

Cartas al Director

Pseudoaneurisma de la arteria hepática tras colecistectomía

Palabras clave: Pseudoaneurisma. Colecistectomía. Hemorragia digestiva alta.

Key words: Pseudoanerysm. Cholecystectomy. Gastrointestinal bleeding.

Sr. Director:

El pseudoaneurisma de la arteria hepática es una complicación infrecuente cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y la confirmación mediante técnica de imagen. El tratamiento de elección se realiza mediante exclusión con abordaje endovascular. Presentamos un caso de pseudoaneurisma de la arteria hepática tras colecistectomía abierta.

Caso clínico

Mujer de 36 años de edad con antecedentes de colecistectomía abierta hace 4 años, que acudió al Servicio de Urgencias por un cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal tipo cólico intermitente en epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos biliosos, por el cual ha consultado en diversas ocasiones a su médico de atención primaria realizándose tratamiento sintomático con omeprazol. A la exploración física, se encontraba afebril, hemodinámicamente estable con leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal. La analítica no mostraba alteraciones. Se realizó una ecografía y, posteriormente, una tomografía computarizada (TC) abdominal que revelaba una dilatación de la arteria hepática propia próxima a su bifurcación

compatible con un pseudoaneurisma, con una luz de 1,5 cm y un componente mural trombosado de 4,4 cm que condicionaba una compresión de la vía biliar con dilatación secundaria. Al día siguiente se realizó por vía femoral derecha una arteriografía selectiva del tronco celiaco, arteria hepática común y mesentérica superior objetivando un aneurisma sacular a nivel de la bifurcación de la arteria hepática propia, con vascularización distal intrahepática normal y relleno retrógrado a través de la arcada pancreatoduodenal (Fig. 1). Se decidió la colocación de una prótesis metálica autoexpandible y embolización del pseudoaneurisma mediante *coils* con una oclusión efectiva y sin complicaciones en el control. Al tercer día de su estancia en el Servicio de Reanimación, presentó un cuadro de dolor e hipotensión brusca secundaria a rotura del aneurisma hacia la cavidad peritoneal falleciendo la paciente durante la intervención quirúrgica.



Fig. 1. Imagen de arteriografía. Aneurisma sacular en la bifurcación de la arteria hepática propia (flecha roja).

Discusión

La patogenia del pseudoaneurisma de la arteria hepática no está aclarada habiéndose implicado una lesión directa por instrumental quirúrgico (clips, diatermia) o indirecta en relación con colecistitis aguda o una fuga biliar, ya que esta produciría una lesión en la pared vascular debido a su citotoxicidad (1,2).

La presentación clínica más frecuente incluye la hemorragia digestiva alta debido a su rotura y colangitis secundaria a obstrucción de la vía biliar por el pseudoaneurisma, siendo muy rara la ausencia de síntomas o dolor abdominal inespecífico (2,3).

El diagnóstico se establece mediante la realización de una endoscopia digestiva (permite descartar otras etiologías de hemorragia digestiva), TC abdominal y arteriografía, la cual nos permite establecer las relaciones existentes entre el tronco celiaco y vasos mesentéricos superiores. Algunos autores recomiendan el uso de la ecografía como primera prueba ante la sospecha de un pseudoaneurisma. Sin embargo, la frecuente interposición de gas en estos pacientes, así como la dependencia del operador, hacen que no se considere como la técnica de imagen de elección. La resonancia magnética supone una alternativa en los pacientes con alergia a contrastes yodados, insuficiencia renal o embarazadas. La mayoría presentan una localización intrahepática (65%) (2,4).

La evolución natural del pseudoaneurisma es su crecimiento y posible ruptura (21-80%) presentando unas cifras elevadas de morbimortalidad (hasta 40%) por lo que su diagnóstico conlleva la indicación quirúrgica (4).

Clásicamente, la cirugía era la única opción terapéutica en estos pacientes con una alta tasa de fracaso y morbimortalidad. Actualmente, el tratamiento de elección se realiza mediante abordaje endovascular con embolización o colocación de una prótesis recubierta, cuyas principales complicaciones son la necrosis hepática/vesicular, rotura del pseudoaneurisma, estenosis

de la vía biliar secundaria a isquemia, etc. quedando la cirugía indicada para los casos de fracaso terapéutico o desarrollo de complicaciones. La embolización aislada de la arteria aferente se emplea en los casos en los que no existe circulación colateral distal, mientras que en los que existe es obligado la embolización proximal y de ramas distales al pseudoaneurisma para evitar el reflujo. En los pseudoaneurismas de cuello estrecho puede realizarse una embolización directa del saco mientras que en los de cuello ancho puede colocarse una prótesis recubierta (3-5).

A. García Marín, J. Martín Gil, D. Serralta de Colsa, M. D. Pérez Díaz y F. Turégano Fuentes

Sección de Cirugía de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Bibliografía

1. Madanur M, Battula N, Sethi H, Deshpande R, Heaton N, Rela M. Pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2007; 6: 294-8.
2. Srinivasaiah N, Bhojak M, Jackson R, Woodcock S. Vascular emergencies in cholelithiasis and cholecystectomy: our experience with two cases and literature review. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2008; 7: 217-20.
3. Christensen T, Matsuoka L, Heestand G, Palmer S, Mateo R, Genyk R, et al. Iatrogenic pseudoaneurysms of the extrahepatic arterial vasculature: management and outcome. *HPB* 2006; 8: 458-64.
4. Tessier DJ, Fowl RJ, Stone WM, McKusick MA, Abbas MA, Sarr MG, et al. Iatrogenic hepatic artery pseudoaneurysms: an uncommon complication after hepatic, biliary and pancreatic procedures. *Ann Vasc Surg* 2003; 17: 663-9.
5. deFreitas D, Phade S, Stoner M, Bogey W, Powell C, Parker F. Endovascular stent exclusion of a hepatic artery pseudoaneurysm. *Vasc Endovascular Surg* 2007; 41: 161-4.