

## Cartas al Director

### Pseudoaneurisma esplénico fistulizado a yeyuno secundario a pancreatitis aguda grave

*Palabras clave:* Pseudoaneurisma esplénico. Pancreatitis aguda grave.

*Key words:* Splenic pseudoaneurysm. Severe acute pancreatitis.

*Sr. Director:*

Los pseudoaneurismas de la arteria esplénica son una complicación rara y grave de diferentes situaciones como pancreatitis, úlcus péptico, traumatismos abdominales... De los casos descritos en la literatura la mitad ocurre en el contexto de una pancreatitis (1).

#### Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 60 años con antecedentes de pancreatitis aguda grave de etiología biliar, colecistectomía, asma bronquial. En tratamiento con budesonida. Acude a Urgencias por presentar dolor localizado en hipocondrio derecho irradiado a fosa renal y escapula derecha de 2 semanas de evolución que no cede con analgesia oral. A la exploración física paciente consciente, orientado, con sensación de enfermedad, normohidratado y perfundido. TA 150/94, FC 70 lpm, Tª 36 °C. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen: blando, depresible, cicatriz de colecistectomía no complicada, molestias a la palpación en hipocondrio derecho sin defensa ni signos de peritonismo, hepatomegalia blanda y lisa de 2 traveses, ruidos intestinales aumentados. Extremidades infe-

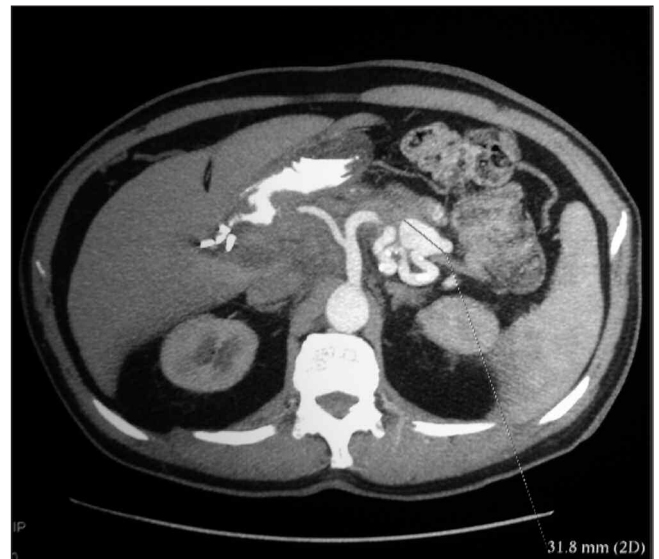


Fig. 1. Pseudoaneurisma esplénico de 3,5 cm de diámetro.

riores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Análítica general: 11.720 leucocitos/mm<sup>3</sup> (75% PMN), glucosa 140 mg/100 ml, bilirrubina total 1,5 mg/dl, PCR 10. Colangiografía: áreas de fibrosis en cuerpo y cola con pequeños pseudoquistes a ese nivel y un pseudoquiste de 4 mm en cabeza pancreática compatibles con pancreatitis crónica. TAC abdominal: se observa una arteria esplénica sinuosa apreciándose a nivel de la región de la cola del páncreas una imagen de masa de unos 4,8 cm de diámetro mayor, que parece corresponder a un pseudoaneurisma cuya luz verdadera mide 3,5 cm de diámetro (Fig. 1). Ante estos hallazgos se realiza arteriografía evidenciando extravasación a nivel de tercio medio de arteria esplénica e introduciendo microcatéter en la cavidad del pseudoaneurisma, embolizándose mediante la introducción de varios *microcoils*.

Tras la realización de la arteriografía el paciente presenta deposiciones melénicas, realizándose gastroscopia y colonoscopia que no objetivan lesiones. Una gammagrafía con hemafés marcados aprecia depósitos hemáticos con actividad de intensidad débil en zona ileocecal a las 19 horas post-inyección. Se decide entonces realizar laparotomía exploradora y enteroscopia intraoperatoria hallando cuatro lesiones en íleon sugerentes de angiodisplasia, reseccándose 20 cm de íleon e ileostomía en cajón de escopeta. El paciente inicialmente permanece estable, a los diez días nuevo episodio de sangrado con repercusión hemodinámica, se realiza nueva endoscopia que localiza el origen en yeyuno, decidiéndose nueva laparotomía urgente y localizando pseudoaneurisma de la arteria esplénica perforado a yeyuno, por lo que se realiza resección en cuña de yeyuno proximal y sutura del cuello del aneurisma de arteria esplénica. Tras ello el paciente evoluciona de forma favorable, no presentando nuevo episodio de sangrado por lo que es dado de alta.

### Discusión

Por la agresión enzimática que los pseudoquistes pancreáticos provocan sobre las arterias circundantes, pueden sufrir en su evolución complicaciones vasculares como la erosión de una arteria celiaca que llevaría a la formación de pseudoaneurisma en un 10% de los casos. Las arterias más frecuentemente afectadas son la esplénica, gastroduodenal, pancreaticoduodenales. La rotura de los pseudoaneurismas puede ocasionar hemorragias mayores en 6-37% casos, con una mortalidad del 40-60% (2). La sangre puede permanecer en el interior del pseudoquiste o extravasarse a cavidad peritoneal, retroperitoneo, conducto pancreático principal, o bien debido al proceso erosivo del pseudoquiste, penetrar en el tubo digestivo (3), como es el caso

de nuestro paciente. En estos dos últimos casos se expresa clínicamente como hemorragia digestiva. El diagnóstico de precisión del pseudoaneurisma se obtiene mediante una arteriografía del tronco celiaco o arteria mesentérica superior que localiza el pseudoaneurisma y permite realizar embolización terapéutica transcáteter, que sería el tratamiento de primera elección (4), obteniendo un 80% de buenos resultados. También se puede realizar tratamiento quirúrgico pero presenta una tasa de mortalidad que oscila entre el 12 y el 50%; en función del caso se extirparía el pseudoquiste, el tejido pancreático afectado por la pancreatitis y se realizaría ligadura del vaso sangrante y esplenectomía.

J. Morales Ruiz, S. González Castillo, C. Viñolo Ubiña,  
C. Heredia Carrasco y M. López del Hierro Ruiz

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

### Bibliografía

1. Fessler 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: 969-74.
2. Flati G, Salvatori F, Porowska B, et al. Severe hemorrhagic complications in pancreatitis. *Ann Ital Chir* 1995; 66(2): 233-7.
3. Flati G, Adren-Sandberg A, La Pinta M, et al. Potentially fatal bleeding in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention, and treatment. *Pancreas* 2003; 26(1): 8-14.
4. Kim JH, Kim JS, Kim JC, et al. Clinical features of pseudoaneurysms complicating pancreatitis: single center experience and review of Korean literature. *Korean J Gastroenterol* 2007; 50(2): 108-15.