

Hemorragia digestiva baja por tumoración pancreática Estudios angiográficos selectivos y tratamiento por embolización

PALABRAS CLAVES: (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: HEMORRHAGE GASTROINTESTINAL| PANCREATIC NEOPLASMS| RADIOGRAPHY| CONTRAST MEDIA

RESUMEN

Se presenta hemorragia digestiva grave (melena) en una paciente portadora de tumoración pancreática que hace 8 años no pudo ser resecada ni biopsiada por fácil sangrado y compromiso de estructuras nobles vecinas.

Su condición general está muy deteriorada, con un cuadro de arteriosclerosis cerebral marcado.

Se comprueba la tumoración referida. Hemorragia digestiva alta es descartada. La angiografía selectiva muestra que el sangrado se produce principalmente en colon, a punto de partida tumoral.

La evaluación de la tumoración pancreática que se consideró irreseccable en exploración anterior, y la precariedad del terreno en el momento actual, se decidió no intervenir quirúrgicamente.

Se realizó la embolización arterial, y la evolución clínica fue buena.

SUMMARY

LOW GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO A PANCREATIC TUMOR. SELECTIVE ANGIOGRAPHY AND EMBOLIZATION TREATMENT.

The case of a patient with an important digestive bleeding (melena) is presented. The patient had a pancreatic tumor that eight years ago couldn't be resected or biopsied due to easy bleeding and invasion of neighbor organs. Is a poor risk patient with an important cerebral arteriosclerosis. The referred tumor is noted. A high digestive bleeding is discarded. Selective angiography shows that bleeding is originated in the large bowel, due to tumor invasion.

Considering the findings of the previous surgical exploration and the condition of the patient it was decided not to operate on, arterial embolization was performed. With good results.

RESUME

HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE PAR TUMEUR PANCREATIQUE: ETUDE ANGIOGRAPHIQUE SELECTIF ET TRAITEMENT PAR EMBOLISATION.

On présente une hémorragie digestive grave (melena) dans une malade avec une tumeur pancréatique qu'il y a 8 ans n'a pu pas être résectée ni biopsiée par hémorragie et invasion des viscères voisins. Sa condition générale est très détériorée.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de Octubre de 1982.

Prof. Adj. Interino de Semiología Quirúrgica de la Facultad de Medicina. Profs. Adjs. de Clínica Radiológica de la Facultad de Medicina.

Dirección: Av. Manuel Pérez 6088. Montevideo. (Dr.C. Pereyra Borrelli).

Dres.

CESAR PEREYRA BORRELLI, JORGE BOSCHI PAU, EDUARDO TISCORNIA.

— Departamento Quirúrgico y Radiológico del CASMU, Servicio Radiológico del Hospital Italiano.

avec un cadre d'artériosclérose cérébrale très important. On constate le tumeur. Une hémorragie digestive haute est exclue. L'angiographie sélective montre que l'hémorragie a lieu dans le colon par invasion tumorale. L'évaluation du tumeur pancréatique qui n'a pu pas être résectée antérieurement et la condition générale de la malade nous ont décidé à n'opérer. On a réalisé l'embolisation artérielle avec bons résultats.

HISTORIA CLINICA:

C.B. de II. 70 años. N.º.Reg. 485. C SMU. Ingreso: 24.5.82.

Comienza hace 3 días con melenas líquidas. En la mañana de su ingreso palidez, sudoración. No hematemesis. Veinte días antes: ingestas de fenilbutazona por lumbalgias. Diez días antes: dolor en epigastrio, pirosis, vómitos tardíos de alimentos. Transito urinario s/p. Encefalopatía por arterioesclerosis, por lo que recibe medicación vasodilatadora.

Hace 29 años: colecistectomía. Persiste cálculo residual en bacinete.

Hace 8 años: laparotomía exploradora por tumefacción de hipocondrio y flanco derechos. Se encuentra gran tumoración de 15 a 20 cm. de diámetro, de desigual consistencia, que ocupa cabeza y cuello de páncreas. Irreseccable. No se biopsia por sangrado.

Estudio por tomografía computada realizado en el Hospital Cantonal de Ginebra hace un año informa: masa poliquística de aspecto tumoral de cabeza de páncreas, relativamente bien delimitada que puede corresponder a un cistoadenoma. Presencia de una calcificación nodular en el lecho vesicular (fig. 1).



Fig. 1

Tomografía computada de abdomen. Importante masa de 20 cm. de diámetro de localización en cabeza de páncreas.

