

| | |
|----------------|--|
| Caso | (738) Sangrado Activo por un Pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal como complicación de una Pancreatitis Necrotizante. |
| Autores | José Martínez-checa Guiote, Ignacio De Garcillán De La Joya, Nerea Torená Lerchundi, Gabriela Serra Del Carpio, María Del Mar Tapia Viñé, Áurea Díez Tascón. |
| Centro | Hospital Universitario La Paz. |

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 60 años con dolor abdominal generalizado y marcada leucocitosis. Se realiza TC abdomino-pélvico con contraste intravenoso (Figura 1-A) observándose un páncreas aumentado de tamaño de forma difusa, hiporrealzante y de contornos irregulares en relación con pancreatitis, que asocia líquido peripancreático, trabeculación de la grasa adyacente y un trombo flotante en la vena porta.

En la ecografía de control a los dos meses (Figura 1-B) se aprecia un área heterogénea de predominio hiperecogénico en la teórica localización pancreática. Días después acude a urgencias por cuadro febril, dolor en cinturón y vómitos biliosos, repitiéndose el TC (Figura 1-C) y evidenciando una colección hipoatenuante con burbujas de aire, de bordes hiperrealzantes e irregulares sugestiva de colección necrótica sobreinfectada.

Tras el ingreso presenta un episodio de inestabilidad hemodinámica. En el TC trifásico se observa una imagen redondeada hiperatenuante en fase arterial que se mantiene en la venosa sugerente de pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal y múltiples focos de extravasado de contraste en el interior de la colección que aumentan de tamaño en la fase venosa compatible con sangrado activo (Figura 2 y 3).

En la arteriografía se confirman los hallazgos y se emboliza con microcoils (Figura 4).

DISCUSIÓN

Diagnóstico: Sangrado activo por un pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal como complicación de una pancreatitis necrotizante.

Reflexión docente:

Para el diagnóstico de la pancreatitis aguda deben cumplirse al menos dos de los siguientes criterios: dolor típico, elevación de los valores de lipasa/amilasa >3 veces su límite alto normal y/o hallazgos radiográficos típicos (la ecografía puede ser útil para descartar etiología litiasica biliar).

La pancreatitis necrotizante representa una tipo grave de pancreatitis aguda según la Clasificación Revisada de Atlanta, ocurriendo la necrosis habitualmente entre las 24-48 primeras horas. Alrededor de un 5-10% de los pacientes con pancreatitis edematosa intersticial desarrollará tejido necrótico pancreático o peripancreático,

el cual puede infectarse hasta en un 40% de los casos, más frecuentemente tras la primera semana.

La mortalidad de la pancreatitis viene ligada sobre todo a sus complicaciones, por lo que su control evolutivo clínico y por imagen es fundamental. Sospechar si persiste: dolor abdominal, elevación de las enzimas pancreáticas, disfunción orgánica, hipotensión arterial, anemización y signos de sepsis como fiebre o leucocitosis. Requieren habitualmente TC para su diagnóstico. Las más frecuentes son las colecciones (estériles o infectadas), siendo también importante identificar fístulas, obstrucciones biliares/intestinales, hemorragias digestivas, trombosis o perforación.

La pancreatitis hemorrágica se caracteriza por el sangrado dentro o alrededor del páncreas. Puede ocurrir como complicación tardía en pacientes con pancreatitis necrotizante severa (~20%), por pseudoquistes hemorrágicos (~20%) y más frecuentemente por ruptura de un pseudoaneurisma peripancreático (~60%), siendo una urgencia que amenaza la vida del paciente.

La formación de pseudoaneurismas puede ocurrir hasta en un 10% de los casos de pancreatitis aguda, teniendo un intervalo medio variable entre días y años desde el episodio agudo. Los vasos más frecuentemente afectados son las arterias esplénica y gastroduodenal. Es importante su tratamiento precoz mediante embolización o cirugía debido a su alta mortalidad.

CONCLUSIÓN

La alta mortalidad de la pancreatitis aguda viene condicionada sobre todo por las complicaciones locales tempranas o tardías, que deben ser sospechadas ante signos de empeoramiento clínico o analítico. El control radiológico es fundamental para su diagnóstico y tratamiento precoz, ejemplificado en nuestro caso con la hemorragia digestiva por ruptura de un pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal.

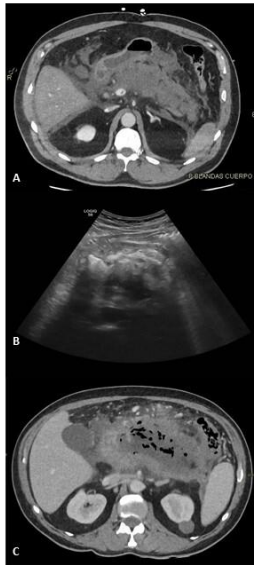


Figura 1

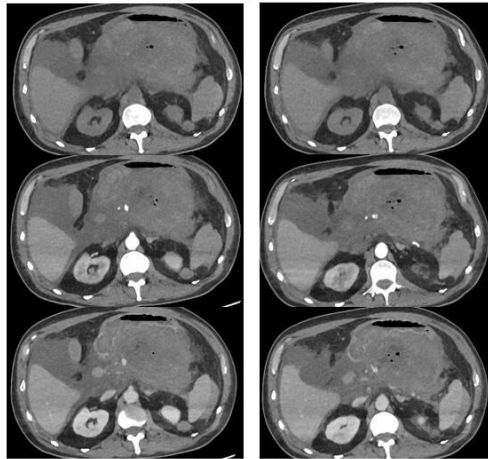


Figura 2

Figura 3

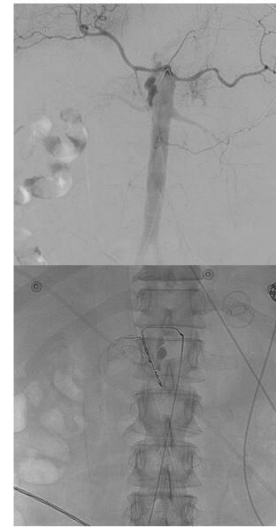


Figura 4

Páncreas aumentado de tamaño de forma difusa, hiporrealzante y de contornos irregulares en relación con pancreatitis, que asocia líquido peripancreático, trabeculación de la grasa adyacente y un trombo flotante en vena porta. (Figura 1-A). Área heterogénea de predominio hiperecogénico en la teórica localización pancreática (Figura 1-B). Colección hipotenuante con burbujas de aire, de bordes hiperrealzantes e irregulares sugestiva de colección necrótica sobreinfectada (Figura 1-C). Imagen redondeada hiperatenuante en fase arterial que se mantiene en la venosa sugerente de pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal y múltiples focos de extravasado de contraste en el interior de la colección que aumentan de tamaño en la fase venosa compatible con sangrado activo (Figura 2 y 3). Arteriografía y embolización con microcoils del pseudoaneurisma en la arteria gastroduodenal (Figura 4).

BIBLIOGRAFÍA

Foster B.R, Jensen K.K, Bakis G. Revised Atlanta Classification for acute pancreatitis: a pictorial essay. Radiographics. 2016;36:675-687.

Zhao K, Adam S.Z, Keswani R.N. Acute pancreatitis: Revised Atlanta Classification and the role of Cross-Sectional Imaging. AJR. 2015;205:32-41.

C.M. Ortiz Morales, E.L. Girela Baona, J.R. Olalla Muñoz. Radiología de la pancreatitis aguda hoy: clasificación de Atlanta y papel actual de la imagen en su diagnóstico y tratamiento. Radiología. 2019;61:453-466.