

Tratamiento no quirúrgico de pseudoaneurisma de la vena cava inferior poshepatectomía



A non-surgical treatment for inferior vena cava pseudoaneurysm post-hepatectomy

Un varón de 65 años ingresó en el servicio de urgencias en estado de choque séptico. Diez días antes se le había realizado una prolongada hepatectomía derecha debida a un colangiocarcinoma. Los resultados iniciales de las pruebas de laboratorio revelaron la reducción del nivel de hematocrito en la sangre; tiempo de protrombina, plaquetas y fibrinógeno reducidos; con un aumento del tiempo de tromboplastina parcial activado

(TTPa), y acidosis metabólica. La angiografía por TC mostró un pseudoaneurisma subhepático de la vena cava inferior (VCI) con líquido libre subfrénico espontáneo de alta atenuación (fig. 1A). Puesto que el estado del paciente era inadecuado para una intervención quirúrgica, se eligió una solución intravascular.

Se llevó a cabo la punción de la porción proximal de la vena femoral con anestesia general, se colocó un introductor de

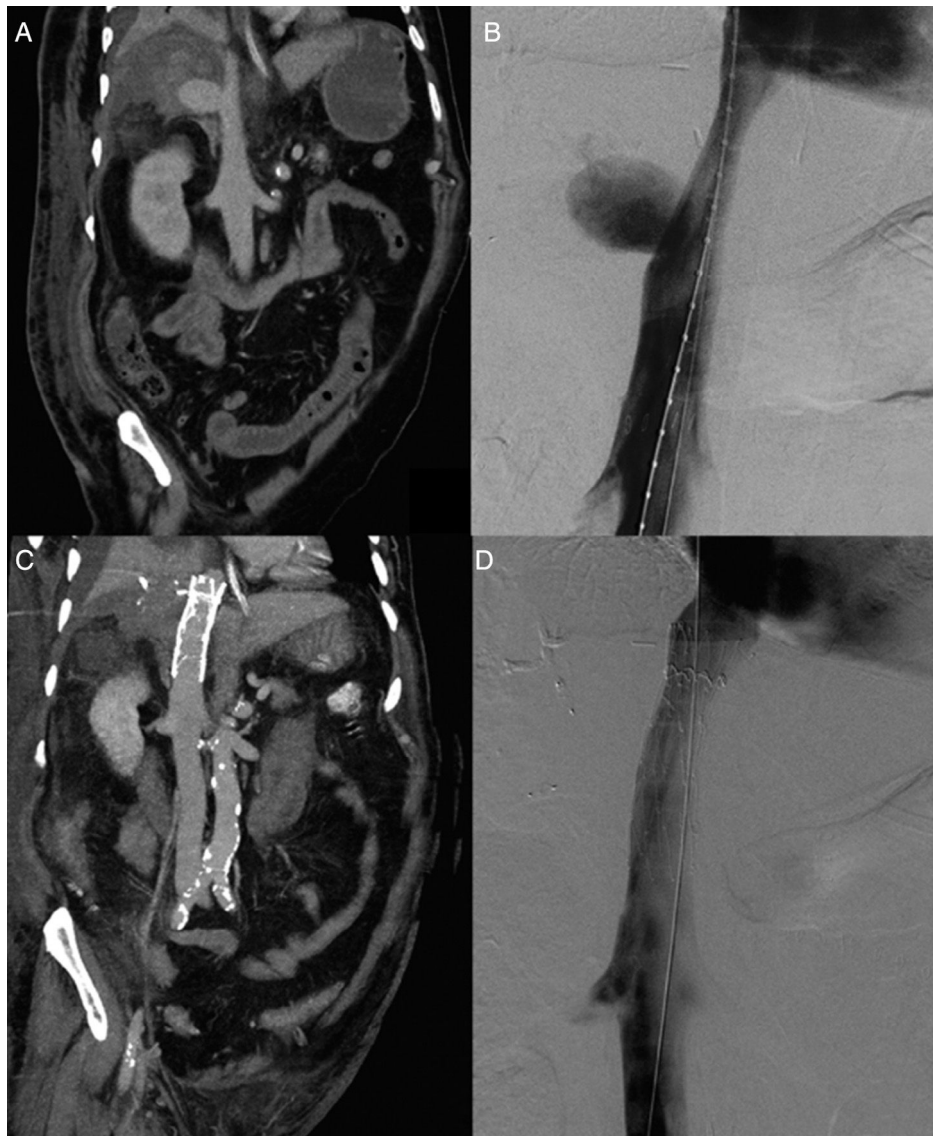


Figura 1 – A) Fase portal y plano frontal de la angiografía por TC. Se observa pseudoaneurisma subhepático de la VCI y líquido libre con una alta atenuación, sugerente de rotura. B) Cavografía. Se confirma el pseudoaneurisma subhepático de la VCI. C) Fase portal y plano frontal de la angiografía por TC. Se observa permeabilidad del stent. D) Cavografía. Se confirma la permeabilidad del stent.

