



Preservación esplénica tras resección de aneurisma de arteria esplénica por rotura

Jordi Gironès Vilà, José Roig García, José I. Rodríguez Hermosa, Elisenda Garsot Savall y Antoni Codina Cazador
Servicio de Cirugía General. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona. España.

Los aneurismas en las arterias viscerales ocupan el tercer lugar en frecuencia entre los abdominales, después de los aórticos y los ilíacos. Es más frecuente en las mujeres y su incidencia aumenta con la edad¹. Su complicación más grave es la rotura espontánea que conlleva una mortalidad mayor del 10% según las series publicadas, que aumenta al 75% en el caso de mujeres embarazadas. El tratamiento de elección es la cirugía, con la posibilidad de las actuales técnicas endovasculares^{2,3}.

Presentamos un caso de hematoma retroperitoneal secundario a la rotura de aneurisma de la arteria esplénica (AAE), diagnosticado preoperatoriamente mediante tomografía computarizada (TC). Se indicó cirugía urgente, en que se realizó sección del aneurisma y preservación del bazo. La evolución fue favorable y sin complicaciones. El

interés del caso reside en la posibilidad de efectuar un diagnóstico preoperatorio y la preservación del bazo, lo que permitió dirigir la cirugía al tratamiento del aneurisma.

Varón de 22 años, sin antecedentes de interés, que inicia epigastralgia y vómitos, motivo por el que acude a urgencias. La radiología y la analítica no muestran alteraciones. Se administra analgesia y protector gástrico sin mejoría, por lo que se decide observación clínica. A las 12 horas desarrolla un cuadro de shock con descenso del hematocrito. Se realiza TC abdominal urgente con contraste intravenoso que objetiva hematoma retroperitoneal de localización retrogástrica, secundario a rotura espontánea de AAE (fig. 1).

Se interviene quirúrgicamente de urgencias, con el hallazgo de hemoperitoneo y gran hematoma retroperitoneal a nivel retrogástrico. Se realiza disección de curvatura mayor con preservación de la arteria gastroepiploica. Debido al origen proximal del aneurisma se precisó ligadura de la arteria gástrica izquierda para acceder correctamente al aneurisma. Se practicó resección del aneurisma con preservación del bazo. La anatomía patológica mostró degeneración mixoide de la pared arterial. La evolución del paciente fue favorable, con la TC de control que

Correspondencia: Dr. J. Gironès Vilà.
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Girona Josep Trueta.
Avda. de França, s/n. 17007 Girona. España.
Correo electrónico: jgirones@htrueta.scs.es

Manuscrito recibido el 23-11-2007 y aceptado el 10-3-2008.



Fig. 1. Tomografía computarizada que lleva al diagnóstico de fuga de contraste en arteria esplénica (*) y presencia de hematoma retrogástrico.

mostraba infarto esplénico al mes (fig. 2). En la TC de control a los 3 meses prácticamente había desaparecido el área infartada. Se ha realizado estudios complementarios que han descartado aneurismas en otras localizaciones, y no se ha identificado afección vascular.

Los AAE son los más frecuentes de los viscerales abdominales (60%). La etiología es desconocida se han postulado diversas causas, la arteriosclerosis y los defectos congénitos de la pared arterial son los principales. Otros factores asociados son: embarazo, hipertensión arterial y esplenomegalia, procesos inflamatorios arteriales en cambios hormonales en pacientes cirróticos, collagenopatías. Traumatismos abdominales y pancreatitis crónica originan principalmente seudoaneurismas^{1,3,4}. La mayoría de los AAE son asintomáticos. Ante su rotura la clínica es inespecífica, lo más habitual es el dolor agudo epigástrico acompañado de náuseas y/o vómitos que no mejoran con el tratamiento habitual. Se puede palpar masa epigástrica o en hipocondrio izquierdo. Ante un cuadro de empeoramiento del dolor y aparición de inestabilidad hemodinámica debe sospecharse el diagnóstico de rotura del AAE. También se han descrito casos que se inician con hemorragia digestiva alta debido a erosión de la pared posterior gástrica^{3,5,6}.

La probabilidad de rotura del aneurisma está en relación directa con el tamaño, que en los de más de 2 cm el riesgo se incrementa. En las embarazadas el riesgo es mayor en el tercer trimestre (20-40%)¹.

