



IMAGEN DEL MES

Ictericia obstructiva secundaria a pseudoaneurisma en variante anatómica de la arteria hepática

Obstructive jaundice secondary to a pseudoaneurysm in anatomical variant of the hepatic artery

Macarena Soto Dopazo^{a,*}, María Desirée Díaz González^a, Elsa García Antuña^b
y José Carlos Fernández Fernández^a

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

Varón de 42 años con antecedente de pancreatitis crónica e hipertensión portal con circulación colateral. Ingresa por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución e ictericia obstructiva con bilirrubina total de 21,4 mg/dL. Se realiza TC abdominopélvica con

cIV, objetivándose un gran pseudoaneurisma dependiente de la arteria hepática situado en la cabeza pancreática que condiciona compresión extrínseca del coléodo con gran dilatación de la vía biliar intra y extrahepática (fig. 1).

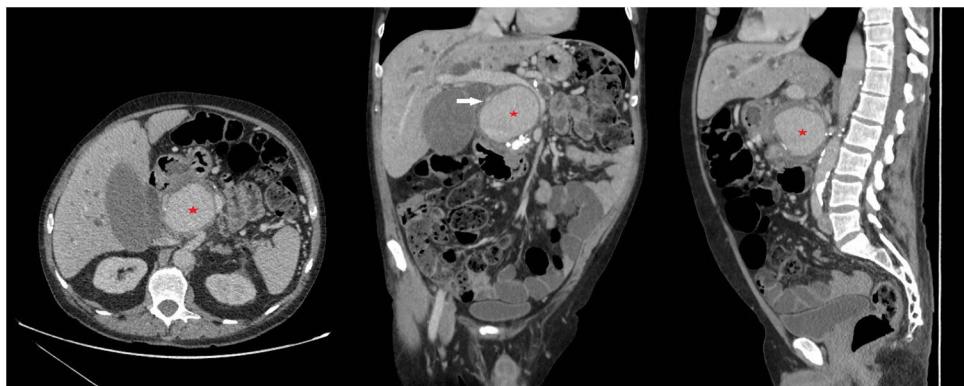


Figura 1 Tomografía computarizada abdominopélvica con administración de contraste intravenoso (corte axial, coronal y sagital): marcada dilatación de la vía biliar intra y extrahepática por compresión extrínseca de coléodo secundaria a masa de 8 × 5 cm situada a nivel de la cabeza pancreática, con CIV en su interior y paredes bien delimitadas compatible con un pseudoaneurisma (*) procedente de la arteria hepática (flecha).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macarenasdp@hotmail.com (M. Soto Dopazo).

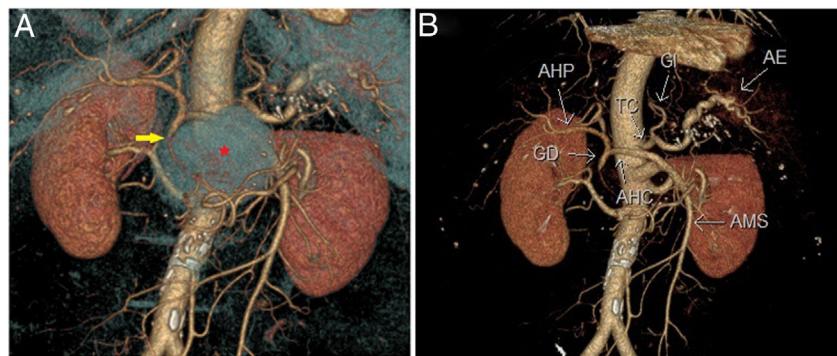


Figura 2 Reconstrucción 3D de la fase arterial. A: escaso relleno del pseudoaneurisma (*) por su gran tamaño, que ocasiona cambio de calibre entre la arteria hepática y la salida de la gastroduodenal desde donde se origina (flecha amarilla). B: variante anatómica de la arteria hepática común (AHC) con origen en la arteria mesentérica superior (AMS), dando a la arteria gastroduodenal (GD) y la arteria hepática propia (AHP). Tronco celíaco (TC) con salida de la arteria gástrica izquierda (GI) y la arteria esplénica (AE).

