

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Ictericia obstructiva por pseudoaneurisma de arteria pancreaticoduodenal

Lander Gallego Otaegui, Aitor Sainz Lete, Rodrigo Gutiérrez Ríos, Maialen Alkorta Zuloaga, Xabier Arteaga Martín, Raúl Jiménez Agüero, Miguel Ángel Medrano Gómez, Inmaculada Ruiz Montesino y Adolfo Beguiristain Gómez

Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa

CASO CLÍNICO

Varón de 48 años que consulta por ictericia y dolor abdominal en epigastrio. Como antecedentes destacan el enolismo crónico y tabaquismo. Refiere 5 días de ictericia progresiva, sin otra sintomatología acompañante y dolor epigástrico de un día de evolución. Coluria y acolia. No refiere episodios previos similares. En la exploración física únicamente llama la atención la ictericia mucocutánea.

Se realiza ecografía abdominal, donde se observa esteatosis o hepatopatía crónica con dilatación de la vía biliar intrahepática, colédoco y Wirsung sin objetivarse causa obstructiva. Asimismo se observa una dilatación aneurismática de 3,5 cm probablemente de ramas dependientes de la arteria mesentérica superior. Ante los hallazgos se decide su ingreso en planta de Cirugía General y Digestiva.

Al día siguiente de su ingreso se realiza una TAC abdomino-pélvica para filiar origen de la ictericia y valoración del pseudoaneurisma (Fig. 1).

Ante los hallazgos se decide intervenir mediante radiología intervencionista. Se realiza estudio selectivo de la arteria mesentérica superior, donde se visualiza la presencia de un pseudoaneurisma a expensas de la rama pancreaticoduodenal inferior, que se anastomosa con la arteria pancreaticoduodenal posterior. Se cateterizan ambas ramas colocando *microcoils* de distintos calibres hasta obtener el cierre completo de las mismas.

Tras el procedimiento el paciente evoluciona favorablemente, con despigmentación del tinte icterico progresivamente hasta su desaparición total, sin ningún otro síntoma que implique una involución del cuadro. Al quinto día se realiza una colangio-RM de control, que muestra el pseudoaneurisma embolizado con oclusión completa, con persistencia de discreto efecto compresivo sobre parénquima pancreático cefálico, así como sobre la vía biliar y el conducto de Wirsung distal con discreta dilatación retrógrada de ambos conductos. Ante la buena evolución clínica y radiológica, el paciente es dado de alta, siendo controlado en consultas.

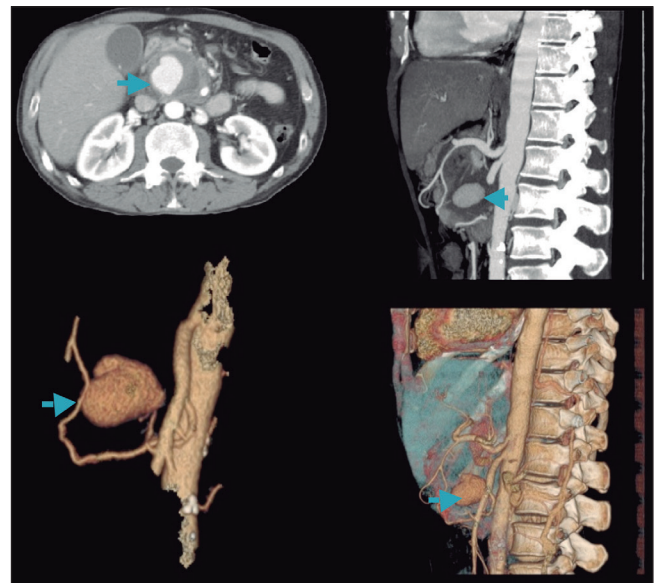


Fig. 1. TAC abdomen-pelvis en fase arterial y portal. Reconstrucciones en eje axial, coronal y sagital y en 3D. Pseudoaneurisma (flechas) dependiente de una rama de la arcada pancreatoduodenal probablemente secundario a una pancreatitis previa y que, a su vez, condiciona una obstrucción de la vía biliar intra y extrahepática así como del conducto de Wirsung. Además, el pseudoaneurisma presenta trombo mural, así como otros signos de prrerruptura.

DISCUSIÓN

La formación de un pseudoaneurisma es una complicación poco frecuente de la pancreatitis crónica (aproximadamente un 10% de los pacientes con un pseudoquistes pancreático) (1). Otras causas de pseudoaneurismas son menos frecuentes aún, aunque se observan casos en enfermedades sistémicas como la panarteritis nodosa (2). Asimismo están descritos como complicaciones postquirúrgicas, tras procedimientos percutáneos o tras traumatismos.

Los vasos afectados suelen estar en estrecha proximidad con el páncreas, por lo que se incluyen la arteria hepática, la arteria esplénica, la arteria gastroduodenal y las arterias pancreaticoduodenales.

La TAC o la RM pueden detectar el pseudoaneurisma, que aparece como una estructura quística en el páncreas. Mediante eco-Doppler se puede mostrar el flujo sanguíneo dentro del pseudoaneurisma. La angiografía mesentérica permite la confirmación del diagnóstico, y también proporciona un medio de terapia ya que la embolización del pseudoaneurisma puede realizarse durante el procedimiento, siendo la primera opción terapéutica en pacientes clínicamente estables (3,4).

La complicación más frecuente de dichos pseudoaneurismas es la hemorragia, con una mortalidad del 25-50%, que si no es tratada a tiempo puede llegar hasta un 90% (5). Tres características clínicas deben sugerir la posibilidad de un pseudoaneurisma complicado en el contexto de una pancreatitis crónica: a) sangrado gastrointestinal inexplicable; b) expansión súbita de un pseudoquistes; c) una caída inexplicable del hematocrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohl JL, Dossett LA, Grau AM. Gastroduodenal artery pseudoaneurysm associated with hemosuccus pancreaticus and obstructive jaundice. *J Gastrointestinal Surg* 2007;11:1752-4. DOI: 10.1007/s11605-007-0231-y
2. Dönmez H, Men S, Dilli A, et al. Giant gastroduodenal artery pseudoaneurysm due to polyarteritis nodosa as a cause of obstructive jaundice: Imaging findings and coil embolization results. *CardioVascular and Interventional Radiology* 2005;28:850-3. DOI: 10.1007/s00270-004-0313-0
3. Beattie GC, Hardman JG, Redhead D, et al. Evidence for a central role for selective mesenteric angiography in the management of the major vascular complications of pancreatitis. *Am J Surg* 2003;185:96. DOI: 10.1016/S0002-9610(02)01199-6
4. Zyromski NJ, Vieira C, Stecker M, et al. Improved outcomes in post-operative and pancreatitis-related visceral pseudoaneurysms. *J Gastrointest Surg* 2007;11:50-5. DOI: 10.1007/s11605-006-0038-2
5. Germanos S, Soonawalla Z, Stratopoulos C, et al. Pseudoaneurysm of the gastroduodenal artery in chronic pancreatitis. *J Am Coll Surg* 2009;208:316. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2008.06.318