



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Rotura espontánea del aneurisma de la arteria esplénica durante el embarazo



I. Suárez-Torres y E. Reyna-Villasmil*

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central «Dr. Urquinaona», Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 14 de mayo de 2015; aceptado el 2 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 18 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Aneurisma de la
arteria esplénica;
Arteria esplénica;
Rotura de aneurisma;
Embarazo;
Complicación

Resumen El aneurisma de la arteria esplénica es el aneurisma de una arteria visceral más común. La rotura del aneurisma durante el embarazo es un evento raro y severo, que ocurre principalmente durante el tercer trimestre. La mortalidad materna y fetal continua siendo extremadamente alta. Se reporta el caso de una paciente de 16 años de edad, con embarazo de 30 semanas, y con rotura espontánea de aneurisma de la arteria esplénica, que fue sometida a laparotomía, realizándose ligadura proximal de la arteria esplénica seguido por esplenectomía. El diagnóstico de aneurisma de la arteria esplénica es parte importante de los diagnósticos diferenciales en embarazadas hemodinámicamente inestables, y debe ser considerado en cualquier paciente con síntomas de dolor epigástrico súbito o dolor en abdomen superior, con o sin choque hemodinámico.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Splenic artery
aneurysm;
Splenic artery;
Ruptured aneurysm;
Pregnancy;
Complication

Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm during pregnancy

Abstract Splenic artery aneurysm is the most common visceral artery aneurysm. Rupture of an aneurysm during pregnancy is a rare and serious event, occurring mainly during the third trimester. Maternal and fetal mortality rates remain extremely high. We report the case of a 16-year-old woman at 30 weeks' gestation with spontaneous rupture of a splenic artery aneurysm who underwent emergency laparotomy. Proximal ligation of the splenic artery was performed followed by splenectomy. A diagnosis of ruptured splenic artery aneurysm is an important part of the differential diagnosis in haemodynamically unstable pregnant women and should be considered in any pregnant patient who complains of sudden epigastric or upper abdominal pain, with or without haemodynamic shock.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com (E. Reyna-Villasmil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2015.10.003>

0210-573X/© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La rotura del aneurisma de la arteria esplénica (AAE), aunque rara, es más frecuente en mujeres, especialmente entre multiparas. Generalmente son saculares, aislados y menores de 3 cm de diámetro. Se ha estimado que representan el 60% de todos los casos de aneurismas viscerales^{1,2}. La rotura durante el embarazo usualmente tiene resultados maternos y fetales catastróficos¹. Se presenta el caso de rotura espontánea de un aneurisma de la arteria esplénica en el tercer trimestre del embarazo.

Reporte del caso

Se trata de una paciente de 16 años de edad, primigesta, con embarazo de 30 semanas que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de fuerte intensidad y aparición súbita en epigastrio e hipocondrio izquierdo que se irradiaba a la región lumbar con evolución de 2 h, acompañado de disnea, náuseas y vómitos. Los familiares no reportaron antecedentes de traumatismos abdominales en los días previos.

Durante el examen físico, la paciente estaba en regulares condiciones generales, con palidez cutáneo-mucosa. La presión arterial era de 92/46 mmHg y la frecuencia cardíaca era de 120 lpm. El abdomen estaba doloroso por encima del nivel del útero con signos de irritación peritoneal. No se encontró evidencia de sangrado genital o rotura prematura de membranas. No se palparon contracciones ni hipertonía uterina. Los exámenes de laboratorio de rutina (química y examen de orina) eran normales, excepto por la hemoglobina era de 6,1 g/dl. No se observaron evidencias de coagulopatía. La ecografía abdominal confirmó la presencia de líquido libre en cavidad abdominal. Se realizó el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal, y la paciente fue sometida a laparotomía.

Durante la cirugía, con un abordaje xifo-púbico, se observó aproximadamente 2 l de sangre fresca libre en cavidad y un gran coágulo en el abdomen superior con el útero intacto. Como no se pudo visualizar el origen del sangrado, se decidió realizar cesárea obteniendo recién nacido masculino sin signos vitales, sin evidencia de desprendimiento prematuro de placenta. Se incidió el ligamento gastro-cólico y el meso-colon transverso para la exploración del retroperitoneo, observándose sangrado desde la arteria esplénica, evidenciándose la presencia de aneurisma sacular de aproximadamente 2 cm de diámetro, roto, ubicado en el tercio distal de la arteria, por lo que se procedió a la ligadura proximal de la arteria y esplenectomía. La paciente recibió 12 unidades de concentrado globular y 3 unidades de plasma fresco. Después de la cirugía, la paciente se recuperó y fue dada de alta al octavo día después de la cirugía.

Discusión

La principal complicación del AAE es la rotura, y el riesgo varía entre el 3-10%^{3,4}. Esta ocurre más frecuentemente durante el embarazo, con tasas que van del 20-50%⁴. Aunque puede ocurrir en cualquier momento del embarazo y durante el puerperio inmediato, el 69% de los casos ocurren

durante el tercer trimestre³. La rotura durante el embarazo está asociada con una mortalidad materna del 70% y una mortalidad fetal del 90%⁵.

