

<b>Caso</b>	(169) Ictus isquémico agudo con sangrado abdominal postfibrinólisis debido a rotura de pseudoaneurisma de arteria pancreática inferior.
<b>Autores</b>	Iván Vicaría Fernández, Tamara Laxe Vidal, José Manuel Hidalgo Gómez De Tracevedo, Ernesto Sancho Mainar
<b>Centro</b>	Complejo Hospitalario De Navarra

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 59 años que acude a urgencias por cuadro de inicio brusco de unos 20 minutos de evolución consistente en disartria, asimetría facial y paresia de extremidades izquierdas.

En urgencias se realizó TC craneal basal y angio-TC de TSA. Tras los hallazgos que se detallarán posteriormente se procedió a la administración del tratamiento fibrinolítico y del rescate endovascular con ingreso posterior en la unidad de ictus. Durante dicho ingreso el paciente experimentó un empeoramiento clínico manifiesto con un cuadro de importante malestar general con dolor y distensión abdominales de instauración brusca con hipotensión arterial progresiva y datos clínicos de shock. El paciente a la exploración física presentaba inquietud, sudoración, hipotensión arterial (90/50 mmHg) y dolor lumbar sin grandes cambios en su focalidad neurológica. Ante este cuadro clínico se realizó un Angio-TC abdominal trifásico que evidencia unos hallazgos debido a los cuales el paciente fue trasladado al angiógrafo con ingreso posterior en UCI.

## DISCUSIÓN

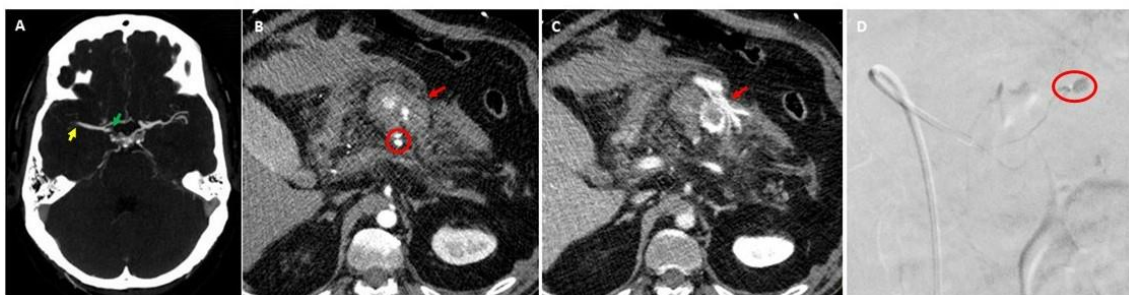
Tras la realización de la TC craneal basal que evidenció una hiperdensidad en el segmento M1 distal de la ACM derecha compatible con trombosis que se confirmó posteriormente en el estudio angiográfico donde también se objetivó una ausencia completa de opacificación de la ACI derecha desde su bifurcación. Estos hallazgos eran compatibles con una oclusión en tándem de la ACM M1 derecha y de la ACI-T. A continuación se administró fibrinólisis y rescate endovascular.

Tras el procedimiento intervencionista el paciente ingresó en la unidad de ictus desde donde informaron de un claro empeoramiento clínico. Tras llegar al diagnóstico diferencial entre síndrome aórtico agudo y sangrado agudo procedimos a la realización de un Angio-TC abdominal trifásico que descartó patología aórtica. No obstante, se apreció un sangrado intraabdominal activo de origen arterial de importante cuantía que parecía proceder de un tejido densidad partes blandas de 5 cm de diámetro localizado en la raíz del mesenterio y que contactaba con la vertiente anterior del páncreas. Se realizó una arteriografía selectiva desde la arteria mesenterica superior en la que se observó una imagen de adición que en algunas series extravasaba contraste. El punto de fuga parecía proceder de una fina rama distal al origen de la arteria hepática derecha, probablemente arteria pancreática inferior. Este hallazgo era compatible con un pseudoaneurisma roto que se ocluyó con Onyx 34. Por último el paciente ingresó en UCI.

Los pseudoaneurismas de las arterias viscerales son complicaciones raras pero potencialmente mortales que pueden producirse en el contexto de procesos inflamatorio-infecciosos, traumatismos o tras procedimientos médicos, pudiendo ser también idiopáticos. El principal riesgo de estas lesiones es su posible ruptura y sangrado en la cavidad peritoneal o en el espacio retroperitoneal. En ocasiones pueden ocasionar sangrados intraluminales en los tractos gastrointestinal, urinario o biliar. El principal tratamiento de estas lesiones vasculares consiste en controlar el sangrado y practicar su embolización o, en su defecto, la resección quirúrgica de la lesión.

## CONCLUSIÓN

El control estricto y adecuado manejo de los pacientes tratados en el contexto de la patología vascular cerebral es de vital importancia dado que pueden acontecer importantes complicaciones que requieren tratamiento urgente con frecuencia. Destacamos la importancia de la disponibilidad de radiólogos intervencionistas de guardia para realizar un manejo diagnóstico/terapéutico rápido y eficaz dado que el desenlace de algunas complicaciones como la descrita en este caso puede ser fatales.



*Oclusión trombótica en el segmento M1 distal de la ACM derecha y ausencia de opacificación de la ACI intracraneal (flechas amarilla y verde, respectivamente, en imagen A -Angio-TC TSA-). Extravasación de contraste en fase arterial que se incrementa en fase venosa (flechas rojas en imágenes B y C -Angio-TC abdominal-) compatible con sangrado arterial activo. Imágenes de adición de contraste compatibles con pseudoaneurisma probablemente de la arteria pancreática inferior (círculos rojos en imágenes B y D -Angio-TC abdominal y angiografía-).*

## BIBLIOGRAFÍA

- W C Peh, K H Yip y P C Tam. Spontaneous renal pseudoaneurysm rupture presenting as acute intraabdominal haemorrhage. Br J Radiol. 1997 Nov;70(839):1188-90. doi: 10.1259/bjr.70.839.9536914.
- Tryfon Vainas et al. Endovascular treatment of a hepatic artery pseudoaneurysm associated with gastrointestinal tract bleeding. J Vasc Surg. 2012 Apr;55(4):1145-9. doi: 10.1016/j.jvs.2011.11.136.