



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-678 - SÍNDROME DE *HEMOSUCCUS PANCREATICUS* SECUNDARIO A PSEUDOANEURISMA ARTERIA ESPLÉNICA. ¿NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE ESÓFAGO COMO FACTOR DE RIESGO?

Lillo García, Cristina; Sánchez-Guillén, Luis; López Rodríguez-Arias, Francisco; Lario Pérez, Sandra; Triguero Cánovas, Daniel; Bosch Ramírez, Marina; García-Catalá, Luis; Arroyo Sebastián, Antonio

Hospital General Universitario, Elche.

Resumen

Introducción: El síndrome de *hemosuccus pancreaticus* es una forma infrecuente de hemorragia digestiva alta (HDA). La causa más frecuente suele ser la rotura de un pseudoaneurisma de la arteria esplénica en el contexto de una pancreatitis crónica. Debido a su presentación clínica inespecífica, supone en ocasiones un reto diagnóstico. A continuación, presentamos un caso de HDA y hemoperitoneo extenso que condicionó una intervención quirúrgica urgente.

Caso clínico: Hombre de 53 años con neoplasia de la unión gastroesofágica (T3N0M0) en tratamiento neoadyuvante según esquema FLOT. Acude a urgencias por epigastralgia, melena y síncope tras el primer ciclo de quimioterapia. Durante su hospitalización se objetiva anemia en 24 horas, con hemoglobina de 5,0 g/dL. Debido al antecedente tumoral, la escasa externalización de un posible sangrado y la buena evolución, no se realiza una endoscopia digestiva y se da el alta hospitalaria. Cinco días después, vuelve a urgencias por epigastralgia, palidez e irritación peritoneal. En la analítica de sangre destaca elevación de amilasa > 1.000 UI. Se realiza TAC abdominal identificándose pseudoaneurisma esplénico roto, no conocido, y extenso hemoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciándose gran hematoma en cara posterior gástrica, con cuerpo y cola pancreática desestructurada. La arteria esplénica está elongada y presenta pseudoaneurisma roto. Se realiza esplenopancreatectomía corporocaudal, con evolución postoperatoria favorable. El estudio histológico informa de extensa hemorragia y reacción fibroblástica peripancreática, bazo sin alteraciones.

Discusión: Los aneurismas de la arteria esplénica son los más frecuentes (60-70%) a nivel visceral junto con los hepáticos (20%), cuya etiología se relaciona con la aterosclerosis, enfermedades del tejido conectivo, patologías que aumentan el flujo esplénico o causa desconocida; no hay relación actualmente con la quimioterapia, como sugiere nuestro caso. En este síndrome puede aparecer HDA intermitente, que en la mayoría de casos no causa inestabilidad hemodinámica, debido a que la sangre entra en el conducto pancreático y se trombose, incrementándose la presión intraductal y causando dolor, además de provocar hiperamilasemia. El diagnóstico es difícil, y la endoscopia solo es diagnóstica en un 30%, por ello es necesario otras pruebas, como la TC o la arteriografía, que es la más específica. En nuestro caso, no se realizó la endoscopia debido a la baja sospecha de este síndrome y que el diagnóstico neoplásico justificaba la clínica. En cuanto al tratamiento, existen dos

opciones: tratamiento quirúrgico abierto o endovascular (embolización o stent). El tratamiento abierto es de elección en casos urgentes con sangrado no controlado, casos de embolización fallida o no localización del punto sangrante, ya que ha mostrado su eficacia con mejores resultados que el abordaje endovascular. En algunas series, el tratamiento endovascular se ha asociado con tasas de morbilidad de hasta el 25%, relacionadas principalmente con el síndrome de postembolización transitoria y la exclusión incompleta del aneurisma. Las técnicas quirúrgicas abiertas incluyen la ligadura vascular, la pancreatectomía distal y, en ocasiones, una pancreático-duodenectomía; todas ellas sin reconstrucción vascular y asociadas a esplenectomía. En nuestro caso, el sangrado fue extenso, con desestructuración del cuerpo y cola pancreática, que condicionó la realización de una esplenopancreatectomía corporocaudal.