



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-047 - MASA INTRABDOMINAL COMO DEBUT DE LESIÓN ANEURISMÁTICA PANCREATO-DUODENAL

Báez de Burgos, Celia; Cifre Martínez, Cintia; Navarro Moratalla, Carla; Lloret Larrea, Maximiliano; Bruna Esteban, Marcos

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos: Los aneurismas de arterias viscerales son lesiones raras y su etiopatogenia poco conocida. Se han sugerido como factores etiológicos la arteriosclerosis, vasculitis, hipertensión portal, traumatismos, infecciones, defectos congénitos e iatrogenia. No suelen presentar clínica hasta su rotura, siendo la mayoría diagnosticados como hallazgo casual. Los más frecuentes son los de la arteria esplénica, seguidos por los de la arteria hepática, siendo mucho menos frecuente los de la arteria pancreatoduodenal. La incidencia total de rotura de aneurismas/pseudoaneurismas es del 20-80%, siendo en estos casos necesario el tratamiento urgente, bien endovascular o quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 51 años, con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata e intervenido hace 25 años de úlcus gástrico complicado que acude a urgencias por hipo de 12 horas de evolución con náuseas y vómitos. A la exploración se encuentra estable hemodinámicamente, palpándose una ocupación del hemiabdomen derecho no dolorosa. La ecografía muestra una masa abdominal inespecífica y la tomografía computarizada evidencia una tumoración mesentérica heterogénea de 154 × 123 × 73 mm con sospecha de tumor GIST (Gastrointestinal Stromal Tumour) o sarcoma. Se completa el estudio con un tránsito esofagogastroduodenal normal, endoscopia y ecoendoscopia digestiva alta en la que se evidencia una compresión extrínseca duodenal y punción-aspiración con aguja fina con el resultado de restos necróticos-hemorrágicos sugestivos de hematoma. Se solicita angioTC en el que se objetivan ramas tortuosas gastroduodenales y pancreáticas, lesiones aneurismáticas de 16 mm en la arteria hepática propia, izquierda y derecha, así como una formación aneurismática irregular, dependiente de la rama pancreato-duodenal con hematoma intrabdominal secundario a rotura del mismo; además se pone de manifiesto una compresión extrínseca del ligamento arcuato medio sobre el tronco celíaco con estenosis crítica del mismo. A través de un acceso humeral izquierdo se realiza angiografía de Arteria Mesentérica Superior llevando a cabo embolización proximal y distal ("embolización en sándwich") del aneurisma pancreato-duodenal, mediante microcatéter y empleando microcoils de 3 y 5 mm, con buen control angiográfico posterior.

Resultados: En control radiológico previo a alta con una resonancia magnética, se objetiva una disminución del tamaño del hematoma y ausencia de sangrado activo. El paciente es dado de alta hospitalaria tras 21 días de ingreso con mejoría clínica, asintomático y con ausencia de la ocupación abdominal previa.

Conclusiones: Los aneurismas viscerales constituyen una entidad rara, teniendo los de la arteria pancreatoduodenal una incidencia estimada del 2% del total. La estenosis del tronco celíaco por el ligamento arcuato medial ha demostrado ser un factor etiopatogénico, aunque es poco frecuente. La rotura de los mismos puede alcanzar una mortalidad del 40%, sobre todo cuando se produce hacia cavidad abdominal. Ante un paciente estable hemodinámicamente y siempre que las características anatómicas lo permitan, el tratamiento endovascular supone un tratamiento efectivo con poca comorbilidad. En cuanto al tratamiento etiológico, es controvertido el tratamiento sobre la estenosis del tronco celíaco, que puede tratarse de forma endovascular con stents, quirúrgicamente con sección del ligamento o tratamiento conservador con controles angiográficos periódicos, como en nuestro caso, sin haber demostrado ninguno una clara superioridad.