



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-205 - TRATAMIENTO DE UN ANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA GIGANTE CON COMPROMISO DE LA ARTERIA ESPLÉNICA MEDIANTE EMBOLIZACIÓN ARTERIAL

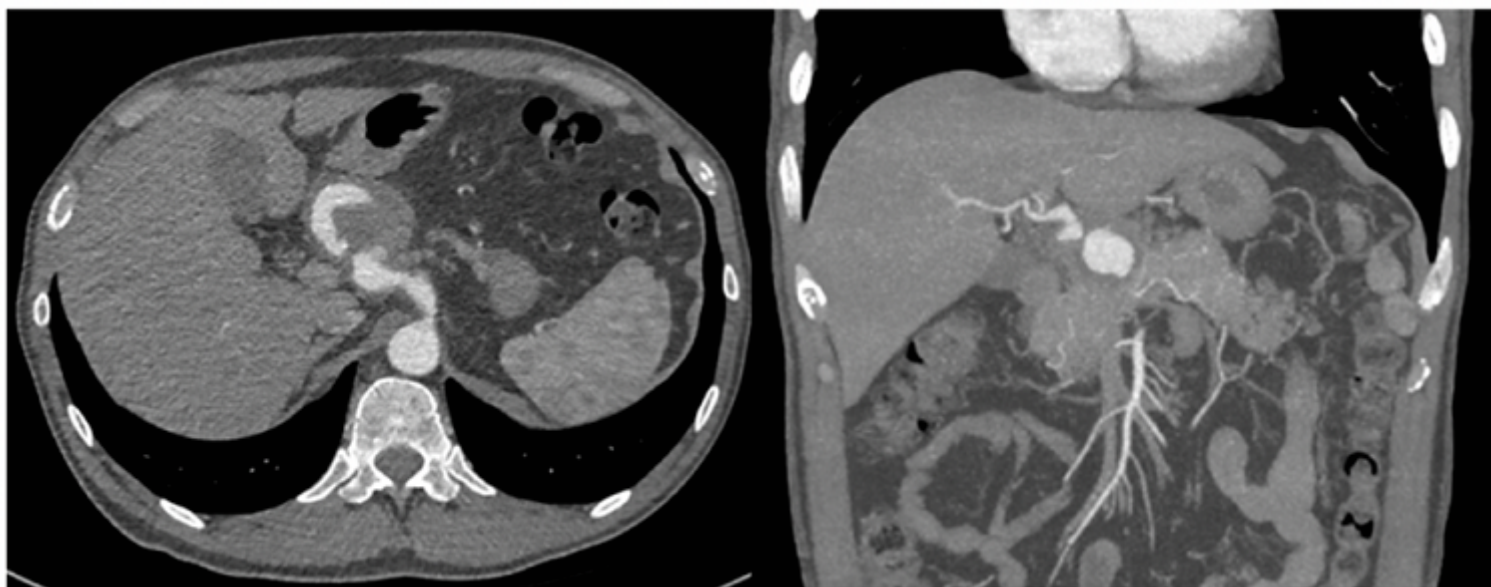
Lobato Gil, Raquel; Falcó Fages, Joan; Lucas Guerrero, Victoria; Campos Serra, Andrea; García Monforte, Neus; Bejarano González, Natalia; García Borobia, Francisco Javier; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: Los aneurismas de la arteria hepática (AAH) son infrecuentes y generalmente oligosintomáticos. Dolor epigástrico, ictericia por compresión de la vía biliar, sangrado gastrointestinal o ruptura con shock hemorrágico son algunos de los síntomas que pueden presentar. Se recomienda el tratamiento de aquellos que sean sintomáticos, los que no sean de causa arteriosclerótica o cuyo tamaño supere los 2 cm. Pese a que se considera como tratamiento estándar la reparación por cirugía abierta, los tratamientos endovasculares, que incluyen la colocación de *stents* cubiertos o la embolización selectiva proximal y distal, se han ido imponiendo en los últimos años.

Caso clínico: Varón de 48 años con epigastralgia de 24 horas de evolución sin signos de irritación peritoneal ni alteraciones analíticas. Se realiza TC abdominal con contraste endovenoso que evidencia dilatación aneurismática de la arteria hepática común de 4,6 cm con trombosis parcial y vena porta permeable. La arteriografía muestra el AAH con origen en la salida del tronco celíaco hasta la bifurcación de las arterias hepáticas y que condiciona estenosis proximal de la arteria esplénica. Se realiza embolización distal y proximal del aneurisma y a nivel del ostium del tronco celíaco se coloca un *stent* a fin de preservar el flujo sanguíneo de la arteria gástrica izquierda y la esplénica. Tras la embolización se observa oclusión completa del aneurisma con permeabilidad de la vascularización arterial hepática a través de las ramas coledocales procedentes de la arteria gastroduodenal. La TC al mes objetiva el AAH excluido, el flujo portal preservado y vascularización arterial hepática por colateralidad a través de las arterias coledocales.



Discusión: El AAH es una patología con una mortalidad que puede superar el 25% en caso de ruptura y con un 70-100% de morbilidad. La primera prueba a realizar en caso de sospecha diagnóstica es la TC con una fase arterial seguida de arteriografía terapéutica con colocación de prótesis cubierta vs embolización proximal y distal si se dispone de radiología intervencionista. La cirugía de los AAH se indica en caso de imposibilidad de realizar la técnica anterior. De especial interés conocer si los AAH se localizan proximales o distales a la arteria gastroduodenal; de ello dependerá la posible revascularización hepática con flujo procedente de la arteria mesentérica superior. Hay descritas oclusiones completas de AAH sin alteraciones hepáticas debido al desarrollo de colaterales. En caso de no presentar un adecuado aporte arterial podría ocasionar infartos hepáticos y llegar a requerir trasplante. No se han observado diferencias significativas en la mortalidad del tratamiento endovascular comparado con el abordaje abierto. Sin embargo, el abordaje endovascular es una técnica mínimamente invasiva y debería considerarse de elección si se dispone de radiólogos vasculares intervencionistas entrenados y que asocia una menor morbilidad. El caso expuesto representa un reto por el elevado riesgo de isquemia hepática tras su embolización debido a que abarca todo el territorio de la arteria hepática hasta la bifurcación. Además, asocia compromiso de la arteria esplénica que se resuelve mediante la colocación adicional de un stent.