



P-046 - ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA ESPLÉNICA

Revuelta Ramírez, Julia¹; García Sanz, Íñigo¹; Díaz González, Ignacio²; Marín Campos, Cristina¹; Delgado Valdueza, Jesús¹; Delgado Búrdalo, Livia¹; Muñoz Sanz, Sara¹; Martín Pérez, Elena¹

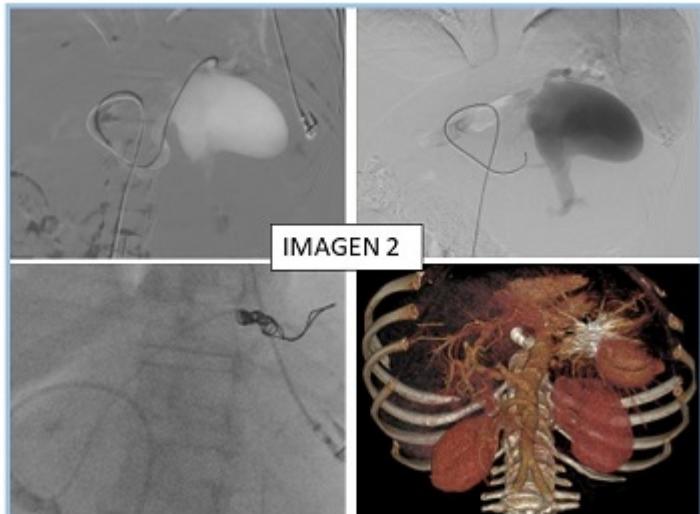
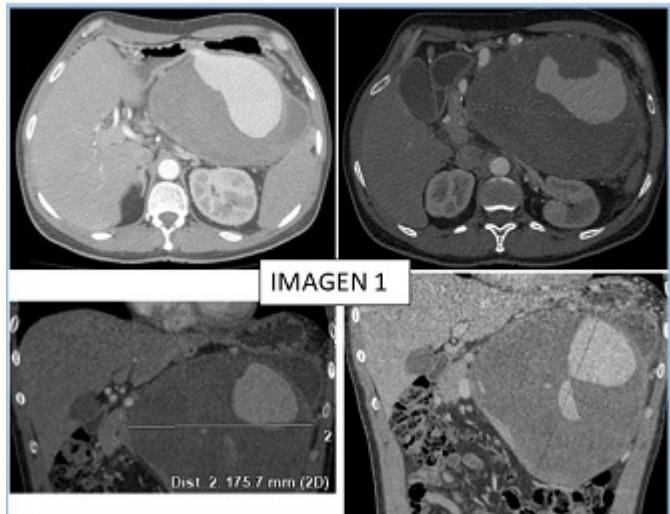
¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid; ²Servicio de Radiología Intervencionista, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Objetivos: La historia natural de los aneurismas viscerales y su riesgo de presentar complicaciones está relativamente mal definido debido a su baja incidencia general. Si bien, pese a que el de la arteria esplénica (AAE) es el más frecuente entre ellos, estos son relativamente raros y, la mayoría, asintomáticos. Un AAE se considera gigante cuando su tamaño supera los 10 centímetros (cm). Es extremadamente infrecuente y presenta alto riesgo de ruptura. Clásicamente se han tratado mediante cirugía (clipaje o aneurismectomía en los proximales y esplenectomía parcial/total en los distales), pero, últimamente están en auge las técnicas endovasculares puesto que presentan menor morbimortalidad y buenos resultados con preservación del órgano, lo que las convierte, en ausencia de ruptura, en la primera opción terapéutica.

Métodos: Se presenta el caso de un varón de 56 años con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con buen control inmunovirológico que acude por cuadro de vómitos y epigastralgia de dos meses de evolución. Refiere masa palpable creciente en hipocondrio izquierdo. A la exploración, paciente hemodinámicamente estable con gran masa en epigastrio-hipocondrio izquierdo palpable. Analíticamente no muestra hallazgos relevantes y en la tomografía computarizada (TC) abdominal se objetiva una lesión retrogástrica de aproximadamente 16 × 18 cm que desplaza las estructuras adyacentes y conecta directamente con la arteria esplénica, identificando una gran colección central de contraste y un importante trombo mural en toda su zona periférica (fig. 1). Esta lesión es compatible con un aneurisma gigante de la arteria esplénica con gran trombo mural.

Resultados: Dados los hallazgos, el tiempo de evolución y la estabilidad del paciente, se decide ingreso hospitalario para embolización de la lesión por parte de Radiología Intervencionista. A través de un acceso por la arteria femoral común derecha se cateteriza el aneurisma y se excluye mediante técnica tipo “sándwich” con “coils” y un tapón vascular (Dispositivo Amplatzer®). Tras ello, se aprecia completa exclusión del aneurisma con adecuada vascularización del bazo a través de la arteria gastroepiploica izquierda (fig. 2). El paciente presenta buena evolución los días posteriores. Se realiza un TC de control al séptimo día donde se objetiva el material de embolización en el segmento proximal de la arteria esplénica y distal al gran aneurisma de esta que ha quedado excluido. Además, se identifica un infarto esplénico de aproximadamente 6 cm de diámetro en el polo inferior. Se repite el TC abdominal al cuarto mes tras el procedimiento, donde se aprecia exclusión total del gran aneurisma, el cual ha disminuido de tamaño (10 × 12 cm) con respecto a TC previo (fig. 3).



Conclusiones: El riesgo de ruptura de los AAE gigantes justifica su tratamiento urgente. Las terapias endovasculares han supuesto una reducción en la morbitmortalidad respecto al tratamiento quirúrgico al ser técnicas menos invasivas e igualmente válidas con alta tasa de éxito tanto técnico como clínico. Además, en AAE gigantes el tamaño dificulta el abordaje laparoscópico. El seguimiento posterior del paciente debe ser estricto para detectar la posible aparición de complicaciones (ruptura, infarto esplénico, sangrado, etc.).