

Caso	(128) Pseudoaneurisma de la arteria mesentérica superior en el interior de necrosis encapsulada como complicación infrecuente de pancreatitis necrotizante
Autores	Paula Perez Naranjo, Felipe Santiago Briones Bajaña, Elena Moya Sanchez
Centro	Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 53 años, de hábito enólico, con antecedentes de pancreatitis necrotizante con colecciones necróticas agudas y signos de sobreinfección. Acude a Urgencias por cuadro de epigastralgia de 10 días de evolución que se ha acentuado en las últimas 24 horas.

A la exploración se apreció abdomen doloroso en hipogastrio irradiado a ambos flancos abdominales, asociado a vómitos biliosos y deposiciones diarreicas, con defensa voluntaria sin signos de irritación peritoneal.

Analíticamente destacó alteración de la coagulación con tiempo de protrombina del 50%, INR 1.5 y neutrofilia sin leucocitosis y elevación de PCR.

Ante la clínica aguda y los antecedentes clínicos del paciente, se llevó a cabo de urgencia un angio-TC abdominopélvico, visualizándose una imagen trilobulada hipercaptante dependiente de arteria mesentérica superior (AMS) englobada en el interior de una colección líquida

(necrosis encapsulada) que asocia moderados cambios inflamatorios, llegándose al diagnóstico de pseudoaneurismas dependientes de la AMS.

El paciente se ingresó a cargo del Servicio de Aparato Digestivo desde donde se solicitó arteriografía diagnóstica y terapéutica por parte del servicio de radiología vascular intervencionista, llevándose a cabo cateterización y arteriografía selectiva de AMS con embolización endovascular de la misma con coils con buena evolución clínica y alta.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda es una entidad clínica grave siendo las etiologías más frecuentes los cálculos biliares y el consumo de alcohol[1].Es importante conocer las posibles complicaciones para un buen diagnóstico, tratamiento precoz y así disminuir su alta morbimortalidad.

Las arterias más frecuentemente afectadas en el contexto de la pancreatitis aguda son la arteria esplénica (50%), la arteria gastroduodenal (20-50%) y las arterias pancreaticoduodenales (20-30%). El resto de arterias suele afectarse sobre un 10% de los casos, siendo excepcional la afectación de la AMS (1-3%) [1],[2].

La clínica varía desde un hallazgo incidental hasta un shock hemodinámico secundario a hemorragia por rotura del pseudoaneurisma, no determinando el tamaño del mismo el riesgo de rotura[3].

En relación con el diagnóstico de los pseudoaneurismas secundarios a pancreatitis agudas disponemos de múltiples herramientas radiodiagnósticas, siendo la angio-TC la prueba de elección, con una sensibilidad del 95% [4], ya que nos permite establecer el tamaño real de la lesión y adquirir un estudio vascular para determinar si existe rotura del mismo por extravasación del contraste. No obstante, la prueba gold standard sería la arteriografía, que tiene la ventaja de realizar un tratamiento endovascular de pseudoaneurisma en el mismo acto[2].

Estas lesiones siempre requieren tratamiento, independientemente de su tamaño y de la presencia de síntomas, por ello el tratamiento conservador no es recomendable debido a la alta tasa de rotura y una mortalidad de hasta el 90% de los casos no tratados[2].