Al examen se constata: intensa palidez cutáneo mucosa. PA 80/40, pulso 100 cpm. Cicatriz de paramediana derecha y transversa de hipocondrio derecho.

En hipocondrio y flanco derechos se palpa tumoración alargada, superficie abollonada, dolorosa de 18 cm. de longitud por 12 cm. en su diámetro transversal, solidaria con los movimientos respiratorios. Se puede insinuar la mano entre ella y el borde hepático.

Mate a la percusión.

Tacto rectal: melenas.

Tratamiento de urgencia: reposición volumétrica con suero glucofisiológico, 2 volúmenes de sangre y 1 volumen de glóbulos rojos.

Por sonda nasogástrica se aspiran 20 cc. de líquido bilioso claro.

Fibroscoopia de gastro-duodeno 25.5.82: Gastritis crónica superficial, reflujo biliar, bulbo y duodeno dos sin lesiones

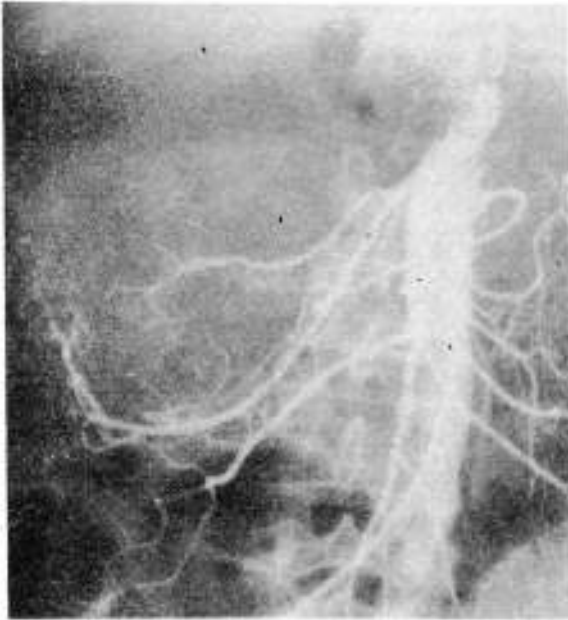


Fig. 2

Arteriografía de Mesentérica superior. Gran desarrollo de arteria Cólica sup.der. que irriga parte de la tumoración de H.D. así como el ángulo derecho del colon y parte del transverso responsable del sangrado.

25.5.82. Arteriografía selectiva de mesentérica superior (fig. 2): Marcada vascularización de una tumoración que ocupa hipocondrio y flanco derechos, descendiendo el ángulo derecho del colon y que irrigada por ramas de cónica derecha y pancreática duodenal inferior, dan arteriolas neoformadas y lagos de contraste difusos intratumorales. Hay evidencia de amplio contacto con colon transverso y derecho, así como asas delgadas, en cuya luz se visualiza extravasación de contraste en tiempos venosos del angiograma.

Evolución. Persisten deposiciones oscuras tipo melena. Se plantea estudio complementario de tronco celiaco y embolización de ramas de arteria cólica con pequeños émbolos de Gelfoam.

El 17.6.82 se realiza: 1) Cateterización selectiva del tronco celiaco (fig.3) evidenciando el estudio angiográfico arteria gastroduodenal muy desarrollada

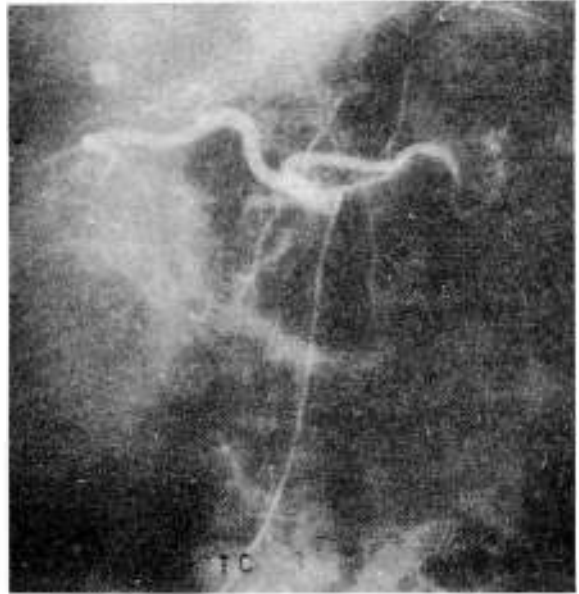


Fig. 3

Angiografía de Tronco Celiaco. Visualización de rama gastroduodenal que irriga la tumoración. La arteria hepática derecha es de delgado calibre.

