

La importancia de ser médico y radiólogo antes de radiólogo intervencionista

How important is being a physician and radiologist before being an interventional radiologist

Bosch J^{a*}, Sánchez-Ballestín M^a, Dotti D^a, Aguilar JF^b

^a Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa. Zaragoza

^b Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Universidad de El Salvador. San Salvador. El Salvador

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

HISTORIA DEL ARTÍCULO

Recibido: 9 de mayo de 2017

Aceptado: 20 de agosto de 2017

Disponible *online*: 6 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Pancreatitis aguda
Pseudoaneurisma
Drenaje de colecciones

KEYWORDS

Acute pancreatitis
Pseudoaneurysm
Collection drainage

| RESUMEN

Se presenta un caso referido a nuestra unidad de intervencionismo para drenaje de una colección en el contexto de pancreatitis aguda. Exponemos cómo realizamos la valoración del mismo, decidiendo no indicar inicialmente dicha intervención, y por qué indicamos previamente una arteriografía.

| ABSTRACT

We present a case submitted to our service for percutaneous fluid collection drain in the setting of acute pancreatitis. We explain why in this case, during pre-interventional assessment, we decided to contraindicate initially the drain and proposed angiographic valuation.

| CASO CLÍNICO

Paciente varón de 51 años de edad que acude a urgencias aquejando dolor abdominal, más intenso en flanco derecho. Afebril y normotenso. Refiere vómitos y diarrea autolimitados desde hace 1 mes y medio, así como episodios de dolor abdominal que se han intensificado. A la exploración destaca importante distensión, ausencia de peristaltismo y signos de irritación peritoneal con dolor en hemiabdomen derecho. Asocia leucocitosis, amilasemia de 2000 y PCR > 5. Se realiza CT que muestra signos de proceso inflamatorio que afecta hemicolon derecho, duodeno y cabeza pancreática, sin poder descartar proceso neoplásico subyacente en colon ascendente con afectación peritoneal.

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: jboschm@gmail.com (Bosch J)

Se realiza laparoscopia urgente ante el cuadro de abdomen agudo y para esclarecer los diagnósticos diferenciales realizados en Urgencias: cuadro agudo de origen apendicular o similar, estenosis ileal en contexto de EII o infecciosa, pancreatitis complicada, etc. Hallazgos: ascitis, focos de esteatonecrosis en raíz de mesenterio, edema reactivo a nivel de vesícula, apéndice, ID y colon, sin apreciar proceso neoplásico. Se toman muestras de líquido ascítico y 2 biopsias de lesiones peritoneales milimétricas en Douglas y pared de FID, siendo los resultados compatibles con tejido inflamatorio reactivo y negativos para neoplasia (presencia de proteínas, células inflamatorias, amilasa 53 615 U/l).

Con diagnóstico de pancreatitis aguda se inicia NPT durante el postoperatorio inmediato y se solicita TC por fiebre persistente a pesar de antibioterapia, que se informa de proceso inflamatorio complejo a nivel de cabeza pancreática, surco y proceso uncinado, así como presencia de ileo y líquido peritoneal, de predominio en saco menor, donde presenta densidad heterogénea (Fig. 1).



Figura 1. Tomografía computarizada del paciente

Con diagnóstico de colección sintomática refractaria a tratamiento antibiótico a nivel de saco menor se solicita drenaje percutáneo a Radiología Intervencionista.

Al valorar el caso en nuestra Unidad, apreciamos colección líquida con áreas de mayor densidad, que en este contexto y con los antecedentes descritos nos sugiere posible hematoma en saco menor (Fig. 2); además, las reconstrucciones muestran probable nivel hematocrito. Valorando las imágenes de la TC de la cabeza pancreática apreciamos imagen hiperdensa (180 HUH) en cabeza pancreática compatible con pseudoaneurisma, lo que explicaría la colección hemática en saco menor (Fig. 3).

