

INFORME DE CASO

Pseudoaneurisma de la arteria esplénica. A propósito de un caso

Dra. Aliety T. Domínguez Ruíz¹
Dr. José L Rodríguez Monteagudo²
Dra. Damaris Pérez Betancourt³

RESUMEN

Los pseudoaneurismas son complicaciones graves en los pacientes con pancreatitis. Este caso se trata de un paciente que comenzó con dolor abdominal; tenía como antecedente un ingreso previo por pancreatitis aguda.

DeCS:

ANEURISMA FALSO/complicaciones
ARTERIA ESPLENICA
EMBOLIZACION TERAPEUTICA

SUMMARY

The pseudoaneurysms are serious complications in patients with pancreatitis. The case of a patient, who presented abdominal pain and had the antecedent of a previous hospitalization due to an acute pancreatitis, is presented here.

MeSH:

ANEURYSM, FALSE/complications
SPLENIC ARTERY
EMBOLIZATION, THERAPEUTIC

Los pseudoaneurismas de arteria esplénica son raros y constituyen una enfermedad que se presenta como una complicación en pacientes con pancreatitis aguda grave o crónica, con úlcera abdominal y traumatismos abdominales; son ideopáticos en un grupo de enfermos.^{1,2} Aproximadamente el 50% de los casos ocurren en el contexto de una pancreatitis y se presenta con más frecuencia en pacientes con antecedentes de ingestión de bebidas alcohólicas.¹ Su diagnóstico se puede realizar por ultrasonografía Doppler, tomografía contrastada y arteriografía; se asocia a una alta mortalidad que oscila entre el 15-50% de los enfermos.^{1,2}

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 43 años de edad, blanco, masculino, fumador inveterado que ingiere grandes cantidades de bebidas alcohólicas, con antecedentes personales de pancreatitis por lo que fue operado hace seis años; evolucionó satisfactoriamente. Acude al Cuerpo de Guardia porque hace aproximadamente siete meses comenzó con un dolor abdominal que se aliviaba con analgésicos; en esta ocasión comenzó con uno más intenso en el epigastrio y el hipocondrio izquierdo (sin mejoría clínica tras la administración de analgésicos) que se intensificó en la última semana previa

al ingreso. Al examen físico se constató contractura muscular en el hemiabdomen superior, hipotensión arterial, taquicardia y deterioro del estado general.

