoduodenal y mesentérica superior<sup>3</sup>. Se producen por digestión enzimática e isquemia microcirculatoria en contigüidad con la inflamación y necrosis pancreática<sup>4</sup>, y pueden aparecer desde semanas hasta años después del episodio<sup>5</sup>.

El interés de este caso radica en lo infrecuente de las complicaciones vasculares arteriales y sobre todo en las que afectan a vasos de pequeño calibre<sup>1</sup>, en la dificultad diagnóstica al solaparse en el tiempo dos patologías completamente independientes entre sí, así como en la distancia presente entre pseudoaneurisma y colección, dado que habitualmente aparecen en contigüidad por disección de la pared vascular<sup>4</sup>. Esto podría venir justificado por la formación de dicha colección en relación no al episodio actual de pancreatitis, sino al acontecido un año antes.

## Bibliografía

1. Evans RP, Mourad MM, Pall G, et al. Pancreatitis: Preventing catastrophic haemorrhage. *World J Gastroenterol.* 2017 Aug 14; 23(30): 5460-8.
2. Sharma PK, Madan K, Garg PK, et al. Hemorrhage in acute pancreatitis: should gastrointestinal bleeding be considered an organ failure? *Pancreas.* 2008 Mar; 36(2):141-5.
3. Mallick B, Malik S, Gupta P, et al. Arterial pseudoaneurysms in acute and chronic pancreatitis: Clinical profile and outcome. *JGH Open.* 2018 Dec 26;3(2):126-32.
4. Maatman TK, Heimberger MA, Lewellen KA, et al. Visceral artery pseudoaneurysm in necrotizing pancreatitis: incidence and outcomes. *Can J Surg.* 2020 May 21;63(3): E272-7.
5. Balthazar EJ. Complications of acute pancreatitis: clinical and CT evaluation. *Radiol Clin North Am.* 2002 Dec; 40(6):1211-27.