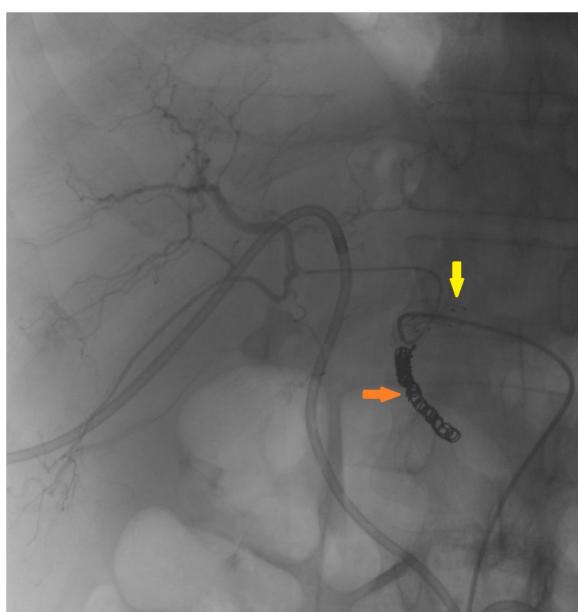


Figura 3 Tratamiento endovascular. Arteriografía visceral digestiva: embolización de la arteria gastroduodenal con coils (flecha naranja) y colocación de una prótesis cubierta de 6 × 50 mm en la arteria hepática cubriendo el orificio que origina el pseudoaneurisma (flecha amarilla).

Se realiza angio-TC, que muestra el origen de la arteria hepática común en la arteria mesentérica superior como variante anatómica, con salida de la arteria gastroduodenal y la hepática propia, y extravasación de contraste llenando el pseudoaneurisma desde la confluencia entre la arteria hepática común y la salida de la arteria gastroduodenal (fig. 2A y B). Se realiza embolización de la arteria gastroduodenal con coils y colocación de prótesis cubierta en la arteria hepática recubriendo el orificio que origina el pseudoaneurisma, comprobándose posteriormente la correcta permeabilidad de la prótesis y las arterias intrahepáticas y la exclusión de la lesión pseudoaneurismática (fig. 3). Se coloca posteriormente un drenaje biliar percutáneo interno-externo. Controles posteriores muestran una disminución del volumen del pseudoaneurisma arterial y de la dilatación de la vía biliar¹⁻⁴.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Los autores declaran que el presente estudio no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tessier DJ, Fowl RJ, Stone WM, McKusick MA, Abbas MA, Sarr MG, et al. Iatrogenic hepatic artery pseudoaneurysms: An uncommon complication after hepatic, biliary, and pancreatic procedures. Ann Vasc Surg. 2003;17:663-9, <http://dx.doi.org/10.1007/s10016-003-0075-1>.
2. Okuno A, Miyazaki M, Ito H, Ambiru S, Yoshidome H, Shimizu H, et al. Nonsurgical management of ruptured pseudoaneurysm in patients with hepatobiliary pancreatic diseases. Am J Gastroenterol. 2001;96:1067-71, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03691.x>.
3. Hsiao CY, Kuo TC, Lai HS, Yang CY, Tien YW. Obstructive jaundice as a complication of a right hepatic artery pseudoaneurysm after laparoscopic cholecystectomy. J Minim Access Surg. 2015;11:163-4, <http://dx.doi.org/10.4103/0972-9941.144097>.
4. Chapman BM, Bolton JS, Gioe SM, Conway WC. Gastroduodenal artery pseudoaneurysm causing obstructive jaundice. Ochsner J. 2021;21:104-7, <http://dx.doi.org/10.31486/toj.19.0110>.