

Hemosuccus pancreaticus causado por un pseudoaneurisma de la arteria esplénica

Raquel Conde-Muiño, Trinidad Villegas-Herrera, Laura Álvarez-Morán, Daniel Garrote-Lara y José Antonio Ferrón-Orihuela

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

La causa menos frecuente de hemorragia digestiva alta es la hemorragia pancreática a través del conducto de Wirsung o *hemosuccus pancreaticus* (HP)¹. Se asocia sobre todo a pancreatitis crónica, pero también a pancreatitis aguda, en pacientes con un aneurisma o pseudoaneurisma de las arterias peripancreáticas.

Se trata de un varón de 43 años, alcohólico activo con varios ingresos por reagudizaciones de pancreatitis crónica, diagnosticado previamente de un pseudoquistes en cuerpo-cola pancreático. Acudió por melenas cardenalias y dolor intenso en hipocondrio izquierdo. En la endoscopia y la colonoscopia no se encontraron lesiones sangrantes. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso objetivaron un pseudoaneurisma de la arteria esplénica de 3,5 × 2,5 cm próximo al hilio esplénico (fig. 1) y signos de pancreatitis crónica. El paciente solicitó el alta voluntaria pero reingresó a las pocas horas por un nuevo sangrado en forma de melenas con choque hipovolémico. Tras estabilizarlo, se practicó una arteriografía que no visualizó el pseudoaneurisma y se asumió que se había trombosado. Se mantuvo estable durante 2 semanas y después presentó nuevamente melenas. Se indicó otra arteriografía (fig. 2) para embolización, que no fue posible debido a la tortuosidad de la arteria, por lo que se intervino y se encontró una zona totalmente bloqueada a nivel de la cola del páncreas, transcavidad de los eplones y bazo que impedía el acceso directo a la cola pancreática y al pseudoquistes. Se realizó una ligadura proximal de la arteria esplénica sin incidencias. El postoperatorio estuvo marcado por un infarto parcial del bazo con sobreinfección posterior que se manejó con antibioterapia y analgesia. Al cabo de 1 año está asintomático y no ha sufrido más complicaciones.

El HP aparece, sobre todo, en varones a una media de edad de 50-60 años (varones:mujeres, 7:1)². Se caracteriza por dolor epigástrico intenso debido a la distensión del conducto de Wirsung por el sangrado^{1,3} y hemorragia digestiva alta a las 30-48 h del inicio del dolor, generalmente acompañado de la mejoría⁴. La etiología

subyacente suele ser la pancreatitis aguda en un 75-90% de los casos^{1,2}. Los mecanismos por los que se desarrolla son: a) un pseudoquistes pancreático que se comunica o que erosiona una arteria peripancreática y convierte la cavidad en un pseudoaneurisma³; b) una úlcera vascular como consecuencia del roce de una litiasis intraductal; c) ulceración vascular causada por la dilatación del conducto pancreático, y d) aneurisma o pseudoaneurisma de las arterias peripancreáticas en relación con la pancreatitis crónica², al producirse la necrosis de la pared vascular que conduce a la erosión y el sangrado. La mortalidad por la rotura de un pseudoaneurisma es del 12-57%⁵.

El diagnóstico se establece cuando se ve sangrado a través de la papila de Vater en la endoscopia, aunque debido al carácter intermitente de la hemorragia, se da sólo en el 30% de los casos¹. Por este motivo, la endoscopia se debe repetir más tarde^{1,6} cuando hay una sospecha clínica no confirmada. También se puede diagnosticar por Doppler o angio-TC. La prueba estándar para el diagnóstico es la arteriografía, que confirma el diagnóstico y permite el tratamiento mediante embolización. La sensibilidad es del 96%⁷. Sólo en el 52% de los casos se puede demostrar el sangrado a través de la papila de Vater o la fístula entre un aneurisma de los vasos peripancreáticos y el conducto pancreático principal⁸. En los demás se debe sospechar por la presencia de hemorragia digestiva alta en relación con dolor abdominal y el hallazgo de un aneurisma o un pseudoaneurisma en las pruebas de imagen. El tratamiento comienza por estabilizar la hemodinamia del paciente, seguido de la realización de arteriografía y embolización arterial con las que se consiguen buenos resultados inmediatos en un 67-100%^{2,9} con un 70% de ausencia de recidiva a los 6 meses¹⁰. Debe considerarse, sobre todo, en los pacientes con mayor riesgo quirúrgico o para control hemodinámico. Puede ocasionar isquemia en los tejidos irrigados por la arteria cuando la circulación colateral no está bien establecida, la embolización es masiva o migra el material protrombótico. En lesiones de la arteria hepática común, tronco celíaco o mesentérica superior no está indicada la embolización por riesgo de isquemia. Para prevenirla se coloca un *stent* en el origen del pseudoaneurisma en vez de *coils* u otro material⁶.