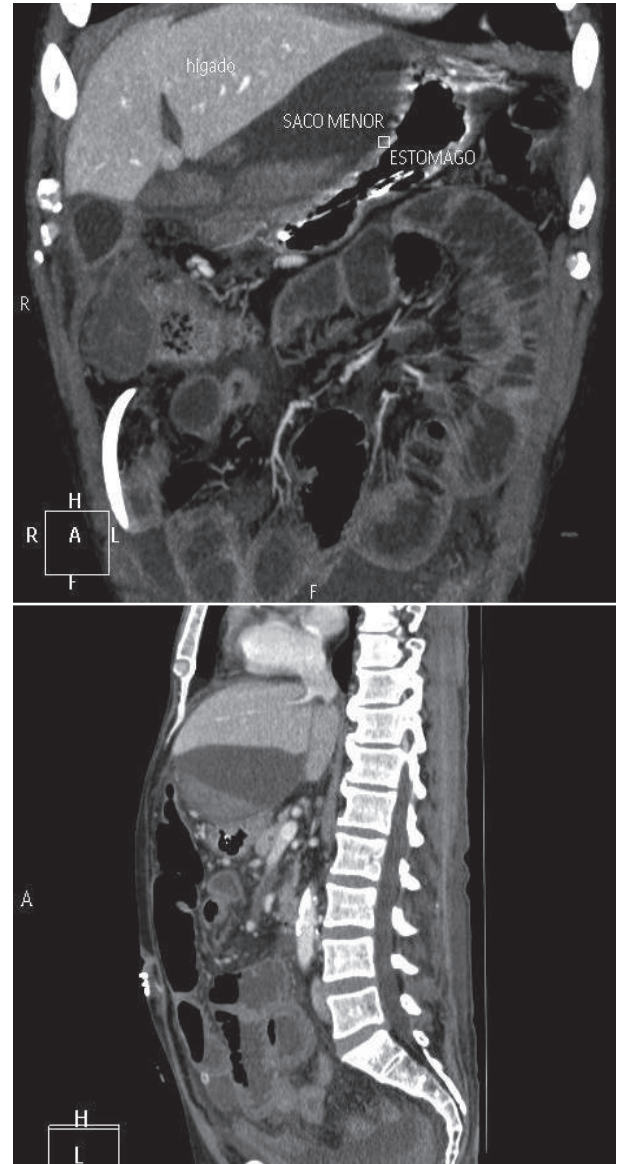


Figura 2. Se aprecia colección líquida con áreas de mayor densidad

Ante la presencia de una probable colección hemática secundaria a un pseudoaneurisma en cabeza pancreática no tratado, comentamos el caso con Cirugía y con el paciente, decidiéndose arteriografía previa al drenaje. La arteriografía confirma pseudoaneurisma en cabeza pancreática dependiente de pequeñas ramas de arteria gastroduodenal, sin poderse individualizar. Se descarta participación de ramas distales a la porción proximal-ventral de la AGD antes de la embolización con técnica sándwich (distal y proximal) de dicho tramo del vaso (Fig. 4). Se utilizan varios *microcoils* Concerto™ (Covidien-ev3. Dublín. Irlanda) de 4-8 mm de diámetro para ocluir la primera porción (vertical) de la AGD, comprobando en el control angiográfico que no se opacifica el pseudoaneurisma (Fig. 5).

