



## Hemosuccus Pancreaticus

### o Pancreatitis Hemoductal

C.H. MORALES, MD, SCC.

**Palabras claves:** Hemosuccus pancreaticus, Wirsungorrhagia, Pancreatitis hemoductal, Hemorragia del tracto digestivo superior.

*Se presenta un caso de ruptura de un aneurisma de la arteria esplénica en comunicación con el conducto pancreático principal, con sangrado gastrointestinal superior recurrente. Se revisan los casos informados en la literatura. La localización de la arteria esplénica la hace especialmente vulnerable a formación de aneurisma en pacientes con pancreatitis.*

*Se practicó pancreatectomía de cuerpo y cola y esplenectomía, y los episodios de sangrado remitieron.*

#### INTRODUCCION

El sangrado a través del conducto pancreático es una causa rara de hemorragia del tracto digestivo superior. En 1970, Sandblom (1) informó los primeros casos e introdujo el término *hemosuccus pancreaticus* para su denominación; Longmire y Rose en 1973 (2) sugirieron el término de pancreatitis hemoductal y Frayssinet (3) en 1978 llamó a esta entidad wirsungorrhagia.

En este artículo se describe el caso de un paciente con una larga historia de sangrado gastrointestinal con diagnóstico preoperatorio de *hemosuccus pancreaticus*, a quien se le practicó pancreatectomía de cuerpo y cola con excelente resultado. Se presenta además una revisión de la literatura.

#### PRESENTACION DEL CASO

G.E.G. hombre de 40 años sin antecedente de ingesta crónica de alcohol ni de enfermedad acidopéptica, con historia reciente de anemia ferropénica investigada 6 meses antes de su ingreso hospitalario sin haber logrado un diagnóstico etiológico. Se internó en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín por primera vez en agosto de 1990 por

presentar dolor epigástrico tipo cólico y melenas; se le practicó endoscopia digestiva superior que no reveló sitio de sangrado. En una radiografía simple de abdomen se demostraron calcificaciones en la topografía del páncreas. En la TAC se visualizaron calcificaciones pancreáticas múltiples y dilatación ductal. Se hizo tratamiento médico, con mejoría.

En enero de 1991 presentó varios episodios de dolor súbito en el epigastrio, y hematemesis con caída de la hemoglobina en 2 a 3 gr% cada vez. Se tomaron endoscopias repetidas, gamagrafías con <sup>99m</sup>Tc Fitato y glóbulos rojos marcados; arteriografías del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior sin demostrar el sitio del sangrado. Un endoscopista describió el 26 de enero de 1991 una pequeña lesión ulcerosa en el bulbo duodenal por lo cual se practicó vagotomía troncular y piloroplastia, pero no se evidenció la lesión descrita en la endoscopia. El paciente continuó con cólicos y sangrado digestivo episódico que obligó a múltiples transfusiones.

El 1 de abril de 1991 se practicó una nueva arteriografía del tronco celíaco y de la arteria esplénica selectiva que mostró fases arteriales normales y en la fase venosa se vieron grandes várices que ocupaban el territorio de la vena esplénica la cual estaba trombosada; se observó esplenomegalia y enormes colaterales hacia la vena porta. (Fig. 1). Un nuevo estudio con radionúclidos demostró hipercaptación (sitio de sangrado anormal) en nivel de la segunda porción del duodeno.

Se practicó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), se visualizó la papila normal por la que manaba sangre rutilante, con evidente dilatación del conducto pancreático que presentaba saculaciones. Con diagnóstico presuntivo de *hemosuccus pancreaticus* se llevó a cirugía el 6 de abril de 1991; se encontró esplenomegalia, várices gastroepiploicas, trombosis de la vena esplénica y un aneurisma de la arteria esplénica en nivel del cuerpo del páncreas que se comunicaba con el conducto pancreático principal.