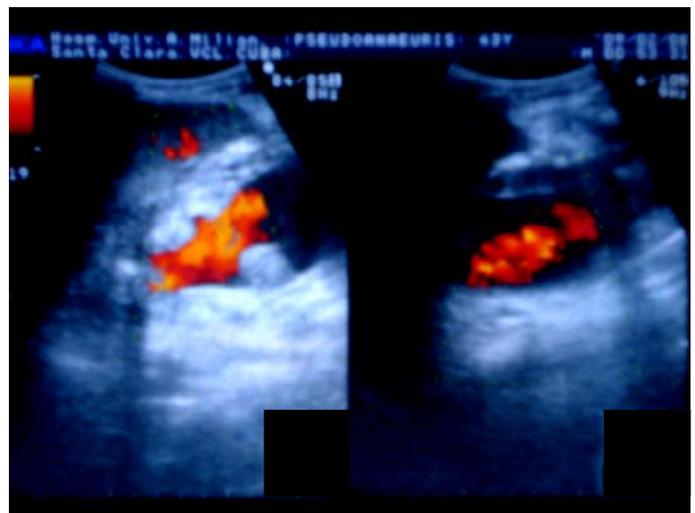
Estudios de laboratorio

Hematocrito: 0.27vol%
Glicemia: 13.2mmol/l
Creatinina: 42micromol/l

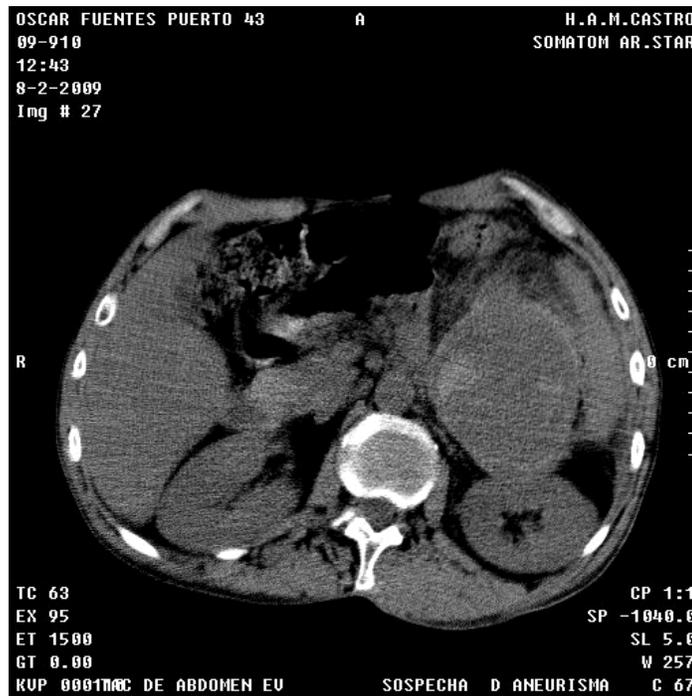
Bilirrubina: 10.5mg/dl
Plaquetas: $150 \times 10^9/l$
Amilasa sérica: 250U/l

Estudios imagenológicos

- Ultrasonido (US) abdominal: presencia de imagen compleja -con predominio ecolúcido a nivel de hipocondrio izquierdo- vascularizada que mide 9x8cm, que se encuentra en íntimo contacto con la cola del páncreas y el hilio esplénico y se extiende hasta el flanco izquierdo. No se aprecia líquido libre en cavidad abdominal ni en retroperitoneo. Hígado con aumento de la ecogenicidad de su parénquima que no rebasa el reborde costal. Vesícula, bazo y ambos riñones normales. Páncreas con signos sonográficos de pancreatitis crónica dados por cambios en la ecotextura de la glándula y contornos irregulares.



- Tomografía axial computadorizada (TAC) de abdomen con la administración de 40cc de contraste yodado: se observa una imagen heterogénea con áreas hipodensas en su interior y finas láminas hiperdensas hacia la periferia localizada en la proyección de la cola del páncreas y el hilio esplénico que mide, en un corte axial, 9x8cm, se extiende al flanco izquierdo y desplaza el bazo hacia delante. Cuadro tomográfico compatible con un pseudo-aneurisma de la arteria esplénica. Hígado y riñón derecho de características topográficas normales. Riñón izquierdo con imagen hipodensa, quística, con densidad de 6 UH que mide 31x41mm localizada hacia el polo superior. Cabeza y cuerpo del páncreas normal. Aorta abdominal de calibre normal en toda su extensión. No hay líquido libre en cavidad abdominal.



Posterior a su ingreso en la Sala de Cirugía comenzó con enterorragia franca, lo que se interpretó como una complicación del pseudoaneurisma ya diagnosticado, que se fisura a un asa colónica y fue intervenido quirúrgicamente; se recuperó satisfactoriamente y fue egresado.

DISCUSIÓN

Los pseudoaneurismas de arteria esplénica son una complicación grave en los pacientes con pancreatitis. Los mecanismos que los producen son tres y han sido atribuidos a la digestión de la pared arterial por las enzimas pancreáticas:^{1,2}

- La inflamación severa y la autodigestión enzimática de una arteria pancreática o peripancreática que produce disrupción con la formación del pseudoaneurisma.
- Un pseudoquiste establecido que erosiona a la arteria y convierte al pseudoquiste en un gran pseudoaneurisma.
- Un pseudoquiste que erosiona la pared intestinal con sangrado dentro de la superficie mucosa.^{1,3,4}

En este enfermo se produce el mecanismo b, o sea, la erosión de la arteria esplénica por un gran pseudoquiste -esta complicación no solo se puede producir a nivel de la arteria esplénica sino también por un pseudoaneurisma de las arterias gastroduodenal, pancreaticoduodenal, gástrica izquierda y la hepática común-^{2,5,6} lo que coincide con la literatura revisada. Se han descrito sólo 157 casos en la literatura, de ellos el 50% presentan el antecedente de una pancreatitis.¹