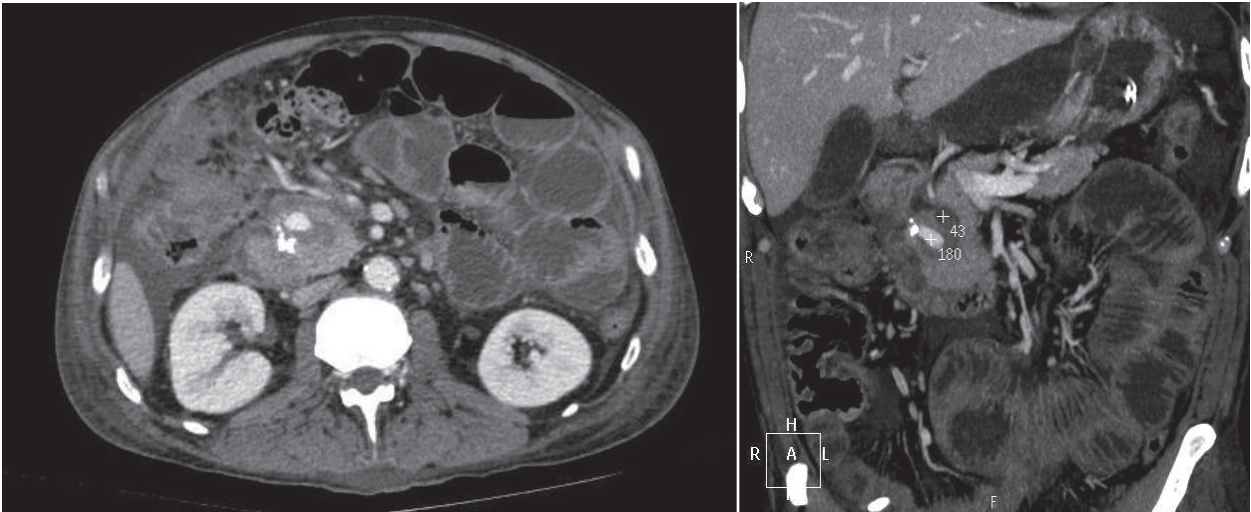


Figura 3. Tomografía computarizada de la cabeza pancreática

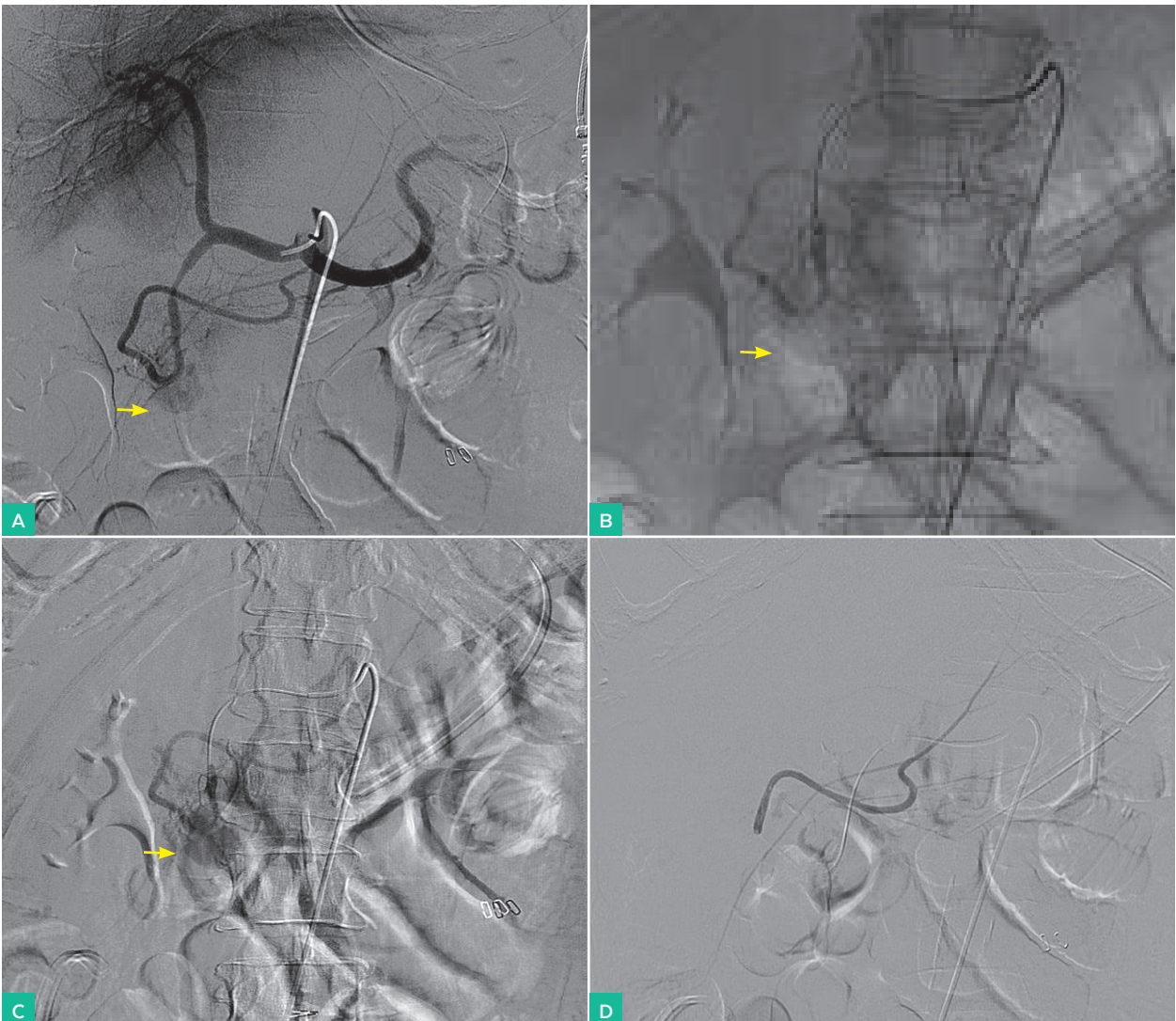


Figura 4. Arteriografía del paciente donde se confirma pseudoaneurisma en cabeza pancreática