que irriga la masa tumoral en sus 2/3 superiores. La rama pancreática duodenal anterior tiene una distribución habitual y no evidencia modificaciones ni signos de sangrado. El mayor aporte sanguíneo a la tumoración se realiza por dos ramas posteriores que presentan vasos neoformados, lagos intratumorales

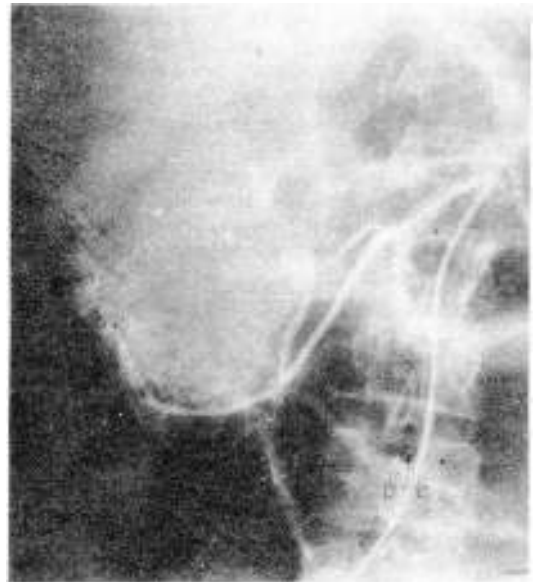
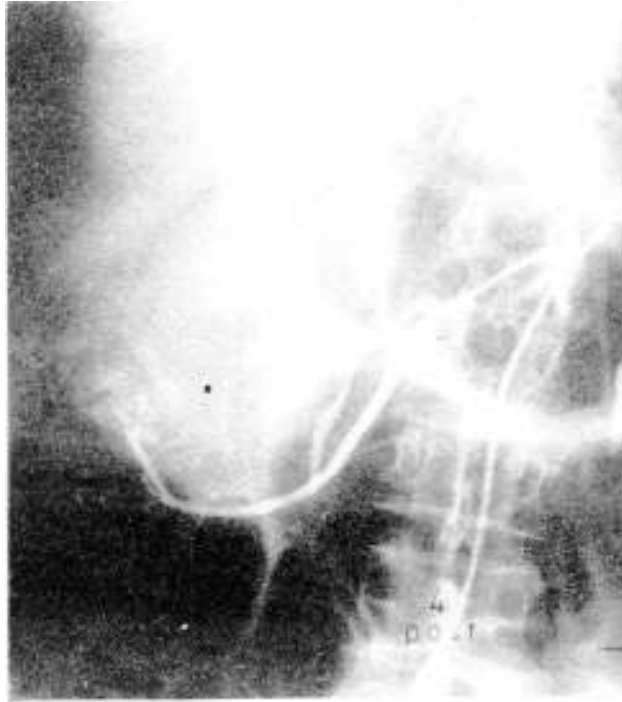


Fig. 4

a) Angiograma pre-embolización de arteria cólica sup.der. donde se observan pequeñas ramas secundarias de irrigación colónica, sin evidencias de sangrado durante el examen.



b) Estudio post embolización del sector terminal del tronco arterial y de ramas secundarias.



Fig. 5
a) Gastroduodeno que muestra la compresión extrínseca duodenal por el proceso.

b) Gastroduodeno post-embolización donde se observa la disminución del efecto de masa que sobre el duodeno producía la tumoración.

de contraste y retorno venoso precoz. (1,2,3,4,5,6 y 7). 2) Cateterización superselectiva de rama cólica derecha de mesentérica superior: esta rama es responsable de la irrigación del 1/3 inferior de la tumoración, donde presenta signos de malignidad



Fig. 6 a) Arteriografía selectiva de rama gastroduodenal irrigando la tumoración.

El 19.7.82 se otorga el alta con alimentación vía oral. Un día antes se había suprimido la alimentación parenteral complementario.

Actualmente ha recuperado la aptitud física anterior a su ingreso. No ha vuelto a sangrar.



b) y c) : etapas de embolización con gelfoam y embolos metálicos.

radiológica, y del ángulo derecho del colon. Actualmente no existen signos de sangrado en ese sector, pero de acuerdo al plan se realiza embolización con Gelfoam de ramas secundarias. 3) El control post-embolización muestra éxito del procedimiento en las pequeñas ramas de división que irrigan la masa tumoral y el ángulo cólico (fig.4).