El cuadro clínico varía en dependencia de la ubicación y la extensión del pseudoaneurisma; el paciente se puede encontrar asintomático y ser diagnosticado de manera casual; puede presentarse como dolor abdominal, hemorragia digestiva, choque hipovolémico secundario a la rotura, anemia moderada, ictericia obstructiva, masa tumoral palpable y pulsátil^{1,7} y el sangramiento puede ocurrir en

la cavidad abdominal, los conductos pancreáticos y los órganos adyacentes y debutar como un sangramiento digestivo bajo si se fisura el colon.^{2,8}

Ante un paciente alcohólico crónico con cuadros de dolor abdominal a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, con presencia de sangramiento digestivo, amilasas séricas elevadas, hallazgos imagenológicos por US y TAC contrastada compatibles con la estructura vascular se debe pensar en un pseudoaneurisma fisurado como complicación de una pancreatitis.³ Tanto el ultrasonido Doppler como la TAC contrastada constituyen medios diagnósticos, pero la arteriografía es el método diagnóstico y terapéutico más efectivo en pacientes tributarios.^{3,9}

La embolización angiográfica percutánea (PAE) es la terapia inicial en pacientes hemodinámicamente estables; queda reservada la intervención quirúrgica para los pacientes con sangramiento activo y los hemodinámicamente inestables. La PAE está indicada en embolizaciones de las arterias gastroduodenal y pancreaticoduodenal y las ramas arteriales intrapancreáticas (puede no ser indicada en la arteria esplénica, debido al riesgo de necrosis y absceso en el páncreas y el bazo -o ambos-); se indica en los pseudoaneurismas de cabeza pancreática, mientras que para el cuerpo y la cola se sugiere cirugía abierta.^{1,10}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argibay Filgueira AB, Maure Noia B, Lamas Domínguez P, Martínez-Vázquez C. Pseudoaneurisma de arteria esplénica como complicación de pancreatitis. An Med Interna(Madrid)[Internet]. 2006 [citado el 12 de agosto de 2002]; 23(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992006000400017&script=sci_arttext
2. Formark CE. Chronic pancreatic & pancreatic insufficiency. En: Friedman S, Mcquaid K, Grendell J. Current diagnosis & treatment in gastroenterology. 3a ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 89-94.
3. Azabache W, López M, Azabache J, Angulo I, Salazar A. Pseudoaneurisma Pancreático: tratamiento quirúrgico. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2008 [citado el 12 de agosto de 2009]; 28(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/gastro/vol28n1/pdf/a09.pdf>
4. Jun-Te Hsu, Chun-Nan Yeh, Chien-Fu Hung, Han-Ming Chen, Tsann-Long Hwang, Yi-Yin Jan, et al. Management and outcome of bleeding pseudoaneurysm associated with chronic pancreatitis. BMC Gastroenterol [Internet]. 2006 [citado el 12 de agosto de 2002]; 6(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361773/>
5. Balanchandra S, Siriwardena AK. Systemic appraisal of the management of the major vascular complications of pancreatitis. Am J Surg 2005 Sep; 190(3):489-495. PubMed PMID: 16105542.
6. Masatsugu T, Yamaguchi K, Yokohata K, Mizumoto K, Chijiiwa K, Tanaka M. Hemorrhagic pseudocyst and pseudocyst with pseudoaneurysm successfully treated by pancreatectomy: report of three cases. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2000; 7(4):432-437. PubMed PMID: 11180866.
7. Fessier DJ, Stone WM, Fowl RJ, Abbas MA, Andrews JC, Bower TC, et al. Clinical features and management of splenic artery pseudoaneurysm: case series and cumulative review of literature. J Vasc Surg. 2003; 38:969-974.

8. Ammori BJ, Madan M, Alexander DJ. Haemorrhagic complications of pancreatitis: presentation, diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 1998;80: 316-25.
9. Vujic I, Andersen B, Stanely JH, Gobien RP. Pancreatic and peripancreatic vessels. Embolization for control of bleeding in pancreatitis. *Radiology.* 1984;150:51-2.
10. Marshall GT, Howell DA, Hansen BL, Amberson SM, Abourjail GS, Bredenberg CE. Multidisciplinary approach to pseudoaneurysms complicating pancreatic pseudocysts. *Arch Surg.* 1996;131:278-283.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Imagenología. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".
2. Especialista de I y II Grados en Imagenología. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Imagenología. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".