En la mayoría de los casos la causa del AAE es desconocida. Sin embargo, el hallazgo patológico final es la incapacidad del tejido conectivo de la pared arterial para mantener la integridad del vaso¹. Las modificaciones gestacionales como la alta tasa de flujo a través de la arteria esplénica secundaria a la compresión distal de la aorta por el útero gestante, congestión portal relativa y debilitamiento progresivo de la estructura básica de la capa media arterial son factores patogénicos importantes y que aumentan con la paridad. La multiparidad podría ser responsable de la dilatación aneurismática y las modificaciones irreversibles de la pared arterial⁶. Los cambios hormonales causados por el estrógeno y la progesterona durante el embarazo afectan la estructura de la pared arterial produciendo alteración en la lámina elástica interna, fibrodisplasia de la capa media con alteraciones en la producción de elastina, hiperplasia de la íntima arterial, acumulación de glicosaminoglicanos en la capa media y subíntima. Todas estas alteraciones también afectan la integridad del vaso⁷. Los riesgos potenciales incluyen hipertensión portal, anomalías congénitas de los vasos, enfermedades vasculares y del tejido conectivo, traumatismos vasculares, procesos inflamatorios y enfermedad arterial degenerativa^{1,4}.

Generalmente, el AAE se manifiesta como un hallazgo accidental, como dolor abdominal de intensidad variable y, después de la rotura, como hipotensión y colapso vascular. El principal síntoma es el dolor, el cual puede ser de aparición aguda o insidiosa y continuo o intermitente. Se localiza en el flanco izquierdo, región epigástrica o todo el abdomen superior que se irradia a región lumbar hasta el hombro izquierdo o miembros inferiores. Puede estar asociado a náuseas o vómitos⁴. Cuando se produce la rotura, el dolor es agudo y puede durar horas o días⁸.

La rotura es difícil de diagnosticar debido a que comparte signos y síntomas con otras condiciones, como desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, úlcera perforada, embolismo pulmonar masivo, hematoma subcapular hepático, colecistitis o rotura de otros aneurismas arteriales⁹. Generalmente, el diagnóstico se realiza al momento de la cirugía⁵. Ante la sospecha de un AAE no roto, la prueba ideal es arteriografía, aunque la ecografía y el Doppler son más útiles durante el embarazo². Cuando la paciente con AAE roto se presenta con dolor abdominal agudo, la ecografía puede revelar líquido libre en abdomen con embarazo intrauterino y el diagnóstico es confirmado durante la cirugía^{5,6}.

Si se realiza el diagnóstico de AAE no roto en mujeres en edad reproductiva, se recomienda la cirugía, especialmente cuando es mayor de 2 cm, por embolización arterial o cirugía. Se puede realizar la esplenectomía dependiendo de la ubicación, en especial cuando se encuentra en el tercio distal de la arteria debido al riesgo de necrosis. Cuando se encuentra en el tercio proximal, la anastomosis pancreato-esplénica puede permitir la conservación del bazo¹⁰. Cuando se produce la rotura, la resucitación y limitación de la hemorragia mediante cirugía de urgencia son esenciales para la supervivencia de la madre y el feto. Generalmente se realiza la esplenectomía además de la resección del aneurisma².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gourgiotis S, Alfaras P, Salemis NS. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy: A case report. *Adv Med Sci*. 2008;53:341–3.
2. Lang W, Strobel D, Beinder E, Raab M. Surgery of a splenic artery aneurysm during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;102:215–6.
3. Mandolino T, Canciglia A, D'Alfonso M. Aneurysms of the splenic artery: Our experience. *Chir Ital*. 2009;61:315–9.
4. Pasha SF, Gloviczki P, Stanson AW, Kamath PS. Splanchnic artery aneurysms. *Mayo Clin Proc*. 2007;82:472–9.
5. Chaichian S, Mehdizadeh A, Akbarian A, Groohi B, Khanahmadi N, Alaghebandan R. Rupture of splenic artery aneurysm with portal hypertension during pregnancy: A case report. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006;28:303–4.
6. Patrelli TS, Anuso S, Verrotti C, Fadda GM, Gramellini D, Nardelli GB. Intrapaneatic rupture of a splenic artery aneurysm during pregnancy. A rare case report with fetal and maternal survival. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009;22:362–4.
7. Lynch MJ, Woodford NW. Rupture of a splenic artery aneurysm during pregnancy with maternal and foetal death: A case report. *Med Sci Law*. 2008;48:342–5.
8. Karsidag T, Soybir G, Tuzun S, Makine C. Splenic artery aneurysm rupture. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104:487–90.
9. Hunsaker DM, Turner S, Hunsaker JC 3rd. Sudden and unexpected death resulting from splenic artery aneurysm rupture: Two case reports of pregnancy-related fatal rupture of splenic artery aneurysm. *Am J Forensic Med Pathol*. 2002;23:338–41.
10. Groussolles M Jr, Merveille M, Alacoque X, Vayssiere C, Reme JM, Parant O. Rupture of a splenic artery aneurysm in the first trimester of pregnancy. *J Emerg Med*. 2011;41:e13–6.