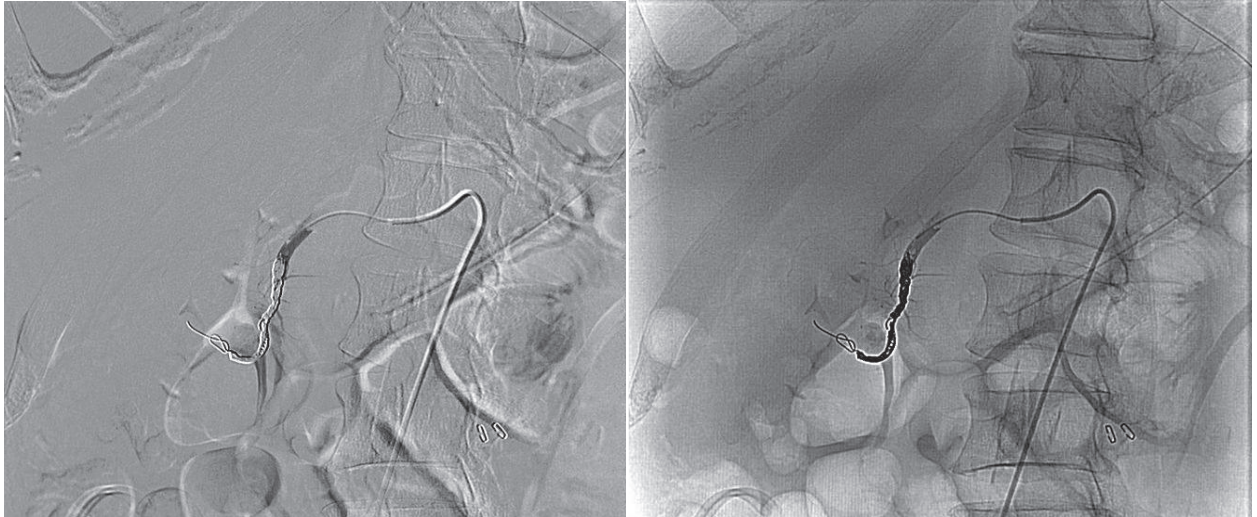


Figura 5. Oclusión mediante microcoils de la primera porción (vertical) de la AGD

Tras la embolización se realiza drenaje de la colección en saco menor bajo control ecográfico y fluoroscópico, se implanta catéter *pigtail* 12 Fr (Fig. 6).

La evolución fue satisfactoria permitiendo retirada temprana de la NPT, antibioterapia y drenaje, siendo dado de alta 15 días después del tratamiento percutáneo.

| CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

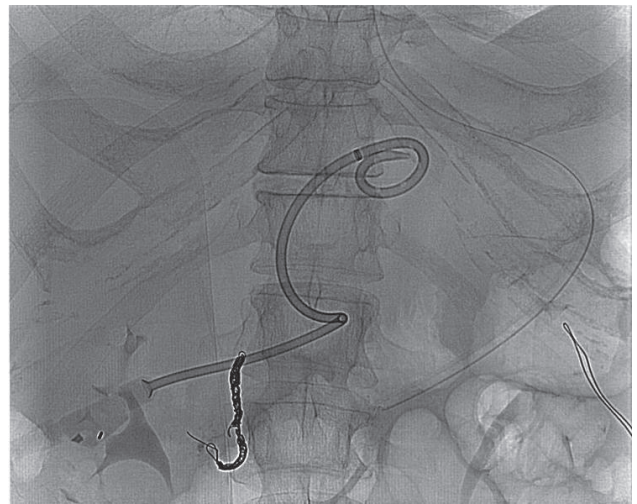


Figura 6. Drenaje de la colección en saco menor mediante catéter *pigtail*