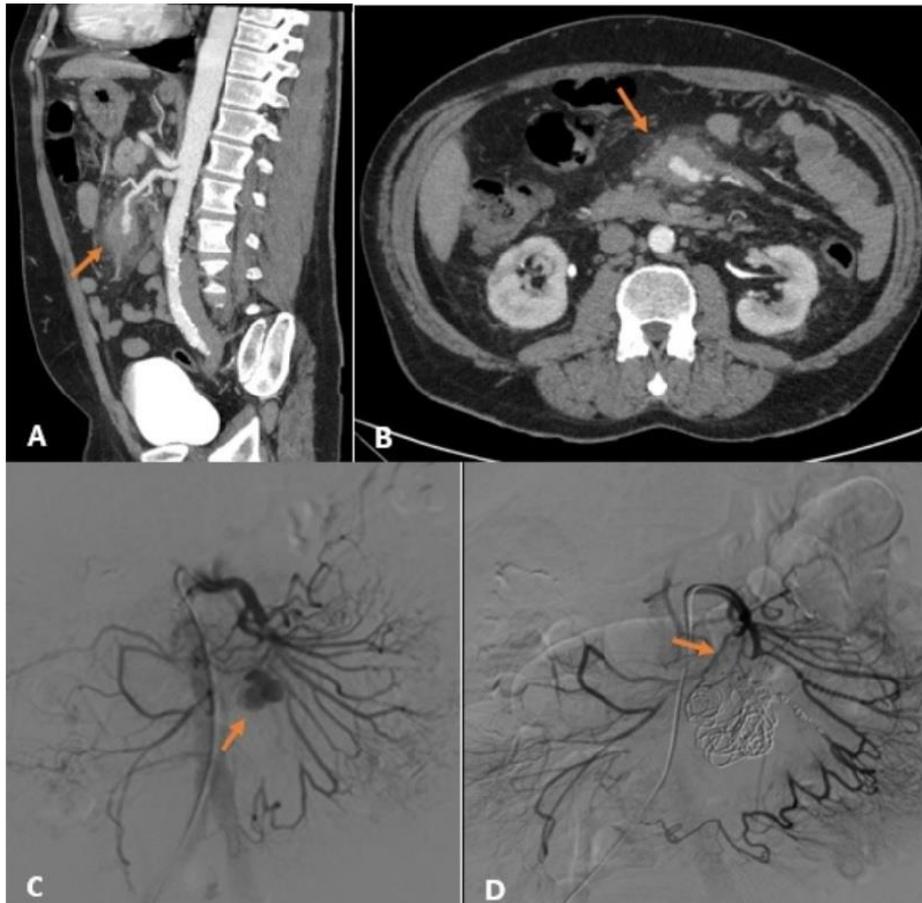
En términos generales el objetivo principal del tratamiento es la exclusión del saco aneurismático, existiendo muchas opciones de tratamiento con tal fin.

Se consigue la exclusión del saco aneurismático mediante la embolización y/o la colocación de un stent en la arteria afectada[2],[4]. Estos dispositivos se colocan distales al pseudoaneurisma y luego proximales con el propósito de evitar el relleno colateral.

CONCLUSIÓN

En conclusión, es fundamental el conocimiento de los pseudoaneurismas arteriales relacionados con cuadros de pancreatitis aguda ya que presentan una alta tasa de rotura y una mortalidad de hasta el 90% en los casos no tratados.

Históricamente dichos aneurismas se reparaban mediante cirugía reconstructiva pero debido a su elevada morbimortalidad (50-100%), ha quedado reemplazado tras la aparición de técnicas intervencionistas mínimamente invasivas, con menor riesgo de mortalidad.



Figuras 1A y 1B: Angio-TC abdominopélvico reconstrucción sagital (A) y axial (B) en el que se aprecia una imagen hipercaptante de morfología redondeada, con tres lóbulos, dependiente de arteria mesentérica superior (flechas), en el interior de un área de necrosis encapsulada de menor densidad, secundaria a pancreatitis aguda necrotizante previa. Figura 1C: arteriografía diagnóstica con cateterización selectiva de la arteria mesentérica superior que tras la administración de contraste se visualiza la presencia de un pseudoaneurisma trilobulado en arteria mesentérica superior. Figura 1D: arteriografía selectiva tras embolización con microcoils de la arteria lesionada así como del pseudoaneurisma, comprobando buen resultado angiográfico posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Crehuet Serrano C, Rodríguez Molina A, Muñoz Bravo C, Rodríguez Molina M. Pseudoaneurisma de arteria mesentérica: complicación infrecuente secundaria a pancreatitis aguda. Journal Archivos de Medicina 2013, 9:4doi: 10.3823/120.
2. Pantoja Peralta C, Moreno Gutiérrez A, Gómez Moya B. Superior mesenteric artery pseudoaneurysm due to chronic pancreatitis. Eur J Gastroenterol Hepatol 2017; 40:532-534.
3. Argibay Filgueira AB, Maure Noia B, Lamas Domínguez P , Martínez-Vázquez C. Pseudoaneurysm of splenic artery as complication of pancreatitis. An. Med. Interna 2006; 23:197-198.
4. Franco Verde MD, Elliot K. Fishman MD Pamela T. Johnson, MD. Arterial Pseudoaneurysms Complicating Pancreatitis: Literature Review. J Comput Assist Tomogr 2015; 39:7-12.