

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL CONTEXTO DE PANCREATITIS AGUDA COMPLICADA: REPORTE DE CASO

GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE IN THE CONTEXT OF COMPLICATED ACUTE PANCREATITIS: A CASE REPORT

Autores

Matias G. Maldonado Barrientos¹, Magdalena Lucia Martin²

Filiaciones

¹Residente de primer año de Clínica Médica, Hospital Zonal Alvear, Comodoro Rivadavia, Chubut.

²Jefa de Servicio Clínica Médica, Hospital Zonal Alvear, Comodoro Rivadavia, Chubut.

Categoría del trabajo: Reporte de caso

Cantidad de palabras resumen: 137

Cantidad de palabras texto: 968

Cantidad de figuras: 3

Datos autor responsable correspondencia:

-Matias G. Maldonado Barrientos

-Dirección: Juan Ramon Balcarce 1240. Gral Mosconi Km 3.

-Tel: 4559951

-Correo electrónico: matias1076mm@gmail.com

Conflictos de interés:

Ninguno de los autores de este informe presenta conflicto de intereses.

Publicación previa:

El presente trabajo no ha sido publicado con anterioridad ni se encuentra bajo revisión en otra revista científica.

Todos los autores de este informe dan consentimiento para su publicación.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una patología frecuente cuya evolución puede complicarse en algunos pacientes con formas graves, incluyendo necrosis pancreática e infecciones secundarias. Entre las complicaciones menos frecuentes, pero de elevada mortalidad se encuentran las lesiones vasculares, particularmente los pseudoaneurismas viscerales, siendo la arteria esplénica la más comúnmente afectada. ⁽¹⁾

Estos pseudoaneurismas pueden evolucionar a la ruptura o a la formación de fístulas hacia el tracto gastrointestinal, generando hemorragias digestivas potencialmente masivas y letales. Su diagnóstico suele ser un desafío, ya que en muchos casos la endoscopia inicial puede ser negativa. ^(2,3)

El objetivo del presente trabajo es describir un caso de hemorragia digestiva secundaria a pseudoaneurisma esplénico con fístula arterioentérica en el contexto de pancreatitis aguda necrotizante.

INFORME DE CASO

Paciente masculino de 69 años oriundo de la localidad de Rio Mayo (Chubut), con antecedentes de hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna y dislipidemia, en tratamiento con enalapril, carvedilol, ácido fenofíbrico y tamsulosina.

Ingresa derivado de hospital rural por cuadro de dolor abdominal en epigastrio, asociado a vómitos y diarrea de 10 días de evolución. Al examen físico presentaba abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda y defensa abdominal.

En laboratorio inicial se destacaba leucocitosis ($12.200/\text{mm}^3$) y elevación marcada de amilasa (1599 U/L). Se diagnostica pancreatitis aguda, con scores de gravedad compatibles con pancreatitis grave, por lo que ingresa a unidad de cuidados intensivos.

La tomografía computada evidenció pancreatitis aguda necrotizante con compromiso del cuerpo pancreático y colecciones peripancreáticas. Durante la internación, el paciente presentó episodios de bacteriemia (con rescate de *Escherichia coli* y posteriormente *Klebsiella pneumoniae* en hemocultivos), interpretados como secundarios a necrosis pancreática infectada, requiriendo tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

El cuadro clínico evoluciona con desarrollo de colecciones peripancreáticas y pseudoquiste pancreático, manejados de forma conservadora con soporte nutricional enteral y tratamiento médico.

Tras mejoría clínica, con adecuada respuesta a tratamiento antibiótico y evaluado por cirugía para colecistectomía programada, el paciente fue dado de alta.

Sin embargo, reingresa 5 días después por episodios de melena, síncope e inestabilidad hemodinámica, evidenciándose anemia severa ($\text{Hb } 7,2 \text{ g/dL}$). Se transfunde 1 UGR y se solicita interconsulta con Gastroenterología para estudio endoscópico urgente ante sospecha de hemorragia digestiva alta, por lo que se piensan diagnósticos diferenciales como úlceras por estrés sangrantes, hemosuccus pancreaticus o ruptura de varices gástricas.

