



## P-744 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA POR ANEURISMA DE ARTERIA GASTRODUODENAL FISTULIZADO A DUODENO, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Guedes de la Puente, Xavier; Vela Polanco, Fulthon; Aurazo Ramos, Orlando; Arroyo García, Nares; Casanova Portoles, Daniel; Madrid Muñoz, Rafael; Mira Alonso, Xavier; Badia Pérez, Josep María*

*Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.*

### Resumen

**Introducción:** Los aneurismas de las arteria viscerales (afectan los 3 troncos principales digestivos: arteria mesentérica superior, inferior y el tronco celiaco o sus ramas) son entidades infrecuentes con una incidencia de 0,01-0,2% y una prevalencia del 1%. Son hallazgos casuales en estudios post mortem pero el peligro de estos radica en su alto riesgo de rotura. El más frecuente es el de la arteria esplénica (46%) mientras que el aneurisma de la arteria gastroduodenal es el menos frecuente con una incidencia del 1,5% y la mayoría de estos son pseudoaneurismas en el contexto de pancreatitis aguda (47%), alcoholismo (25%), úlcera péptica (17%) y colecistectomía (3%). La presentación clínica más frecuente de este es la hemorragia digestiva (52%). Cuando hay rotura del mismo la mortalidad es del 40%, siendo la rotura hacia duodeno la de más alto riesgo. Puede presentarse como sangrado retroperitoneal o intraperitoneal, oclusión intestinal, ictericia por compresión, entre otros.

**Caso clínico:** Mujer de 81 años sin antecedentes de interés que presenta cuadro de melenas y hematemesis franca de 24 horas de evolución. Se realiza fibrogastroscoopia con hallazgo de sangrado duodenal por ulcera Forrest IIb que requiere de esclerosis y colocación de clip hemostático. El cuadro se repite 10 días después requiriendo nueva esclerosis con adrenalina y etanolamina. Horas después de ultimo procedimiento presenta cuadro de hipotensión (80/50 mmHg), taquicardia (140 latidos por minuto) y hematemesis franca. Por mala respuesta a tratamiento médico del shock hemorrágico se decide intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía media evidenciando masa de gran tamaño de dudoso origen en cabeza de páncreas vs primera porción duodenal. Durante apertura gastroduodenal se confirma ulcera en bulbo duodenal anterior con sangrado escaso en directa relación con la masa descrita. No es posible resección de la masa, solo ligadura de posibles vasos que la nutren. En post operatorio se confirma con TAC abdominal la presencia de pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal por lo que se realiza embolización del mismo de manera selectiva mediante copolímero de alcohol etilín-vinílico con adecuado resultado angiográfico. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 7 días de la intervención.

**Discusión:** Los aneurismas de la arteria gastroduodenal aunque infrecuentes tienen una alta mortalidad. Es un diagnóstico a tener en cuenta en cuadros de hemorragia digestiva y requieren de una actuación rápida siendo la angiografía el estudio ideal si el paciente esta hemodinámicamente estable (ya que es diagnóstica y terapéutica), y no retrasando la intervención quirúrgica en

pacientes inestables.