

Sangrado de tubo digestivo secundario a aneurisma de la arteria hepática



Gastrointestinal bleeding secondary to a hepatic artery aneurysm

El aneurisma de la arteria hepática (AAH) se considera el segundo más frecuente de los aneurismas viscerales, sin embargo, su prevalencia es muy baja¹, se estima en 0.002–0.4%²; se presentan más comúnmente en hombres (relación 2:1) y con predominio en la sexta década de la vida³. Entre las etiologías se encuentran la aterosclerótica (aproximadamente el 30% de los casos), displasia fibromuscular, traumática, infecciosa e iatrogénica⁴. Con respecto a esta última, una de las complicaciones poco frecuentes de las colecistectomías laparoscópicas es la presencia de pseudoaneurismas de la arteria hepática y/o cística, clínicamente se manifiestan con hemorragia gastrointestinal semanas posteriores al procedimiento, la mayoría de los pacientes presentan hemobilia (85.1%) con la arteria hepática como fuente en el 88.1%, seguida de la arteria cística en el 7.9% y una combinación de ambas en el 4.0%, con una tasa de mortalidad del 2.0%⁵.

Con respecto a los AAH, la mayoría cursa asintomáticos, no obstante, cuando son sintomáticos se presentan con dolor abdominal, sangrado gastrointestinal y/o ictericia⁶. Estos se relacionan con una rotura del 14% y una mortalidad, cuando presentan rotura, del 40%.

El diagnóstico se puede realizar con métodos de imagen en los cuales se identifique la presencia de flujo en la lesión como en la tomografía contrastada, sin embargo, la angiografía por sustracción se considera el estándar de oro⁷.

En el pasado, el tratamiento quirúrgico se consideraba la opción más segura y efectiva. Con el avance de la tecnología, la mayoría de estos aneurismas son tratados con angiografía seguida de la implantación de *stents*³.

Se presenta el caso de una paciente de 21 años remitida del segundo nivel de atención, con antecedente de colecistectomía laparoscópica en septiembre del 2023 debido a coledocolitiasis, niega algún otro antecedente, así como el uso de algún fármaco. Inicia el padecimiento en febrero del 2024 con la presencia de hematemesis y hematoculia acompañado de dolor abdominal de forma intermitente. Acude a atención médica para la valoración y se decide su hospitalización; por la sintomatología presentada se realiza una endoscopia el 09 de febrero de 2024 donde se identifica una gastropatía erosiva sin presencia de sangrado, posteriormente permanece asintomática y se egresa a su domicilio. Días después, reincide con la presencia de sangrado, acude a hospitalización y se procede a efectuar otra endoscopia el día 23 de febrero de 2024 en la cual se observa la presencia de sangrado en la papila mayor del duodeno; se efectúa una hemostasis exitosa con adrenalina, además de una toma de biopsia y se cita 48 horas después a una nueva endoscopia; se procede a su realización sin evidencia de sangrado. Se programa para llevar a cabo una colonoscopia para continuar con el abordaje por la presencia de hematoculia. Durante la preparación para el procedimiento presenta abundante

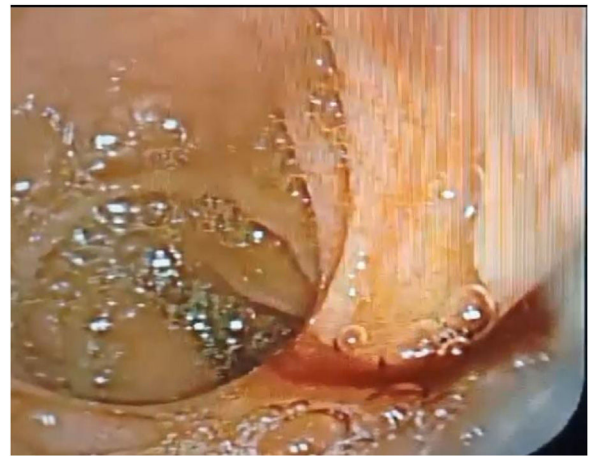


Figura 1 Endoscopia a nivel de duodeno con presencia de hemobilia activa.

melena, motivo por el cual se decide su realización con evidencia de restos hemáticos, sin presencia de sangrado activo. Se efectúa una endoscopia superior con sangrado a nivel del sitio de la toma de biopsia de la endoscopia previa, se procede a la hemostasia de forma exitosa y se remite a su unidad de segundo nivel donde, a las pocas horas, inicia con hematemesis y hematoculia. El día 05 de marzo de 2024 se trasfiere a nuestra unidad y se lleva a cabo una endoscopia con presencia de hemobilia activa (fig. 1).

La paciente ingresa a hospitalización, donde permanece sin sangrado a ningún nivel, el día 06 de marzo de 2024 con presencia de hematemesis y hematoculia abundantes. Se procede al manejo con líquidos intravenosos, a pesar de esto, cursa con deterioro hemodinámico con presión arterial media (PAM) de 62 mmHg y frecuencia cardíaca de 123 latidos por minuto (lpm). Debido a esto, se inicia una trasfusión de concentrados eritrocitarios y se realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en donde se observa la presencia de abundantes coágulos en el ámpula de Váter y sangrado activo. Se implanta un *stent* en el colédoco y se efectúa una angiografía urgente donde se identifica una imagen redondeada de 11x14x15 en la arteria hepática derecha sugerente de aneurisma.

