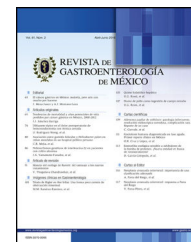




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Trombosis espontánea de un pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal manifestado como una lesión subepitelial

Spontaneous thrombosis of a gastroduodenal artery pseudoaneurysm manifesting as a subepithelial lesion

Un hombre de 54 años de edad, con un historial de alcoholismo, desgaste muscular y hospitalización reciente debido a una pancreatitis alcohólica aguda, se presentó a la sala de urgencias con dolor epigástrico y vómito. El examen clínico y las pruebas de laboratorio fueron normales. Se realizó una endoscopia alta que reveló una lesión tubular de 30 mm en el límite superior del bulbo duodenal, encubierto con mucosa normal, indicativa de una lesión vascular (fig. 1 A y B). Una tomografía computarizada identificó una masa predominantemente sólida y heterogénea, entre el duodeno y la cabeza

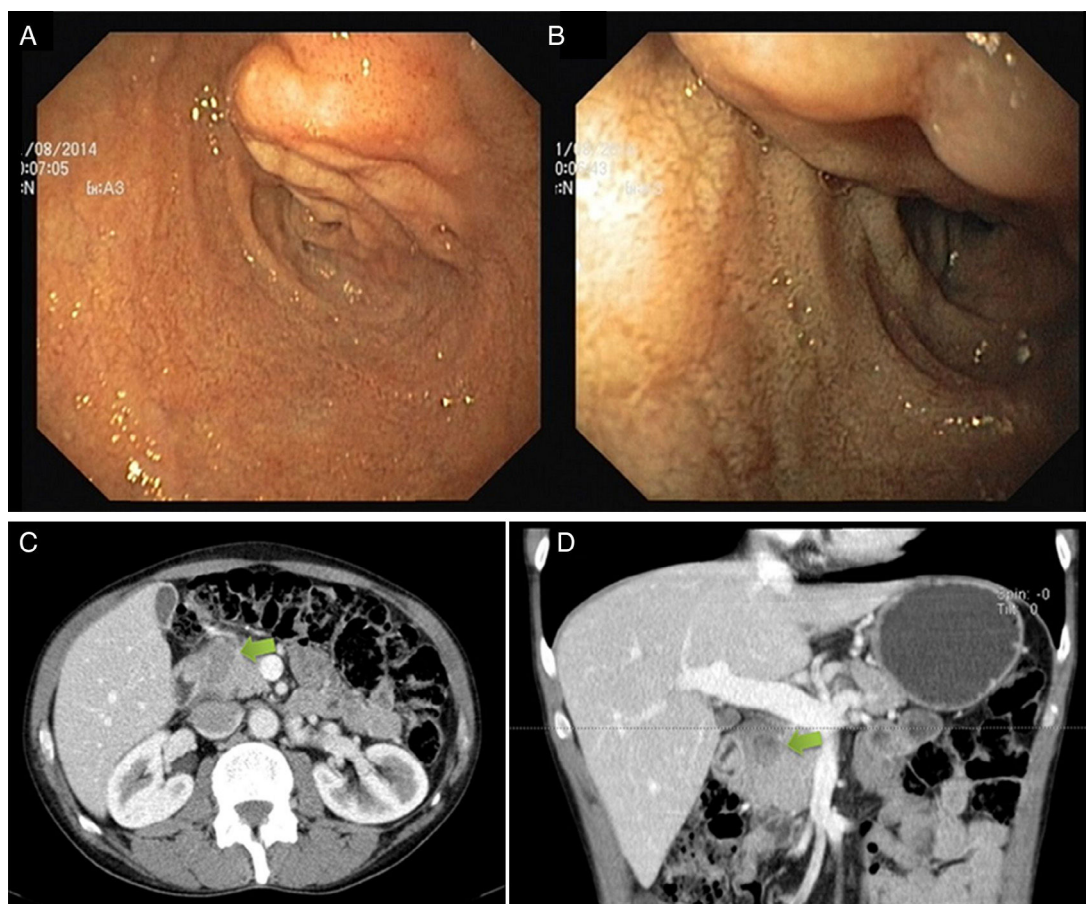


Figura 1 A y B) Endoscopia alta mostrando la lesión tubular, indicativa de daño vascular, en el límite superior del bulbo duodenal. C y D) TC revelando una masa sólida y heterogénea, entre el duodeno y la cabeza pancreática, con límites indefinidos y sin captación de medio de contraste.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.02.006>