Se practicó esplenectomía y pancreatectomía de cuerpo y cola (Fig. 2). El posoperatorio cursó sin complicaciones, y

*Doctor Carlos Hernando Morales Uribe, Prof. Asist. del Dpto. de Cirug. Fac. de Med. Univ. de Antioquia, Cirujano HUSVP, Medellín, Colombia.*

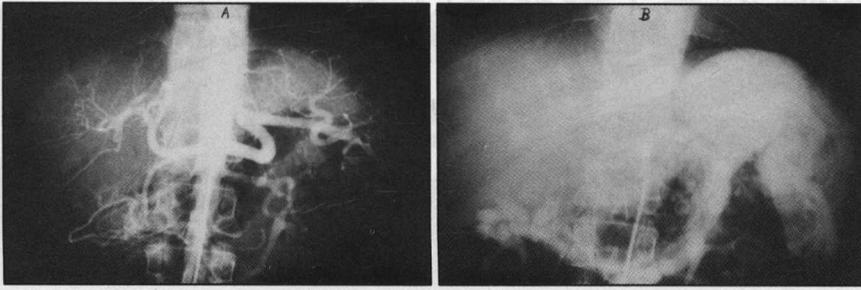


Fig. 1. Arteriografía del tronco celiaco normal (A). En la fase venosa se observa trombosis de la vena esplénica, esplenomegalia y várices (B).

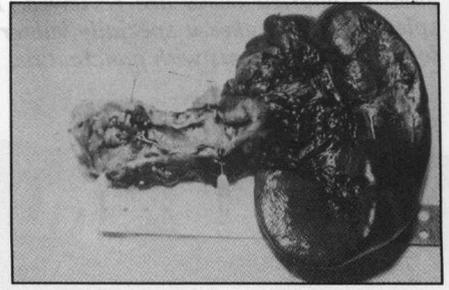


Fig. 2. Espécimen quirúrgico de la pancreatocotomía de cuerpo y cola y esplenectomía.

10 meses después el paciente se encuentra en buenas condiciones, no ha vuelto a sangrar, no requiere insulina ni suplementos enzimáticos.

## PATOLOGIA

El espécimen quirúrgico consiste en el bazo y páncreas distal con un conducto muy dilatado y cálculos en su interior. No había dilatación macroscópica en la arteria pero tenía una comunicación con el conducto pancreático.

El examen microscópico mostró pérdida de la arquitectura normal por desaparición de acinos glandulares remplazados por tejido fibroso colagenizado con infiltrado mononuclear; sólo persistían islotes de Langerhans. Se aprecia material calcáreo en los conductos. El conducto pancreático presentaba fibrosis en su pared y el epitelio estaba ulcerado, había fibrina y hemorragia en su luz y tenía comunicación a través de un conducto de paredes fibrosas con la arteria esplénica la cual presentaba aumento del espesor subintimal por proliferación del tejido fibroso, y fragmentación y duplicación de la lámina limitante interna.

## DISCUSION

El sangrado gastrointestinal masivo en pacientes con pancreatitis es raro y constituye un verdadero reto diagnóstico. En tales casos, la causa más común de hemorragia es el *hemossuccus pancreaticus* causado por un aneurisma esplénico roto al conducto pancreático (4, 5). Además de la arteria esplénica, los vasos gastroepiploicos, pancreaticoduodenales y gastroduodenales pueden romperse y producir sangrado digestivo (6). La pancreatitis, además, puede llevar a la formación de pseudoquistes o abscesos con sangrado intraquístico o intraductal (7).

Una historia de pancreatitis crónica y dolor abdominal alto asociado con sangrado gastrointestinal, deben hacer sospechar el diagnóstico de pancreatitis hemoductal.

El diagnóstico y tratamiento de pacientes con sangrado digestivo por causas no comunes, requiere la participación de endoscopista, radiólogo, médico nuclear y cirujano.

La endoscopia debe realizarse precozmente. En el caso

que aquí se presenta, el sangrado hacia la segunda porción del duodeno demostrado por radionúclidos y el sangrado a través de la papila de Vater visto durante una endoscopia, sugirieron el diagnóstico específico. Pero el diagnóstico preciso de *hemossuccus pancreaticus* se establece usualmente por angiografía (9), pero en este caso fue negativo, y el paciente continuaba sangrando activamente.