Cuando la embolización no es posible, se recurre a la cirugía. La ligadura simple del vaso sangrante es efectiva, pero no previene la recidiva por lo que es preferible el

Correspondencia: Dra. R. Conde Muiño.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Avda. Fuerzas Armadas, s/n. 18014 Granada. España.
Correo electrónico: rcondemuinho@gmail.com

Manuscrito recibido el 8-11-2007 y aceptado el 4-2-2008.



Fig. 1. Tomografía computarizada con contraste intravenoso, que muestra el pseudoaneurisma con la zona de sangrado activo (flechas).



Fig. 2. Arteriografía de la arteria esplénica que muestra el pseudoaneurisma (flechas).

control vascular antes y después del aneurisma y su exéresis^{2,9}. El tratamiento definitivo es la resección tanto pancreática como del vaso afecto; es lo más indicado en pacientes con pancreatitis crónica subyacente, y también

en los casos en que la arteria está íntimamente adherida al pseudoquiste o al tejido pancreático, lo que hace difícil su disección.

En el caso que se expone, se consiguió el primer objetivo, la estabilización hemodinámica, mediante la exclusión quirúrgica dado que la angioembolización no se pudo llevar a cabo por la tortuosidad de la arteria, que no permitía acceder a la fuga. Un siguiente paso es la esplenectomía o la resección esplenopancreática, que se desechó ante el tejido inflamatorio-fibrótico que imposibilitaba el acceso a la celda esplénica y al pseudoaneurisma.

Bibliografía

1. Suter M, Doenz F, Chapuis G, Gillet M, Sandblom P. Haemorrhage into the pancreatic duct (Hemosuccus pancreaticus): recognition and management. *Eur J Surg.* 1995;161:887-92.
2. Etienne S, Pessaix P, Tpech JJ, Lada P, Permite E, Brehant O, et al. Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005;29:237-42.
3. Arnaud JP, Bergamaschi R, Serra-Maudet V, Casa C. Pancreatoduodenectomy for hemosuccus pancreaticus in silent chronic pancreatitis. *Arch Surg.* 1994;129:333-4.
4. Seiler C, Blumgart LH. Gastrointestinal hemorrhage due to splenic artery aneurysm pancreatic duct fistula in chronic pancreatitis. *HPB Surg.* 1993;7:149-55.
5. Bender JS, Bouwman DL, Levison MA, Weaver DW. Pseudocysts and pseudoaneurysms: surgical strategy. *Pancreas.* 1995;10:143-7.
6. Benz CA, Jakob P, Jakobs R, Riemann JF. Hemosuccus pancreaticus – a rare cause of gastrointestinal bleeding: diagnosis and interventional radiological therapy. *Endoscopy.* 2000;32:428-31.

Cartas científicas

7. Kim SS, Roberts RR, Nagy KK, Joseph K, Bokhari F, An G, et al. Hemosuccus pancreaticus after penetrating trauma to the abdomen. *J Trauma*. 2000;49:948-50.
8. Kuzuya A, Mizuno K, Miyake H, Iyomasa S, Matsuda M. Hemosuccus pancreaticus caused by rupture of a true splenic artery aneurysm following a failure of coil embolization. *Ann Vasc Surg*. 2006;20:130-3.
9. Kapoor S, Rao P, Pal S, Chattopadhyay TK. Hemosuccus pancreaticus: an uncommon cause of gastrointestinal hemorrhage. A case report. *JOP. J Pancreas (Online)*. 2004;5:373-6.
10. Salam TA, Lumsden AB, Martin LG, Smith RB. Nonoperative management of visceral aneurysms and pseudoaneurysms. *Am J Surg*. 1992;164:215-9.