0375-0906/© 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Gião Antunes A, et al. Trombosis espontánea de un pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal manifestado como una lesión subepitelial. Revista de Gastroenterología de México. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.02.006>

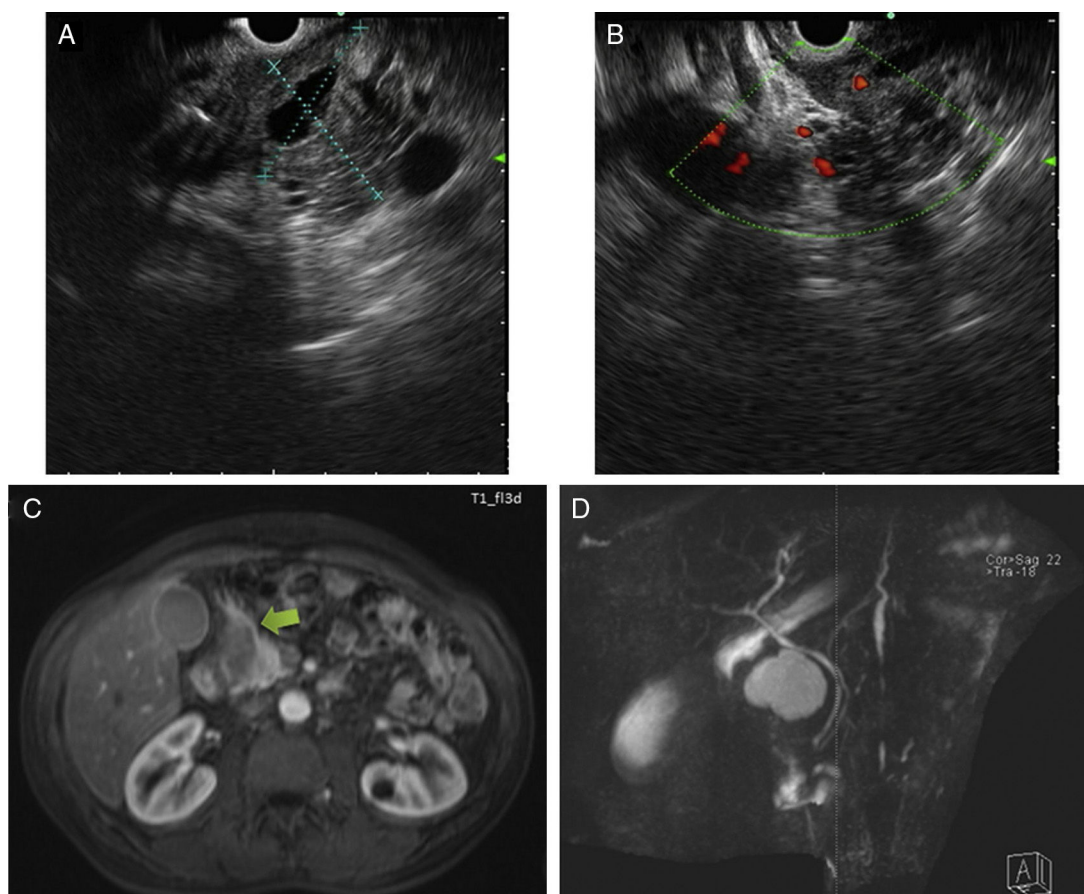


Figura 2 A y B) El ultrasonido endoscópico definió una lesión en gran parte hipoeoica, con algunas áreas anecoicas y límites poco definidos. El ultrasonido Doppler a color fue negativo para flujo vascular. C y D) La imagenología por resonancia magnética muestra una lesión hiperintensa espontánea en T1 y T2 en proximidad de la arteria gastroduodenal, sin captación después de la administración de gadolinio. No se observó comunicación con el ducto biliar común o el ducto pancreático.

pancreática, midiendo 40×15 mm, con límites indefinidos, que no presentaban captación de contraste (fig. 1 C y D). El ultrasonido endoscópico confirmó la locación extrapancreática. La prueba de ultrasonido Doppler a color fue negativa para flujo vascular, pero no se obtuvo más información (fig. 2 A y B). Dos semanas después, la imagenología por resonancia magnética describió una lesión espontánea hiperintensa en T1 y T2 en la proximidad de la arteria gastroduodenal, la cual no mostró captación después de la administración de gadolinio (figs. 2 C y D). Los rasgos de la imagenología eran indicativos de un pseudoaneurisma trombosado de la arteria gastroduodenal. El paciente se rehusó al seguimiento clínico y continuó consumo excesivo de alcohol.