Los mecanismos de sangrado al conducto pancreático pueden ser: ruptura de un aneurisma primario de la arteria esplénica en el conducto pancreático sin pancreatitis (7) o más comunmente, secundario a pancreatitis que induce cambios inflamatorios en la arteria esplénica más frecuentemente con formación secundaria de pseudoaneurismas, eventual erosión y sangrado al conducto pancreático (4, 6).

Se ha informado esta complicación igualmente en un paciente con páncreas *divisum* (10).

Matsumoto y col (11) recopilaron 48 casos informados en la literatura, 15 de los cuales fueron por ruptura de aneurismas verdaderos.

Yokoyama y col (9) presentaron al revisar la literatura, 13 casos de sangrado gastrointestinal por fistulas entre la arteria esplénica y el conducto pancreático. La arteriografía fue el procedimiento diagnóstico definitivo en 9 de los 13 casos. Realizaron pancreatocotomía distal y esplenectomía en todos los casos excepto en un paciente en quien se practicó ligadura proximal y distal de la arteria esplénica (12). En 8 pacientes el resultado de la cirugía fue exitoso. En nuestro paciente esta intervención resolvió el problema patológico.

## AGRADECIMIENTOS

Al doctor José Iván Gómez, patólogo del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

## ABSTRACT

*A case is presented of a ruptured splenic artery aneurysm communicating with the main pancreatic duct which produced recurrent upper gastrointestinal bleeding. Pre-*

*viously reported cases are reviewed. The location of the splenic artery makes it specially vulnerable to aneurysmal formation in patients with pancreatitis.*

*A corporocaudal pancreatectomy and splenectomy was performed ending all bleeding episodes.*

## REFERENCIAS

1. Sandblom P: Gastrointestinal hemorrhage through the pancreatic duct. *Ann Surg* 1970; 171: 61-6
2. Longmire W, Rose A: Hemoductal Pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 136: 246-50
3. Le Neel J C, Leborgne J et al: Wirsungorragies des pancreatites chroniques. *J Chir (Paris)* 1984; 121 (11): 649-53
4. Lung J, Schow P, Knight L: Splenic Artery Aneurysm. Pancreatic Duct Fistula. *Am J Surg* 1980; 139: 430-2
5. Bivins B A, Sachatello Ch R, Chuang U P, Brady P: Hemosuccus Pancreaticus (Hemoductal Pancreatitis). *Arch Surg* 1978 (Jun); 113: 751-3
6. Harris R, Anderson J E, Coel M N: Aneurysms of the small Pancreatic Arteries: A cause of Upper Abdominal Pain and Intestinal Bleeding. *Radiology* 1975 (Apr); 115: 17-20
7. Cahow C E, Gusberg R J, Gottlieb L J: Gastrointestinal Hemorrhage from Pseudoaneurysms in Pancreatic Pseudocysts. *Am J Surg* 1983; 145: 534-41
8. Pissas A, Aubert H et al: Wirsungorragie par pancreatite chronique. *J Chir (Paris)* 1981; 118 (10): 587-9
9. Yokoyama I, Hashmi A et al: Wirsungorrrhagia or Hemoductal Pancreatitis: Report of a case and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1984; 79 (10): 764-8
10. Vásquez J L, Durana J A et al: Santorinorrhage: Hemosuccus Pancreaticus in Pancreas Divisum. *Am J Gastroenterol* 1988 (Aug); 83: 876-8
11. Matsumoto T, Sumiyama M, Fukami H, Sakaguchi S: A case report of hemosuccus pancreaticus caused by a ruptured splenic aneurysm. *Nippon-Geka-Gakkai-Yasshi* 1988 (Jan); 89 (1): 128-32
12. Starling J F, Crummy A B: Hemosuccus pancreaticus secondary to ruptured splenic artery aneurysm. *Dig Dis Sci* 1979; 24: 726-9