



P-224 - HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE POR PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA COMÚN EN EL POSOPERATORIO DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. SOLUCIÓN ENDOVASCULAR

Ramos Soler, Francisco José; Baeza Murcia, Melody; Betoret Benavente, Lidia; Annese Pérez, Sergio David; Martínez Moreno, Jose Luis; Martín Lorenzo, Juan Gervasio; Flores Pastor, Benito Manuel; Aguayo Albasini, Jose Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El aneurisma de arteria visceral supone el 0,1 - 2% de los aneurismas. Dentro de los aneurismas viscerales, los de la arteria hepática son los segundos más frecuentes. Comunicamos el caso de una paciente intervenida de adenocarcinoma de cabeza de páncreas que desarrolló un pseudoaneurisma de la arteria hepática (PsAH).

Caso clínico: Mujer de 77 años, sin antecedentes médicos de interés, diagnosticada de adenocarcinoma de cabeza pancreática. Se realiza colecistectomía reglada y duodenopancreatectomía cefálica clásica sin preservación de píloro según técnica de Whipple. El procedimiento transcurrió sin incidencias. El posoperatorio temprano fue favorable, siendo dada de alta al 14º día posoperatorio. En el 20º día posoperatorio presenta cuadro sincopal, asociado a fiebre de hasta 40 °C y vómitos hemáticos. Dada la clínica se realizó TC con contraste oral e intravenoso. La TC informó de colección intraabdominal en el lecho quirúrgico, de probable naturaleza hemática junto a pseudoaneurisma de la arteria hepática común con signos de sangrado hacia el asa de la anastomosis pancreático yeyunal. Por este motivo la paciente ingresó con tratamiento antibiótico, contactando con Radiología Intervencionista. Tras estabilización de la paciente en Unidad de Cuidados Intensivos se realizó arteriografía selectiva, objetivando pseudoaneurisma de arteria hepática común con presencia de sangrado hacia asa biliar con relleno de vía biliar. Se colocó *stent* cubierto consiguiendo el aislamiento completo del pseudoaneurisma sin signos de sangrado tras la realización de la intervención y con estabilidad clínica y hemodinámica de la paciente. Tras este procedimiento, la paciente fue dada de alta al 10º día tras la colocación del *stent*. Actualmente la paciente es seguida en consultas externas con buena evolución y recibe tratamiento adyuvante por parte de Oncología.

Discusión: La hemorragia digestiva es una de las complicaciones más temidas tras la intervención de Whipple, pudiéndolas clasificar en tempranas o tardías, según si de desarrollan en las primeras 24 horas o posterior, y en intraluminares o extraluminares. El desarrollo de pseudoaneurisma por lesión vascular directa o por digestión enzimática es una complicación rara en este procedimiento que añade un incremento importante de la morbimortalidad. Es de vital importancia por ello, el diagnóstico temprano y su correcto manejo posterior que implica a cirujano, radiólogo

intervencionista e intensivista. La clínica PsAH es variada siendo el sangrado el principal síntoma, manifestándose como hematemesis, melenas o dolor abdominal. La arteriografía intravenosa, previo angio-TC es la principal prueba diagnóstica, que en la mayoría de los casos es también la mejor opción terapéutica. Una vez diagnosticado, el PsAH debe ser tratado siempre, independientemente de su tamaño o complicación, debido a su potencial gravedad y riesgo de sangrado que puede derivar en *shock* hipovolémico y *exitus*. Entre las opciones terapéuticas destacan la cirugía con reparación primaria o protésica y el tratamiento endovascular con material trombótico o endoprótesis, con preferencia por el tratamiento endovascular. La elección de la técnica empleada, sea la colocación de material trombótico en el pseudoaneurisma, la colocación de una endoprótesis o el uso de ambos depende de las características de cada paciente, la experiencia del centro y su disponibilidad.