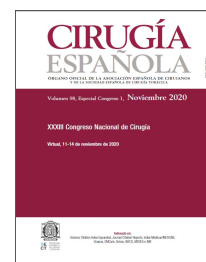




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-198 - SHOCK HEMORRÁGICO COMO COMPLICACIÓN TARDÍA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA RADICAL DE WHIPPLE (DPC). COMPLICACIÓN DEL PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA GASTRODUODENAL

Pérez Quintero, Rocío; Alba Valmorisco, Marcos; Becerra Toro, Antonio; Bejarano González-Serna, Daniel; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: La hemorragia postoperatoria tras resección pancreática es una entidad rara con ratio de mortalidad que oscila entre el 20-50%. Una de sus causas es por la formación de pseudoaneurismas, siendo el más común tras ésta cirugía el de la arteria gastroduodenal (AGD). Presenta una incidencia del 0,2-8,3%. La hipótesis más defendida es debido a la autodigestión de la pared la AGD por las enzimas pancreáticas a causa de la fístula postoperatoria. Otra de las causas descritas ante la ausencia de la fístula es la esqueletización excesiva del vaso durante la linfadenectomía. Varias técnicas han sido publicadas para evitar su formación como cubrir este vaso con el omento o ligamento falciforme o dejar un muñón corto de la misma. El tratamiento endovascular ha reemplazado al tratamiento quirúrgico si hay disponibilidad del mismo. Presentamos el caso de un paciente que acude por shock hemorrágico como complicación tardía debido a la complicación del pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal.

Caso clínico: Varón de 66 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, hiperplasia benigna de próstata y fumador. Es diagnosticado de adenocarcinoma en cabeza de páncreas realizándose DPC con complicación en postoperatorio temprano de fístula pancreática tratada de forma conservadora y con resultado anatomopatológico de pT3N1 (EIIB) rechazando el paciente adyuvancia posterior. Tras dos meses del alta, reingresa por dolor abdominal y mal estado general precisando cirugía urgente ante hallazgos en topografía computarizada (TC) de neumoperitoneo y colección a nivel de ángulo hepático del colon realizándose hemicolectomía derecha con ileostomía y fístula mucosa por perforación en colon. En TC de control se objetiva la presencia de un pseudoaneurisma en AGD que es tratado por radiología vascular intervencionista mediante el relleno del mismo con espirales metálicas y ONIX. El paciente presenta favorable evolución postoperatoria y con tratamiento eficaz del pseudoaneurisma en control radiológico posterior. Dos meses después acude por dolor abdominal epigástrico, hemorragia digestiva e inestabilidad hemodinámica. En TC se visualiza aumento del tamaño del pseudoaneurisma tratado y presencia de coágulos en la luz de duodeno y yeyuno. En endoscopia digestiva alta e ileoscopia no se visualiza sangrado activo. Se realiza angiografía selectiva de arteria hepática y mesentérica superior objetivándose repermeabilización del pseudoaneurisma con arteria hepática permeable en todo su trayecto. Se realiza embolización del mismo con éxito. El paciente evoluciona favorablemente tras el procedimiento. Se visualiza en control posterior con ecografía doppler ausencia de flujo en su luz,

sin otros hallazgos por lo que es dado de alta. Revisiones posteriores sin incidencias, realizando seguimiento por oncología.



Discusión: Se trata de una complicación rara con alta morbimortalidad tras la DPC. La realización de un estudio angiográfico inmediato presenta muchas ventajas como un diagnóstico preciso y la posibilidad de tratamiento precoz mediante abordaje endovascular realizando embolización transarterial (ETA) o colocación de stents. En las últimas series publicadas la colocación de stents es la técnica elegida como primera opción por presentar menor riesgo de resangrado y evitar el riesgo de oclusión de arteria hepática como complicación de la ETA.