



Fig. 1. Corte de TAC abdominal en la que se puede observar el hematoma intraabdominal (flecha).

ROTURA ESPONTÁNEA DE UN SEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA PANCREATICODUODENAL

Sr. Director: Los seudoaneurismas de la arteria pancreaticoduodenal son lesiones vasculares infrecuentes, aunque con una importante morbilidad y mortalidad. Habitualmente obedecen a diversos factores etiológicos, como pancreatitis agudas o crónicas, micóticos por endocarditis, traumatismos y otros¹⁻⁴. En ocasiones son asintomáticos, pero hasta en el 40% de los casos se manifiestan de forma inesperada por rotura aguda del mismo. Cuando ello sucede, puede originar una situación catastrófica de shock por sangrado en el espacio retroperitoneal, cavidad intraperitoneal o tracto gastrointestinal²⁻⁴. Se presenta el caso de un hematoma intrabdominal secundario a la rotura espontánea de un seudoaneurisma de la arteria pancreaticoduodenal, que fue diagnosticado tras un estudio angiográfico y tratado con éxito mediante la embolización del mismo.

Varón de 60 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de hernia discal lumbar y síndrome prostático, que presentó 2 días antes del ingreso un cuadro de dolor intenso en el epigastrio y el hipocondrio derechos, de instauración brusca, acompañado de vómitos. En el examen físico, el paciente se encontraba estable y el abdomen era muy doloroso a la palpación en el hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal y con ruidos intestinales conservados. En las exploraciones complementarias, el hemograma y la coagulación eran normales y en la bioquímica, la LDH era de 514 U/l, con normalidad en el resto de determinaciones, que incluían glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, AST, ALT, fosfatasa alcalina, GGT, bilirrubina, amilasa, lipasa, iones y perfil lipídico. El proteíngrama era normal y la serología a hidatidosis, negativa. El electrocardiograma era normal, así como las radiografías de tórax y abdomen. En la ecografía abdominal había una lesión hipoeocoica de 10 cm de diámetro, de bordes mal definidos y con ecos internos, localizada en el área pancreática. En la TAC abdominal (fig. 1) se apreciaba una colección bien localizada, en relación al borde antimesentérico de la curvatura mayor gástrica, localizada en el antro, de densidad elevada compatible con un hematoma en evolución. Se realizó una gastroscopia que fue normal y una PAAF de la lesión quística, obteniéndose un material hemático, compatible con hematoma. Se practicó una arteriografía del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior (fig. 2), en la que se detectó una imagen de seudoaneurisma dependiente de la arteria de la arcada pancreaticoduodenal, que fue embolizado sin complicaciones. A los 2 meses, una angio-TAC no revelaba alteraciones.

La causa más frecuente de formación de seudoaneurismas de la arteria pancreaticoduodenal es la complicación de una pancreatitis aguda y/o a través de la formación de seudoquistes¹. En este caso, se descartó esta posibilidad y no se pudo identificar ningún otro factor causal de los anteriormente mencionados. Queremos resaltar la importancia de un diagnóstico precoz para evitar posibles consecuencias funestas. Para ello, las técnicas más útiles son la TAC, la RMN y, sobre todo, la angiografía selectiva, que es el método de elección, ya que permite la localización del seudoaneurisma, puede identificar otras posibles lesiones vasculares asociadas y constituye en el mismo acto una aproximación terapéutica. El abordaje quirúrgico era el tratamiento de elección hasta hace muy poco, pero debido a sus grandes dificultades técnicas y la proximidad del parénquima pancreatico, actualmente se prefiere la embolización angiográfica selectiva, de eficaz rendimiento, con pocas complicaciones y baja tasa de recurrencias^{7,8}.

Fig. 2. Arteriografía en la que se aprecia un seudoaneurisma de la arcada de la arteria pancreaticoduodenal (flecha).

Por tanto, los seudoaneurismas de la arcada pancreaticoduodenal son lesiones raras, pero de gran importancia, ya que su rotura puede representar un pronóstico infiusto. Es necesario un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado mediante embolización del mismo, o cirugía si ésta no es efectiva, para reducir la tasa de mortalidad.

P. LINARES TORRES, S. VIVAS ALEGRE,
A.B. DOMÍNGUEZ CARBAJO, M.J. FERNÁNDEZ GUNDÍN,
F. MUÑOZ NÚÑEZ, A. HERRERA ABIÁN, F. JORQUERA PLAZA
y J.L. OLCOZ GOÑÍ
Servicio de Digestivo del Hospital de León. León.

BIBLIOGRAFÍA

- De Perrot M, Berney T, Buhler L, Delgadillo X, Mentha G, Morel P. Management of bleeding pseudoaneurysms in patient with pancreatitis. Br J Surg 1999;86:29-32.
- Majerus B, Alexandrescu V, Shutsha E, Timmermans M, Van Ruysevelt C, Wibin E. Spontaneous rupture of the pancreaticoduodenal artery: three cases. Dig Surg 1998;15:266-9.

CARTAS AL DIRECTOR

3. Formentini A, Birk D, Kunz R, Orend KH, Beger HG. Inferior pancreaticoduodenal artery aneurysm as a consequence of traumatic acute pancreatitis. A case report and review of the literature. *Int J Pancreatol* 1997;21:263-7.
4. Muñoz E, Rodríguez J, Collera P, Bretcha P, Salas A, Veloso E, et al. Aneurysm of the antero-inferior pancreaticoduodenal artery as a cause of massive digestive hemorrhage. *Rev Esp Enferm Dig* 1997;89:638-9.
5. De Weerth A, Buggisch P, Nicolas V, Maas R. Pancreaticoduodenal artery aneurysm- a life-threatening cause of gastrointestinal hemorrhage: case report and review of the literature. *Hepatogastroenterology* 1998;45:1651-4.
6. Neschis DG, Safford SD, Golden MA. Management of pancreaticoduodenal artery aneurysms presenting as catastrophic intraabdominal bleeding. *Surgery* 1998;123:8-12.
7. Coll DP, Ierardi R, Kerstein MD, Yost S, Wilson A, Matsumoto T. Aneurysms of the pancreaticoduodenal arteries: a change in management. *Ann Vasc Surg* 1998;12:286-91.
8. Stumbo GW, Hallisey MJ, Gallagher JJ Jr. Arteriographic embolization of visceral artery pseudoaneurysms. *Ann Vasc Surg* 1996;10:476-80.