Se interconsulta al servicio de Angiología para efectuar una angioembolización, la paciente se traslada a la sala de procedimiento y, bajo anestesia general, se procede a la realización de la angiografía con sustracción digital, donde se detecta un aneurisma de la arteria hepática derecha y una fístula arterioiliar con posterior angioembolización de urgencia, además de implante de *stent* en el sitio del aneurisma, resultando exitoso y sin complicaciones. Se egresa a terapia intensiva, después de dos días se trasfiere a piso de Gastroenterología y se mantiene en observación, a la semana de la hospitalización no se observa la presencia de sangrado, permanece clínicamente estable y se decide su egreso hospitalario.

La paciente se revalora un mes posterior, encontrándose hemodinámicamente estable sin presencia de sangrado a ningún nivel y sin descenso en las cifras de hemoglobina.

Conclusión

La relevancia del caso se encuentra en la poca frecuencia y la alta mortalidad que existe en pacientes con retraso diagnóstico. Esta entidad es poco conocida, motivo por el cual se debe hacer difusión para la identificación temprana y tratamiento oportuno debido a que impacta de manera directa en el pronóstico de los pacientes.

Responsabilidades éticas

En esta investigación no se realizaron estudios en animales o humanos.

En este caso se cuidó el anonimato de todos los datos registrados, no se encuentran nombres ni iniciales de la paciente en cuestión.

Se obtuvo el consentimiento informado por parte de la paciente implicada en el caso clínico, para la publicación de este.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Gossili F, Zacho HD. Giant hepatic artery aneurysm. *Diagnostics*. 2019;9:53, <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics9020053>.
- Haghighatkhah H, Sanei Taheri M, Kharazi SM, et al. Hepatic artery aneurysms as a rare but important cause of abdominal pain; a case series. *Arch Acad Emerg Med*. 2019;7:e25.

- Rosenberg A, Trebska-McGowan K, Reichman T, et al. Management of hepatic artery aneurysm: A case series. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2020;24:333–8, <http://dx.doi.org/10.14701/ahbps.2020.24.3.333>.
- Amato B, Patrone R, Quarto G, et al. Surgical treatment for common hepatic aneurysm. Original one-step technique. *Open Med (Wars)*. 2020;15:898–904, <http://dx.doi.org/10.1515/med-2020-0104>.
- Ahmed M, Fontecha C, Atchison M, et al. Post-cholecystectomy hepatic artery pseudoaneurysm rupture. *Cureus*. 2021;13:e18223, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.18223>.
- Alonso-Lamberti Rizo L, Bustamante Recueno C, Cuesta Pérez J, et al. Upper gastrointestinal bleeding due to hepatic artery aneurysm: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2020;74:230–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.08.045>.
- De Ruiter-Derksen GL, Bruijnen RGC, Joosten F, et al. Endovascular treatment of a hepatic artery aneurysm causing chronic abdominal pain; a case report. *Ann Hepatol*. 2010;9:104–6.

K.P. Rodríguez-Arellano*, F.A. Solís-Galindo
y M. Sesatty-Flores

Departamento de Medicina Interna, Unidad Médica de Alta Especialidad número 71, Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón, México

* Autor para correspondencia. Departamento de Medicina Interna, Unidad Médica de Alta Especialidad número 71, Instituto Mexicano del Seguro Social, Blvd Revolución 2650 oriente, Torreón Jardín, 27000 Torreón, Coahuila, México.
Correo electrónico:

Karenpaola.rodriguezarellano@gmail.com
(K.P. Rodríguez-Arellano).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.07.005>

0375-0906/ © 2024 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/>).

Terapia de vacío endoluminal para el manejo de mediastinitis aguda posterior a esofagogastrectomía: reporte de caso en paciente con adenocarcinoma esofágico



Endoluminal vacuum therapy for the management of acute mediastinitis following esophagogastrectomy: Case report of a patient with esophageal adenocarcinoma

La mediastinitis se define como la inflamación aguda o crónica de las estructuras mediastínicas. Se presenta con una baja incidencia en general. La causa aguda más frecuente es la postesternotomía derivada de la cirugía cardíaca de revascularización, con una incidencia del 0.4-5%. Sin embargo, por el aumento de exploraciones endoscópicas e instrumentaciones quirúrgicas en el esófago; la perforación esofágica, anteriormente reconocida como la segunda causa de mediastinitis aguda, se acerca a un margen de incidencia

similar e *in crescendo*. La mediastinitis necrosante descendente es la tercera causa, siendo el foco odontógeno en la mayoría de los casos el origen¹.

En pacientes con adenocarcinoma esofágico, la terapia trimodal de quimiorradiación neoadyuvante seguida de esofagogastrectomía; se ha asociado con una mayor tasa de supervivencia². No obstante, su carga de morbilidad postoperatoria es alta (30-60%) y complicaciones como la dehiscencia de anastomosis esofagogástrica o fugas secundarias a la perforación esofágica ocurren de forma variable entre 3 y 13% de los pacientes³. La complicación asociada más temida es la mediastinitis, cuya mortalidad en este tipo de casos es superior al 40%⁴. En la literatura se han descrito ciertos factores predictivos de este tipo de complicaciones, en su mayoría estos se relacionan con la vascularización del tubo gástrico, entre estos destacan, enfermedades de compromiso cardiovascular como la diabetes y la insuficiencia renal, también influye el tabaquismo activo, el uso de corticosteroides, el volumen de experiencia del centro para la esofagectomía, los episodios hipotensivos intraoperatorios, la pérdida de sangre intraoperatoria y el sitio de la anastomosis cervical vs. torácica⁵.