Los aneurismas de las arterias viscerales ocurren en hasta un 5% de los pacientes con pancreatitis aguda o crónica (gastroduodenal: 10-15%) y se asocian con una tasa de mortalidad del 25 al 50%^{1,2}.

Se han descrito 2 tipos de aneurismas: aneurismas verdaderos, los cuales se generan cuando el proceso inflamatorio causa la digestión parcial de la pared arterial, y los pseudoaneurismas, cuando las enzimas pancreáticas de un pseudoquiste erosionan una arteria adjunta llevando a un sangrado (nuestro caso).

La presentación clínica más común es el sangrado gastrointestinal secundario a la rotura (52%), seguido de dolor abdominal (46%). La tasa de mortalidad en el marco de rotura es de aproximadamente 40% y, de acuerdo con la literatura médica, la trombosis espontánea es una de las presentaciones clínicas menos frecuentes de pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal³⁻⁵. El patrón de referencia para el diagnóstico sigue siendo la angiografía visceral. El uso de métodos alternativos con buena sensibilidad, como la tomografía computarizada, la imagen por resonancia magnética y el ultrasonido endoscópico, ya se ha reportado³.

La trombosis espontánea es un evento impredecible y previamente reportado en asociación con los factores que disminuyen el flujo sanguíneo e incrementan la coagulación, como la hipotensión, la deshidratación, el vasoespasmo, el daño local a la pared arterial y las malignidades ocultas⁴⁻⁷. Sin embargo, dada la alta tasa de mortalidad, los médicos no deben de esperar a que esto suceda. La reparación endovascular con una bobina de embolización o con la colocación de stent es actualmente el tratamiento de primera línea. La cirugía se reserva para los pacientes con reparación endovascular fallida o que presentan inestabilidad hemodinámica^{3,8-10}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Stabile BE, Wilson SE, Debas HT. Reduced mortality from bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms caused by pancreatitis. *Arch Surg.* 1983;118:45–51.
2. Zyromski NJ, Vieira C, Stecker M, et al. Improved outcomes in postoperative and pancreatitis-related visceral pseudoaneurysms. *J Gastrointest Surg.* 2007;11:50–5.
3. Habbib N, Hassan S, Abdou R, et al. Gastroduodenal artery aneurysm, diagnosis, clinical presentation and management: A concise review. *Ann Surg Innov Res.* 2013;7:4.
4. Vanlangenhove P, Defreyne L, Kunnen M. Spontaneous thrombosis of a pseudoaneurysm complicating pancreatitis. *Abdom Imaging.* 1999;24:491–3.
5. De Ronde T, van Beers B, de Canniere L, et al. Thrombosis of splenic artery pseudoaneurysm complicating pancreatitis. *Gut.* 1993;34:1271–3.
6. Mandel SR, Jaques PF, Sanofsky S, et al. Nonoperative management of peripancreatic arterial aneurysms: A 10-year experience. *Ann Surg.* 1987;205:126–8.
7. Larson PA, Lipchik EO, Adams MB. Development and regression of visceral artery aneurysms following liver transplantation: Case report. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1988;11:75–8.
8. Grotemeyer D, Duran M, Park EJ, et al. Visceral artery aneurysms-follow-up of 23 patients with 31 aneurysms after surgical or interventional therapy. *Langenbeck's archives Surg Deutsche Gesellschaft fur Chirurgie.* 2009;394:1093–100.
9. Kasirajan K, Greenberg RK, Clair D, et al. Endovascular management of visceral artery aneurysm. *J Endovasc Ther Offic J Inter Soc Endovasc Specialists.* 2001;8:150–5.
10. Sessa C, Tinelli G, Porcu P, et al. Treatment of visceral artery aneurysms: Description of a retrospective series of 42 aneurysms in 34 patients. *Ann Vasc Surg.* 2004;18:695–703.

A. Gião Antunes*, B. Peixe y H. Guerreiro

Departamento de Gastroenterología, Centro Hospitalar do Algarve, EPE, Faro, Faro, Portugal

*Autor para correspondencia. Departamento de Gastroenterología, Centro Hospitalar do Algarve, EPE; Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro, Portugal. Teléfono: 00351968220961.

Correo electrónico: sergiogiao@hotmail.com

(A. Gião Antunes).