Continúa sangrando. Vómitos nos plantearon la realización de gastroyeyunostomía. Planeamos como recurso a tener en cuenta la factible ligadura de pedículos vasculares para actuar sobre sangrado. La paciente se alimenta por vía parenteral. El examen de colon por enema resultó impracticable y la fibrocolonoscopia no aportó datos positivos.

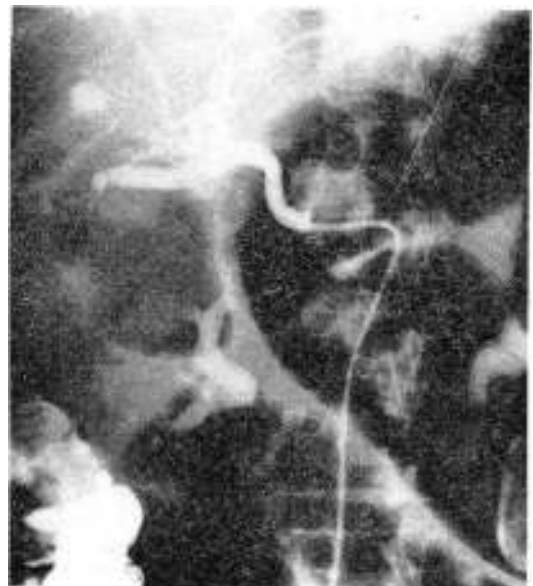
Gastroduodeno efectuado el 19.6.82 (fig. 5) muestra estómago con marcada compresión extrínseca por proceso pancreático, duodeno deformado y disminuido de calibre.

El 24.6.82 por persistir evidencias clínicas del sangrado, se realiza embolización de la arteria gastroduodenal con Gelfoam y dos espirales metálicas (fig. 6) suprimándose prácticamente la irrigación de los 2/3 superiores de la tumoración pancreática.

Luego del procedimiento utilizado, deja de sangrar definitivamente.

A los 11 días comienza a tolerar alimentación vía oral en pequeñas cantidades.

Nuevo gastroduodeno hecho el 15.7.82 (fig. 5b) evidencia buen pasaje del contraste a través de estómago y duodeno.





dl estudio final de procedimiento que muestra solo parcialmente opacificado el tronco arterial con remanencia del contraste entre dos émbolos metálicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ATHANASOULIS C., Therapeutic applications of angiography. *New Engl. J. Med.* 302: 1117 y 1174, 1980.
2. ATHANASOULIS C., Lower gastrointestinal bleeding. En: ATHANASOULIS C.; PFISTER R.; GREENE R.; ROBERTSON G. *Interventional Radiology*. Saunder. Filadelfia, 1982. FILADELFIA, 1982.

3. BOIJSEN E., Pancreatic angiography. En: ABRAMS H. *ABRAMS Angiography*. 3 Ed. Little, Brown and Co. Boston, 1983.

4. LOCKSTEIN J., Transcatheter embolization versus vasopressin infusion for the control of arteriocapillary gastrointestinal bleeding. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 3: 296, 1980.

5. BOOKSTEIN J.; NADERI M.; WALTER J., Transcatheter embolization for lower gastrointestinal bleeding. *Radiology* 127: 345, 1978.

6. REUTER S.; REDMAN A., *Gastrointestinal angiography*. Saunders 2 ed. Filadelfia, 1977.

7. WALLACE S.; GOLDSTEIN H., Intravascular occlusive therapy. *Postgrad. Med.* 59: 141, 1976.

Dr. Suiffet

El caso presentado tenía un páncreas poliúístico total, a predominio de la zona cefálica con una enorme vascularización, con voluminosos quistes, con la arteria mesentérica inferior y la vena mesentérica penetraba dentro de la masa tumoral. No hicimos nada más que la laparotomía exploradora; se planteó la situación a la familia y la intervención hubiera sido la pancreatocotomía total con los riesgos pertinentes ya que en ese momento ya tenía manifestaciones de su arteriosclerosis. La enfermedad fue a Europa, fue estudiada y le propusieron también la misma intervención y fue rechazada. Esos son los datos para completar la observación que por otra parte yo ya se los había proporcionado al Dr. Pereyra Borrelli. Es muy interesante el resultado obtenido y es un caso que merecerá desde luego una vigilancia muy estricta por las posibilidades de nuevas hemorragias, porque debe ser una masa con gran comunicación arterio-venosa dadas las características que tenía en ese momento; del punto de vista patológico es benigna porque lleva 28 años de operada.

Es muy interesante la operación y el resultado de la embolización poniéndole fin a una situación que hubiera sido difícil de resolver desde el punto de vista quirúrgico.