Angiología. 2013;**65(Supl 1)**:33-34

Angiología

www.elsevier.es/angiologia

CARTAS CIENTÍFICAS

Hemoperitoneo en varón joven

Hemoperitoneum in a young man

B. Genovés Gascó*, S. Morales Gisbert, G. Edo Fleta, J.M. Zaragozá García y E. Ortiz Monzón

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Los aneurismas viscerales son entidades poco frecuentes, con una prevalencia del 0,01-2% en la población general. La mayoría son asintomáticos, por lo que su diagnóstico suele ser un hallazgo casual[1]. Su importancia radica en que el 40% de ellos se presenta en modo de rotura siendo, en este caso, la tasa de mortalidad alta, alrededor del 70%[2]. Los más frecuentes son los aneurismas esplénicos, seguidos por los de arteria hepática.

Presentamos el caso de un varón joven, con rotura de un aneurisma esplénico, que es tratado de forma urgente con cirugía endovascular.

Varón de 41 años, que acude al hospital por dolor en zona lumbar y flanco izquierdos de 8 h de evolución. Es fumador, como único antecedente de interés. Durante su estancia en urgencias presenta un cuadro sincopal, precedido de un aumento del dolor y cortejo vegetativo, y con hipotensión. A la exploración presenta un abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda y con sensación de ocupación en hemiabdomen superior. Presenta pulsos a todos los niveles en troncos supraaórticos, miembros superiores e inferiores. Se solicita una ecografía abdominal que muestra signos de hemoperitoneo, por lo que se realiza un angiotomografía computarizada (angio-TC), donde se observa el hemoperitoneo y un aneurisma sacular de la arteria esplénica de 2 cm, aunque sin visualizar fugas de contraste (fig. 1). En la analítica de sangre destaca anemización, con una hemoglobina de 3,4 g/dl y un hematocrito de 10,1%. Ante los hallazgos es diagnosticado de rotura de aneurisma esplénico y se decide tratamiento urgente mediante cirugía endovascular.

Figura 1 Angiotomografía computarizada preoperatoria.

Mediante acceso percutáneo femoral derecho se cateteriza el tronco celíaco, sin conseguir cateterizar la arteria esplénica tras intentos repetidos. Se decide acceder a través de la arteria humeral izquierda consiguiendo, en este caso, la cateterización de la arteria esplénica hasta su tercio medio. Debido a que no es posible acceder a la arteria distalmente al aneurisma en un primer momento y a la urgencia del caso, se descarta la exclusión con una endoprótesis cubierta y se procede a la embolización de este con espirales metálicas.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: genoves_bea@gva.es (B. Genovés Gascó).

0003-3170/$ - see front matter © 2013 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Figura 2 Angiotomografía computarizada postoperatoria.

Durante la estancia precisa la transfusión de 10 concentrados de hematíes. La evolución tras la intervención es satisfactoria, remitiendo la sintomatología, presenta estabilidad hemodinámica y normalización de los parámetros analíticos. Se realiza una angio-TC de control, que muestra la trombosis del aneurisma, permeabilidad de la arteria esplénica distal por colateralidad y pequeñas áreas de infarto esplénico (fig. 2). En la revisión a los 6 meses el paciente permanece asintomático.

Como peculiaridad en nuestro caso observamos que se trata de un varón joven, cuando los aneurismas esplénicos son predominantes en mujeres (4:1). Las causas descritas principalmente son la fibrodisplasia, el hiperaflujo visceral (como son los casos de hipertensión y en la gestación) y la arteriosclerosis[3].

El tratamiento de elección de los aneurismas viscerales ha sido clásicamente la cirugía abierta. Pero en los 10 últimos años, el 80-90% de las publicaciones han sido sobre la cirugía endovascular. Debido a que se trata de una entidad infrecuente, estas publicaciones tratan, en su mayoría, sobre casos clínicos o estudios retrospectivos. La cirugía abierta tiene una tasa de mortalidad en la cirugía electiva del 5 y del 25% en los aneurismas rotos[4,5]. Encontramos estudios retrospectivos comparativos que muestran una disminución de la mortalidad con la cirugía endovascular, como el de Sessa et al[6] en 2004, con una mortalidad del 23% en la cirugía abierta, frente al 0% en la endovascular, y una morbilidad del 46 frente al 50%, respectivamente. O el de Cochennec et al[7] en 2011, que recoge 32 casos de aneurismas viscerales, y presenta una mortalidad del 24% en la cirugía abierta de aneurismas esplénicos y del 3% en la cirugía endovascular. Como estudio más significativo encontramos una revisión de 3.000 casos de Berceli et al[8] en 2005, con una mortalidad del 20-30% en la cirugía abierta de los aneurismas viscerales rotos y del 0% en el tratamiento endovascular, sin diferencias significativas en la morbilidad. A pesar de que no hay estudios prospectivos debido a la escasa incidencia ni a largo plazo, pensamos que con estos resultados, la mejora en los materiales endovasculares y la mayor experiencia del cirujano, la cirugía endovascular debería plantearse como tratamiento de primera línea en los aneurismas viscerales rotos, si el estado clínico del paciente lo permite.

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 en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Carr SC, Mahvi DM, Hoch JR, Archer CW, Turnipseed WD. Visceral artery aneurysm rupture. J Vasc Surg. 2001;33:806-11.
2. Warner WH, Allins AD, Treiman RL. Ruptured visceral artery aneurysm. Ann Vasc Surg. 1997;11:342-7.
3. Hernández-La Hoz I, Vilariño-Rico J, Vidal-Insua JJ, Beraza-Milicua A, Segura-Iglesias RJ. Tratamiento enovascular urgente de aneurisma esplénico roto. Angiología. 2005;57:353-6.
4. Messina LM, Shanley CJ. Visceral artery aneurysms. Surg Clin North Am. 1997;77:425-42.
5. Wagner WH, Allins AD, Treiman RL, Cohen JL, Foran RF, Levin PM, et al. Ruptured visceral artery aneurysms. Ann Vasc Surg. 1997;11:342-7.
6. Sessa C, Tinelli G, Porcu P, Aubert A, Tonhy F, Magne JL. Treatment of visceral aneurysm: description of a retrospective series of 42 aneurysms in 34 patients. Ann Vasc Surg. 2004;18:695-703.
7. Cochennec F, Riga CV, Allaire E, Cheshire NJW, Hamady M, Jenkins MP, et al. Contemporary management of splachnic and renal artery aneurysms: results of endovascular compared with open surgery from two european vascular centers. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011;42:340-6.
8. Berceli SA. Hepatic and splenic artery aneurysms. Semin Vasc Surg. 2005;18:196-201.