8 Fr, y se hizo avanzar un catéter en J hasta la aurícula derecha. La cavografía confirmó los hallazgos de la angiografía por TC (fig. 1B). Colocamos un manguito Vela® (Endologix, Inc, 11 Studebaker, Irvine, CA 92618, EE. UU.) que extrajo el pseudoaneurisma de la circulación, sin comprometer las venas renales y suprahepáticas. Diez días más tarde, la angiografía por TC (fig. 1C) y la cavografía (fig. 1D) mostraron la permeabilidad del stent.

El pseudoaneurisma de la VCI es un hematoma, con una destrucción de una capa de los vasos o más de una, que tiene una alta tasa de rotura. Puede estar causado por diferentes lesiones (lesión traumática, yatrógena, etc.), asociada con procesos inflamatorios, como una infección, o no. Los pacientes pueden permanecer completamente asintomáticos o presentar enfermedades potencialmente mortales¹.

Los tratamientos quirúrgicos (parches de reparación, injertos venosos, derivación auriculovenosa, etc.) son tratamientos definitivos para pacientes estables. Al igual que ocurría en nuestro paciente, para lograr la hemostasia en lesiones de la VCI retrohepática o subhepática, se requiere una extensa disección de órganos, lo que hubiera empeorado la situación del paciente. Por ello, se estima que la mortalidad alcanza hasta el 70% en estas situaciones. Se debe considerar el enfoque intravascular tanto en pacientes hemodinámicamente estables como en inestables, ya que se puede realizar con relativa facilidad y rapidez, y causar mínimas lesiones adicionales del tejido circundante^{1,2}.

De Naeyer describió el uso de un injerto de stent endoluminal capaz de tratar una perforación de la VCI infrarenal causada por artrodesis vertebral lumbar³; Erzurum et al., describieron el uso de un manguito de extensión aórtica en una lesión retrohepática de la VCI durante la resección de un leiomioma retroperitoneal⁴, y Watarida et al., describieron el uso de un injerto de stent perforado para una lesión traumática yuxtahepática⁵.

Puesto que existen riesgos potenciales asociados con el uso de estos dispositivos en la VCI (erosión o incluso la rotura de esta, trombosis y probable embolia pulmonar, etc.), es muy recomendable un seguimiento estrecho de estos pacientes².

El enfoque intravascular debe valorarse, sobre todo, en pacientes hemodinámicamente inestables con lesión subhe-

pática o retrohepática de la VCI, ya que se puede realizar con relativa facilidad y rapidez, con lo que se ofrece una solución alternativa para esta enfermedad potencialmente mortal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kunkala M, Jenkins D, McEachen J, Stockland A, Zielinski M. Nonoperative management of traumatic suprahepatic inferior vena cava pseudoaneurysms. *J Vasc Surg.* 2011;54 Suppl 6:80s-2s.
2. Piffaretti G, Carrafiello G, Piacentino F, Castelli P. Traumatic IVC injury repair: The endovascular alternative. *Endovasc Today.* 2013;39-44.
3. De Naeyer G, Degrieck I, Belgium A. Emergent infrahepatic vena cava stenting for life-threatening perforation. *J Vasc Surg.* 2005;41:552-4.
4. Erzurum V, Shoup M, Borge M, Kalman P, Rodriguez H, Silver G, et al. Inferior vena cava endograft to control surgically inaccessible hemorrhage. *J Vasc Surg.* 2003;38:1437-9.
5. Watarida S, Nishi T, Furukawa A, Shiraiishi S, Kitano H, Matsubayashi K, et al. Fenestrated stent-graft for traumatic juxtahepatic inferior vena cava injury. *J Endovasc Ther.* 2002;9:134-7.

Pamela Ines Causa Andrieu^a, Natalia Gomez^b,
Martin Jose Rabellino^a, Juan Pejokl^b y Ricardo Garcia-Monaco^a

^aServicio de Radiología Diagnóstica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^bServicio de Cirugía, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pamela.causa@hospitalitaliano.org.ar
(P.I. Causa Andrieu).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.10.002>
0009-739X/

© 2016 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Perforación rectal espontánea con evisceración transanal del intestino delgado. A propósito de un caso y revisión de la literatura



Spontaneous perforation of the rectum with transanal evisceration of the small bowel: A case report and review of the literature

El prolapso del intestino delgado, a través de una perforación espontánea de recto, es una enfermedad extremadamente rara. Desde que en 1827 Benjamin Brodie¹ documentara el

primer caso, se han descrito en la literatura científica alrededor de 70 casos. Las perforaciones rectales con evisceración del contenido intestinal pueden tener múltiples