



P-279 - LESIÓN QUÍSTICA PANCREÁTICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIAS A ANEURISMA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL ORIGINANDO HEMOSUCCUS PANCREATICUS

M.V. Planells Roig, N. Krystek, A. Coret Franco, Ú. Ponce Villar, Á. Bañuls Matoses, F. Peiró Monzó, M. Díaz y F. Caro Pérez
Hospital de Gandia y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandia.

Resumen

Objetivos: El Hemossuccus pancreaticus (HP) o wirsunguirragia es una causa extremadamente infrecuente de hemorragia digestiva alta. El objetivo de este trabajo es aportar un caso clínico y revisar su manejo diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Varón 65 años con historia previa de gastritis y duodenitis erosiva en estudio por anemia y melenas que precisó ingreso por cuadro agudo de HDA. Esofagostoscopia: gastritis crónica atrófica y compresión extrínseca de la curvadura mayor distal en una extensión de 6 cm. Colonoscopia sin hallazgos. TC toracoabdomino pélvico: calcificaciones pancreáticas gruesas e incremento de tamaño de cabeza y uncinado sugestivos de pancreatitis crónica sin poder descartar neoplasia. Wirsung patente y dilatado, lesión hipodensa de 40×26 mm con área de mayor densidad en su interior en contacto y sin claro plano de separación en la primera porción duodenal. RMN abdominal: dilatación irregular del conducto de Wirsung (6 mm) con radicales secundarios patentes. Conducto biliar intrapancreático fusiforme sugestivo de pancreatitis crónica. Masa quística heterogénea en cabeza pancreática de 4×3 cm, de contorno compatible con incidentaloma quístico pancreático. Cápsula endoscópica que no evidencio origen alguno de la HDA. Ecoendoscopia: páncreas hipoecoico, lobulado, con calcificaciones de pequeño tamaño en cabeza con un conducto de Wirsung de 6 mm con dilataciones saculares. Lesión quística en cabeza de $2,9 \times 1,8$ cm con calcificación en su interior, de paredes finas sin nodularidad. Al puncionar el quiste, se obtiene sangre por lo que se interrumpe la exploración comprobándose ulteriormente ausencia de hematoma o relleno de la lesión. El paciente reingresó con nuevo cuadro de HDA. Gastroscopia evidencia HDA masiva sin poder localizar el punto sangrante, siendo orientativo de proceder de 2^a-3^a porción duodenal. Dada la inestabilidad hemodinámica y sangrado masivo fue trasladado a quirófano. Se realiza laparotomía subcostal bilateral y duodenoscopia que evidencia salida masiva de sangre por la papila. Dados los hallazgos se decide exploración quirúrgica del páncreas, evidenciando aumento de tamaño de la cabeza-uncinado con marcada reacción inflamatoria. La disección y aislamiento porto-mesentérico infrapancreático y la disección portal suprapancreática dificultosas. Tras realizar el clampaje de la arteria gastroduodenal y evidenciar buena perfusión hepática se liga la misma. Se completo la resección pancreática de cabeza y se amplió a cuerpo distal por sospecha en la textura del páncreas residual. Reconstrucción con pancreatoeyeyunostomía término-lateral a lo Blumgart, hepático yeyunostomía y gastroeyeyunostomía transmesocólica. Postoperatorio complejo con desarrollo de fistula pancreática tipo B que precisó drenaje radiológico intervencionista y estancia postoperatoria prolongada. La revisión del TAC previo permitió realizar una reconstrucción vascular con lo que se evidenció que la causa de la lesión compleja quística cefálica correspondía a un aneurisma de la arteria gastroduodenal. Este diagnóstico fue confirmado por el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Discusión: El Hemosuccus pancreaticus es una condición extremadamente infrecuente que debe ser tomada en cuenta en la asociación de HDA de origen desconocido, recurrente y lesión quística pancreática. El estudio mediante angioTC habría sido diagnóstico y habría evitado la realización in extremis de duodenopancreatectomía cefálica.