



P-053 - ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A ANEURISMA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Camarasa Pérez, Ángel; González-Barba Neira, Isabel; Soto Sánchez, Ana; Pérez Sánchez, Eduardo; Hernández Barroso, Moisés; Díaz Jiménez, Nélida; Hernández Hernández, Guillermo; Barrera Gómez, Manuel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: Los aneurismas de la arteria mesentérica superior (AMS) son una entidad rara, con una incidencia del 0,1-2% siendo más frecuente en varones y en la 5^a década de la vida. Presentamos el caso de un aneurisma de AMS de 86 mm con compresión de la vía biliar extrahepática secundaria.

Caso clínico: Mujer de 79 años con HTA, DLP, DM2, IRC, FA anticoagulada, portadora de una prótesis mecánica mitral y marcapasos por insuficiencia cardiaca congestiva. A raíz de un cuadro de dolor abdominal recurrente comenzó estudio y se diagnosticó de una estenosis de la AMS por lo que se colocó stent a ese nivel el 13/08/2020. Acude a Urgencias el 06/12/20 por rectorragia y dolor abdominal difuso. A la exploración física destaca taquicardia, palidez mucocutánea, dolor a la palpación superficial con masa pulsátil supraumbilical. Tacto rectal con heces melénicas. Analíticamente presenta una hemoglobina de 8,7 g/dL con una bilirrubina total de 5,81 a expensas de directa (4,6) y un patrón citolítico elevado (GOT/GPT 388/314) con un FA de 1,565. Se decide realizar TAC que evidencia un pseudoaneurisma de AMS de 86 mm de diámetro máximo (con stent en su interior), que comprime la vía biliar extrahepática y presenta datos de hipoperfusión en asas intestinales. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente confirmándose los hallazgos radiológicos pero sin isquemia intestinal. Se procede al clampaje aórtico endoluminal con balón de Reliant a través de la AFC izquierda, se liga la AMS a nivel de la salida arterial comprobando su estanqueidad tras el desclampaje aórtico. Tras la apertura, descompresión del pseudoaneurisma y extracción del stent, y se realiza un *bypass* en C desde AIC izquierda a AMS (utilizando el tercio distal de la arteria) con buen latido distal de la anastomosis. Tras la intervención la paciente permanece estable hemodinámicamente, con buena evolución y normalización analítica. Se realiza TC control de aorta a los ocho días de la intervención, comprobando la permeabilidad del *bypass*, de la AMS y de sus ramas, sin objetivarse estenosis y sin dilatación de la vía biliar. Finalmente la paciente es dada de alta a domicilio el 26/01/21.



Conclusiones: Los aneurismas de la AMS son una entidad poco frecuente, generalmente asintomáticos (80%) pero pueden debutar con dolor abdominal, masa pulsátil o *shock*. No hay casos descritos en la literatura que asocien dilatación de la vía biliar por compresión extrínseca como en nuestro caso. En la actualidad el abordaje endovascular es el más extendido reservándose la cirugía abierta para casos seleccionados.