



P-503 - PSEUDOANEURISMA EPIGÁSTRICO, UNA RARA COMPLICACIÓN TRAS PARACENTESIS EVACUADORA

Velasco López, Rosalía; Villacastín, María Elena; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Plúa Muñiz, Katherine; Tejero Pintor, Francisco Javier; Pérez Saborido, Baltasar; Asensio Díaz, Enrique

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La paracentesis es una técnica segura y ampliamente utilizada en el tratamiento de la ascitis refractaria en pacientes cirróticos, aunque no está exenta de riesgos. El sangrado tras su realización es una complicación infrecuente (0,2%), pero potencialmente letal (0,016%). Suele aparecer en pacientes con cirrosis avanzada y en menos ocasiones, con fallo renal preexistente. La cirrosis alcohólica, el estadio Child-Pugh C, la trombopenia < 50.000 , o la paracentesis terapéutica, se han descrito como factores de riesgo.

Caso clínico: Varón, 66 años, con antecedentes personales de Leucemia mieloide aguda tratada mediante quimioterapia y trasplante medular, enfermedad de injerto contra huésped, laringectomía por carcinoma epidermoide supraglótico, cirrosis hepática de origen enólico y por Budd-Chiari (CHILD B, MELD 13), con múltiples descompensaciones. Ingresado un mes antes por necrosis avascular de cabeza del fémur, que precisó artroplastia de cadera. Durante el postoperatorio, desarrolló insuficiencia renal aguda en relación a la toma de AINEs y descompensación hídrica, realizándose paracentesis evacuadora, de 6 l. Ahora, acude a urgencias por dolor en fosa ilíaca izquierda, desde el alta, continuo, y sensación de masa a dicho nivel. Se realiza ecografía con doppler y se diagnostica de pseudoaneurisma de arteria epigástrica izquierda, de $76 \times 36 \times 51$ mm de diámetro, con sospecha de sangrado activo. El paciente permaneció estable hemodinámicamente en todo momento, con leve anemia, que ya presentaba de forma crónica (11,7), por lo que se decidió mantener una actitud conservadora y embolización de la arteria sangrante. Mediante abordaje de arteria femoral izquierda, se logra cateterizar de forma supraselectiva de arteria epigástrica inferior, evidenciándose el pseudoaneurisma, pero sin sangrado activo, por lo que se decidió embolizarlo con Glubran. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta a las 48h.

Discusión: Cuando se evacúan grandes cantidades de ascitis mediante paracentesis (> 4 l), pueden aparecer complicaciones hemorrágicas en las primeras 48h, o incluso una semana después. No se conoce la causa exacta, pero un posible mecanismo es la rápida descompresión de la cavidad abdominal, con el consecuente aumento de presión portal y sangrado intraperitoneal por apertura de venas colateral y varices. Otra explicación sería debida a complicaciones en el lugar de punción, con sangrado de vasos epigástricos o varices parietales por el traumatismo, desarrollando hematomas de pared abdominal, como es nuestro caso. El tratamiento suele ser conservador, mediante administración de sangre y fluidos, en ocasiones asociado a radiología intervencionista,

reservándose la cirugía para los pacientes inestables. Para evitar esta complicación, se recomienda la evacuación lenta y progresiva de la ascitis, así como la previa corrección de los problemas de coagulación (trombopenia y prolongación del tiempo de protrombina), además de un cercano seguimiento del paciente.