

Complicaciones vasculares asociadas a la pancreatitis

Sr. Director:

A pesar de que las complicaciones vasculares en las pancreatitis agudas no son muy frecuentes, el 25% de los casos son potencialmente mortales y se debe considerarlas en todos los pacientes con pancreatitis aguda severa o pancreatitis crónica.

Presentamos a un paciente varón de 53 años, que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal epigástrico y mareos. Como antecedentes destacan un enolismo crónico de 140 g/día, hepatopatía enólica y fumador de 45 paquetes-años. En la exploración física se observa cuadro de hipotensión y signos de irritación peritoneal. Analíticamente destaca una leucocitosis y un descenso de 16 puntos de hematocrito entre dos analíticas seriadas. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía exploradora, en la que se observa un hemoperitoneo masivo, cuyo origen se localiza en la cola del páncreas. Éste a su vez presenta un aspecto macroscópico de pancreatitis aguda necrosante. Se realiza exéresis de tejido necrótico y hemostasia con puntos de transfixión. El paciente presenta un curso postoperatorio correcto y se le da el alta el décimo primer día postoperatorio.

Las complicaciones vasculares asociadas a una pancreatitis están relacionadas con una enfermedad crónica en un 18%, un pseudoquistes pancreático en un 63% e incluso un episodio agudo en un 18%¹.

La complicación vascular más frecuente es la hemorragia, por hemorragia de un pseudoquistes (19,5%), la producida por la erosión de arterias pancreáticas o gastrointestinales cercanas (19,5%) y derivada de la formación de pseudoaneurismas y su rotura (61%).

Las arterias afectadas son la arteria esplénica (40%), la arteria gastroduodenal (30%), la arteria pancreatoduodenal (20%), la arteria gástrica izquierda (5%), la arteria hepática (2%) e incluso la arteria mesentérica y la aorta (1-3%)².

Los factores que aumentan el riesgo de sangrado son: la duración del proceso inflamatorio, la proximidad de los vasos a un pseudoquistes, la comunicación de éste con el conducto pancreático o el conducto biliar y la oclusión de la vena esplénica por trombosis³.

En el diagnóstico de esta entidad, la utilidad de la tomografía computarizada se resume en evidenciar las formaciones pseudoaneurismáticas arteriales, la hemorragia dentro de un pseudoquistes y la morfología pancreática.

La angiografía mesentérica selectiva en el diagnóstico y el tratamiento mediante embolización es una herramienta indispensable en el manejo de las complicaciones vasculares de la pancreatitis, siempre y cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente estable, de lo contrario, la cirugía urgente es la opción terapéutica correcta.

El procedimiento quirúrgico de elección es la ligadura o sutura del punto sangrante; sin embargo, esta acción puede dar lugar a una recurrencia del sangrado⁴. Es prácticamente imposible de realizar cuando hay un proceso inflamatorio necrótico del páncreas. En estos casos la resección de tejido pancreático proximal o distal será una buena opción terapéutica, a pesar de su dificultad técnica.

Si la causa del sangrado es un pseudoaneurisma, el procedimiento quirúrgico a elegir es controvertido. Algunos autores proponen la ligadura proximal del pseudoaneurisma acompañado del drenaje externo o interno del pseudoquistes, si lo hubiere. En cambio, otros autores se inclinan hacia la resección primaria del pseudoaneurisma y del tejido pancreático, ya que de esta forma estamos previniendo la complicación más frecuente, que es el resangrado^{5,6}.

El pronóstico es mucho mejor en pacientes con lesiones hemorrágicas situadas en cuerpo y cola de páncreas, ya que la mortalidad en estos pacientes ronda el 16%, mientras que entre los pacientes que presentan lesión en cabeza pancreática, la mortalidad se sitúa entorno al 43%.

La mortalidad es mayor en los pacientes que han sido tratados quirúrgicamente si se compara con los pacientes cuyo tratamiento inicial ha sido la embolización^{1,2}.

**Jesús Bollo Rodríguez^a, Ramon Rull^a,
Miguel López-Boado^a, Amelia Hessheimer^b,
Guerson Benarroch^a y Juan Carlos García Valdecasas^a**

^aCirugía General y Digestiva. Hospital Clínic. Barcelona. España.

^bCirugía General. Nashville University Medical Center. Nashville. Tennessee. Estados Unidos.

Bibliografía

- Balanchandra S. Systematic appraisal of the management of the major vascular complications of pancreatitis. *Am J Surg.* 2005;190:489-95.
- Mallick IH, Winslet MC. Vascular complications of pancreatitis. *J Pancreas.* 2004;5:328-37.
- Flati G, Andreu-Sandberg A, Sa Pinta M, Prorowska B, Carboni M. Potentially fatal bleeding in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention, and treatment. *Pancreas.* 2003;26:8-14.
- Stabile BE. Hemorrhagic complications of pancreatitis and pancreatic pseudocysts. New York: Blackwell Science; 1998. p. 606-13.
- Hsu JT, Yeh CN, Hung CF, Chen HM, Hwang TL, Jon YY, et al. Management and outcome of bleeding pseudoaneurysm associated with chronic pancreatitis. *BCN Gastroenterology.* 2006;6:3.
- De Perrot M, Berney T, Buhler L, Delgado X, Mentha G, Morel P. Management of bleeding pseudoaneurysms in patients with pancreatitis. *Br J Surg.* 1999;86:29-32.