Ese mismo día se realiza una videoendoscopia digestiva alta (VEDA) de urgencia, sin identificar sitio claro de sangrado, pero en la misma se observa

engrosamiento en cuerpo gástrico sin poder descartarse varices gástricas, por lo que se solicita realizar estudios de imágenes con contraste endovenoso.

El paciente evoluciona favorablemente, sin signos de nuevo sangrado, transfundiéndose hasta ese momento 3 unidades de glóbulos rojos (UGR) y sin presentar nuevos episodios de melena.

El día siguiente se realiza angiotomografía computada de abdomen y pelvis en busca de compromiso esplénico y/o portal. En dicho estudio no se informan signos de trombosis de vena esplénica ni de vena porta, y no evidencian alteraciones morfológicas de la arteria esplénica.

Se prosigue a realizar videocolonoscopia en donde se informan restos de sangrado en colon derecho y transversal, sin signos de sangrado activo, por lo que se decide derivación a hemodinamia para angiografía, en donde se evidencia pseudoaneurisma de arteria esplénica sin comprobar pérdida de contraste al momento del estudio. (Figura 1)

El paciente regresa al nosocomio, donde se transfunde 1 UGR, con mejoría clínica y sin presentar signos de sangrado activo.

En las 24 horas posteriores, el paciente intercorre con inestabilidad hemodinámica y hematoquecia por lo que se decide derivar a hemodinamia. Allí se realiza angiografía abdominal la cual informa pérdida de contraste en ángulo esplénico de colon (Figura 2) en relación con fistulización y ruptura de pseudoaneurisma esplénico. Se realizó embolización endovascular con control del sangrado. (Figura 3).

Luego del procedimiento el paciente presenta registros subfebriles, para lo cual se toman hemocultivos y urocultivo, siendo ambos negativos. Cumple

tratamiento antibiótico empírico por 7 días, sin presentar nuevos episodios febriles ni de sangrado, por lo que se otorga alta hospitalaria con posterior control por Clínica Médica y Gastroenterología.

DISCUSION

La aparición de complicaciones vasculares en el contexto de una pancreatitis aguda necrotizante representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Entre ellas, los pseudoaneurismas viscerales constituyen una entidad infrecuente, pero con alta tasa de mortalidad en casos de ruptura, alcanzando valores que superan el 40%. (4,5,6)

La fisiopatología se relaciona con la acción proteolítica de las enzimas pancreáticas sobre la pared vascular, generando debilitamiento estructural y posterior formación de pseudoaneurismas. La arteria esplénica es el vaso más frecuentemente comprometido, seguida por las arterias gastroduodenal y pancreatoduodenal. (5,6)

En el caso de nuestro paciente, esta malformación también fue favorecida por la distorsión anatómica generada por el pseudoquiste pancreático, comprometiendo principalmente la circulación esplénica y portal. La necrosis pancreática y la infección local actuaron como factores predisponentes adicionales. (2,7)

La presentación clínica es variable, pudiendo manifestarse como hemorragia digestiva alta o baja, hemoperitoneo o sangrado retroperitoneal. (3,4) En particular, la formación de fístulas arterioentéricas constituye una forma poco frecuente, que puede dificultar la localización del sangrado mediante estudios endoscópicos convencionales, como ocurrió en este caso. (3)

En este contexto, la angiografía adquiere un rol fundamental, permitiendo tanto el diagnóstico como el tratamiento.⁽⁸⁾ La embolización endovascular se ha consolidado como la estrategia de primera línea, con altas tasas de éxito y menor morbilidad en comparación con la cirugía abierta convencional.⁽⁹⁾

Este caso resalta la importancia de considerar etiologías vasculares en pacientes con pancreatitis complicada que presentan hemorragia digestiva sin causa evidente, especialmente cuando los estudios diagnósticos iniciales son negativos.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIÓN

Los pseudoaneurismas esplénicos constituyen una complicación infrecuente pero grave de la pancreatitis aguda necrotizante. Su ruptura o fistulización puede manifestarse como hemorragia digestiva de difícil diagnóstico.

Ante la sospecha clínica, la angiografía debe ser considerada de forma precoz, dado su valor diagnóstico y terapéutico.

El tratamiento endovascular mediante embolización representa la opción de elección en la mayoría de los casos.