

Síndrome de hemosuccus pancreaticus

Hemosuccus pancreaticus syndrome

Con el término *hemosuccus pancreaticus* se denomina genéricamente la pérdida de sangre por el conducto de Wirsung y su exteriorización a través de la ampolla de Vater. El término fue propuesto en 1970 por Sandblom¹, aunque ha recibido otras denominaciones como «wirsungrragia» o «pancreatitis hemoductal».

Esta forma de sangrado digestivo se presenta con una prevalencia de 1/1.500 hemorragias del tracto digestivo superior de cualquier etiología, con mayor frecuencia en varones (7:1) y una máxima incidencia de los 50 a los 60 años de edad.

Presentamos a un paciente varón de 57 años con antecedentes de tabaquismo y bebedor de 80-100 g de etanol/día, y en el último año varios episodios de dolor intenso en el hemiabdomen superior vinculados a la ingestión copiosa de alimentos y alcohol. Desde el último año anemia sideropénica con hematocrito de un 37% y 11,8 g/dl, por lo que se realiza endoscopia alta que objetiva la salida a través de la papila de bilis mezclada con estrías hemáticas.

Se lo deriva a nuestro servicio para completar valoración y tratamiento; se realiza una tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso, que muestra una imagen hipodensa a nivel del cuerpo del páncreas, con arteria esplénica dilatada en su sector medio y dilatación del Wirsung (fig. 1).

Se completa el estudio con una arteriografía selectiva de la esplénica, que objetiva una arteria dilatada y tortuosa en todo su trayecto, con una dilatación sacular en el sector medio, pero no se visualiza paso de contraste al conducto pancreático. Dadas las características anatómicas, se descarta por radiología intervencionista el tratamiento endovascular (fig. 2).

Durante el ingreso presenta brote de dolor epigástrico intenso, con hemoglobina en 8 g/dl y elevación de las enzimas pancreáticas (amilasa, 1.000 UI), y precisa transfusión de 2 unidades de concentrado de hematíes, tras lo cual remite el cuadro completamente.

Es intervenido quirúrgicamente de forma electiva mediante laparotomía transversa, y en la exploración se encuentran placas de esteatonecrosis en el retroperitoneo y un hemipáncreas izquierdo de consistencia aumentada. La arteria esplénica está muy elongada y con una gran dilatación sacular. Se practica ligadura de la arteria en su origen y esplenopancreatectomía izquierda (para no dejar el pseudoaneurisma roto en contacto con tejido pancreático muy afectado). La evolución postoperatoria transcurre sin incidencias. El estudio histológico informa de pseudoaneurisma de la arteria esplénica de 3 cm, Wirsung dilatado, necrosis de la grasa peripancreática y lesiones compatibles con pancreatitis crónica.

Un 75-90% de los casos de *hemosuccus pancreaticus* se presentan como complicación de una pancreatitis crónica, y en más del 95% la causa determinante es un pseudoaneurisma

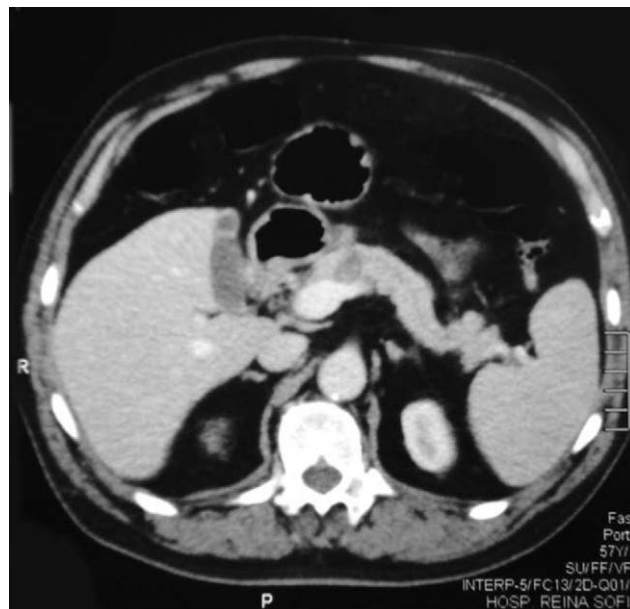


Figura 1 – Tomografía computarizada abdominal.



Figura 2 – Arteriografía de la arteria esplénica (la flecha señala el pseudoaneurisma).

de la arteria esplénica (60-70%), seguida por la arteria hepática común y la mesentérica; otras causas que pueden determinar esta rara entidad son los tumores benignos o malignos pancreáticos, traumatismos o lesiones iatrogénicas por estudios endoscópicos y punciones diagnósticas².

La manifestación clínica típica de esta infrecuente afección está caracterizada por la tríada de dolor epigástrico, sangrado digestivo o anemia sideropénica y elevación de las enzimas pancreáticas.

