



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-278 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA HEPÁTICA

Pérez González, Christian; Alonso Calderón, Eva; Perfecto Valero, Arkaitz; Fernández Cepedal, Lara; Fernández Gómez-Cruzado, Laura; Prieto Calvo, Mikel; Ruiz Ordorica, Patricia; Colina Alonso, Alberto

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Los aneurismas en las arterias viscerales son raros, con una incidencia entre el 0,01 y 0,2% en autopsias. Cada vez se diagnostican con más frecuencia en fase asintomática gracias a las RMN, el TC y la ecografía. Los más frecuentes son los de la arteria esplénica seguidos de los de la arteria hepática.

Caso clínico: Hombre de 72 años, con antecedente de herniorrafia umbilical, recidivada, que durante el estudio se encuentra de manera casual un aneurisma en la arteria hepática común. A la exploración el paciente presenta una eventración umbilical con dos sacos herniarios. Se realiza un TC, que evidencia un aneurisma fusiforme parcialmente trombosado afectando a la arteria hepática común, con estenosis significativa de entorno al 60% a 31 mm del origen del tronco celíaco, de aproximadamente 5 cm de longitud. Se realiza tratamiento mediante radiología intervencionista, evidenciando flujo compensatorio a través de la arteria gastroduodenal, por lo que se procede a la embolización con coils de la totalidad del saco aneurismático. Se comprueba nuevamente la redistribución del flujo hepático a través de la arteria gastroduodenal. El paciente es dado de alta a las 24 horas de la realización del procedimiento sin incidencias, y 3 meses después del mismo, se le interviene de la eventración umbilical, realizando una eventroplastia de Rives.

Discusión: Los aneurismas de la arteria hepática son los segundos más comunes de los aneurismas de las arterias viscerales, siendo el 20% de ellos aproximadamente. Son más frecuentes en hombres, únicos y normalmente afectan a segmentos extrahepáticos. La localización de los aneurismas orienta hacia las causas y la estrategia de tratamiento. A nivel intrahepático suele ser más frecuentemente secundarios traumatismos hepáticos y yatrogénicos. A nivel extrahepático son más frecuentes los aneurismas degenerativos o displásicos. Los pseudoaneurismas se deben al trasplante hepático, a traumatismos abdominales y al intervencionismo. Los aneurismas son asintomáticos entre un 60 y 80% de las veces, y su diagnóstico suele ser accidental durante el estudio de otras causas. La rotura suele ser la manifestación más frecuente, y se pueden romper al árbol biliar, al tracto gastrointestinal o a la cavidad peritoneal. Así mismo, puede haber clínica de compresión de estructuras adyacentes. Los aneurismas de etiología no aterosclerótica tienen en el mayor riesgo de ruptura, con una mortalidad del 21-35%. Está indicado el tratamiento de todos los aneurismas sintomáticos y rotos. Los de origen arterioesclerótico solo deben ser tratados si son sintomáticos o aumentan su tamaño; y los de origen no aterosclerótico los asintomáticos o los que sean múltiples. Los aneurismas intrahepáticos, que hace unos años requerían tratamiento quirúrgico, hoy en día son fácilmente tratados mediante embolización (se asegura el flujo a través del sistema portal). Los aneurismas de la arteria hepática común pueden ser ligados o embolizados sin complicaciones (el flujo arterial se garantiza por la

arteria gastroduodenal). Los aneurismas de la arteria hepática propia requieren de ligadura y bypass arterial para garantizar el flujo arterial hepático, aunque se describen buenos resultados con la colocación de stents.