La confirmación diagnóstica se consigue por la secuencia de diversas pruebas. La endoscopia digestiva alta permite objetivar el sangrado solamente en el 30% de los casos. Para diagnosticar la causa se practica tomografía computarizada con contraste intravenoso, que informa de las características anatómicas del páncreas y de la arteria. La prueba más específica para la valoración de la causa del *hemosuccus pancreaticus* es la arteriografía del tronco celíaco y de la esplénica que documenta la lesión y su topografía, lo que permite objetivar la comunicación entre la arteria y los ductos pancreáticos si se realiza durante un episodio de dolor³. En nuestro caso, la secuencia de pruebas diagnósticas no hizo necesaria una resonancia magnética (colangiorresonancia y angiorresonancia) que habría permitido visualizar el Wirsung y el pseudoaneurisma de la esplénica.

En cuanto al tratamiento, hoy se dispone de los tratamientos quirúrgicos clásicos y los tratamientos endovasculares mínimamente invasivos mediante embolización o colocación de stent. Estos últimos requieren las condiciones de disponibilidad y requisitos anatómicos que lo permitan^{4,5}.

El tratamiento quirúrgico ha probado su eficacia en el tiempo, y hay trabajos que avalan los mejores resultados de los procedimientos quirúrgicos resectivos. Dependiendo de las características y localización del pseudoaneurisma, así como de que haya o no comorbilidades, podrá ser procedimiento de Whipple o pancreatetectomías distales^{6,7}.

Por todo lo expuesto, el *hemosuccus pancreaticus* es la manifestación clínica de diferentes enfermedades, de las que las más frecuentes son los pseudoaneurismas de la arteria esplénica, cuyo diagnóstico es difícil por lo inespecífico de sus síntomas y su baja frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sandblom P. Gastrointestinal hemorrhage through the pancreatic duct. *Ann Surg.* 1970;171:61-6.
2. Etienne S, Pessaux P, Tuech JJ, Lada P, Lermite E, Brehant O, et al. Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005;29:237-42.
3. Kapoor S, Rao P, Pal S, Chattopadhyay TK. Hemosuccus pancreaticus: an uncommon cause of gastrointestinal hemorrhage. A case report. *JOP.* 2004;5:373-6.
4. Murata S, Tajima H, Fukunaga T, Abe Y, Niggemann P, Onozawa S, et al. Management of pancreaticoduodenal artery aneurysms: results of superselective transcatheter embolization. *J Roentgenol.* 2006;187:290-8.
5. Dasgupta R, Davies NJ, Williamson RC, Jackson JE. Hemosuccus pancreaticus: treatment by arterial embolization. *Clin Radiol.* 2002;57:1021-7.
6. Muscari F, Barret A, Chaufour X, Bossavy JP, Blom E, Pradère B, et al. Prise en charge des anéurismes des artères digestives. Etude retrospective de 23 cas. *Ann Chir.* 2002;127:281-8.
7. Wagner WH, Cossman DV, Treiman RL, Foran RF, Levin PM, Cohen JL. Hemosuccus pancreaticus from intraductal rupture of a primary splenic artery aneurysm. *J Vasc Surg.* 1994;19:158-64.

Álvaro Díaz de Liaño^{a,*}, Sherbourne Viana^b, Cristina Artieda^a, Concepción Yáñez^a y Héctor Ortiz^a

^aUnidad Esófago-Gástrica, Servicio de Cirugía General, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España

^bFacultad de Medicina Clínica Quirúrgica F, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adiazdea@cfnavarra.es (A.D. de Liaño).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.07.012

Tumor esplénico y neoplasia quística concurrente de páncreas. Una lesión desorientadora

Concurrent splenic tumour and pancreatic cystic neoplasm. A confusing lesion

Los tumores primarios de bazo más frecuentes son las lesiones vasculares. La transformación nodular angiomatoide-esclerótica (*sclerosing angiomatoid nodular transformation* [SANT]) es una lesión vascular no neoplásica caracterizada por primera vez en 2004. Antes de dicha caracterización se habían descrito lesiones similares con los nombres de hamartoma esplénico y hemangioendotelioma, pero sin especificar las características inmunohistoquímicas definitivas. La SANT es una entidad benigna, pero no es infrecuente que se dé junto a enfermedades concurrentes, la mayoría de

naturaleza maligna, como leucemias o carcinomas de pulmón, colon, estómago o riñón¹.

Una mujer de 35 años fue remitida a nuestras consultas por un cuadro de dolor abdominal sordo, anorexia y pérdida de peso y un estudio ecográfico que mostraba una tumoración esplénica hipoeoica y un quiste pancreático (fig. 1). No presentaba antecedentes que indicaran pancreatitis ni concurrían litiasis biliar o ingesta etílica. Se había practicado una endoscopia alta para descartar enfermedad ulcerosa. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal, que