El diagnóstico correcto se realiza con TC helicoidal con contraste, la hemorragia en la transcavidad de los epiploones nos debe hacer sospechar este cuadro, y sería un signo de alarma previo al hemoperitoneo. Además, debe descartarse mediante arteriografías la presencia de aneurismas en otras localizaciones^{3,7}.

El tratamiento de elección de los AAE es quirúrgico. Se debería proponer cirugía electiva en: aneurismas sintomáticos, aneurismas mayores de 2 cm, crecimiento expansivo, pacientes sometidos a cirugía de la hipertensión portal y trasplante hepático y aneurismas asintomáticos en mujeres embarazadas o en edad fértil^{1,5,8}.

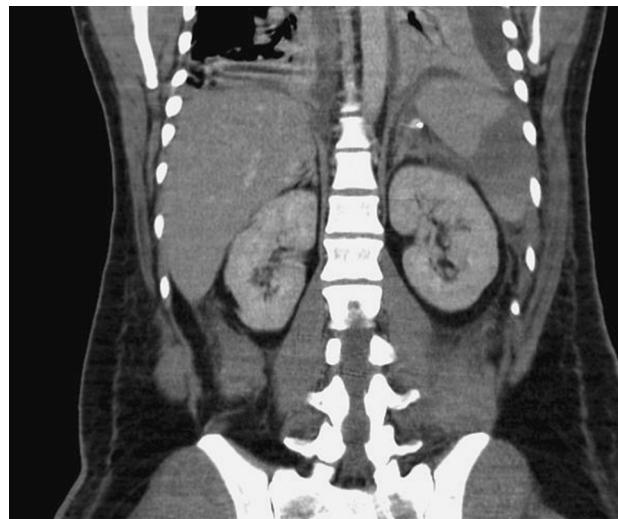


Fig. 2. Tomografía computarizada de control al mes. Infarto esplénico.

La finalidad de la técnica quirúrgica de urgencias será detener la hemorragia, siempre que sea posible será preferible la resección del aneurisma, o bien la ligadura de la arteria esplénica. Debido a la función inmunológica del bazo, siempre que sea posible debe conservarse^{3,4}. En nuestro caso tenía especial importancia la edad del paciente, motivo por el que se optó por la preservación del bazo. Inicialmente se definió un área infartada, pero con el paso de las semanas la irrigación de los vasos cortos gástricos mantuvo el órgano viable.

Actualmente, los casos asintomáticos se pueden tratar mediante técnicas endovasculares, como la colocación de endoprótesis cubiertas o bien embolización arterial^{3,9}.

Los AAE cuando presentan un sangrado agudo tienen una importante gravedad, con una considerable mortalidad. Es importante el diagnóstico prequirúrgico, dado que ayuda al cirujano a dirigir la técnica quirúrgica a solucionar el sangrado que ha originado el hematoma retroperitoneal. Además, consideramos que la conservación del bazo es posible a pesar de la ligadura de la arteria gástrica izquierda. Si la localización del AAE es más distal, la arteria gástrica izquierda se podría preservar.

Bibliografía

- Escudero de Fez MD, Sabater L, Calvete J, Camps A, Gómez A, Martínez J, et al. Hemoperitoneo por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. Cir Esp. 2001;70:160-3.
- Jiménez P, Calleja J, Echenagusia A, Clemente G, Valentín C, Valdecantos E, et al. Aneurismas de la arteria esplénica en pacientes con trasplante hepático. Rev Clin Esp. 1996;196:171-3.
- Esteban C, Pérez P, Martorell A, Lisbona C, Lerma R, Callejas JM. Aneurismas de las arterias viscerales. Cir Esp. 2005;78:246-50.
- Morgado A, Hernández CM, Carvajal M, Borroto J, Apizar D. Aneurisma disecante de la arteria esplénica. Presentación de un caso. Angiología. 2004;56:46-50.
- Tarifa A, Salvoch FJ, Arín B, Lera JM. Rotura de aneurisma de la arteria esplénica. Cir Esp. 2007;81:159.

Cartas científicas

6. Thierauf A, Preuss J, Dettmeyer R, Madea B. Fatal rupture of an undiagnosed aneurysm of the splenic artery. Medico legal implications. *Forensic Sci Int.* 2006; Nov 14 [epub ahead of print].
7. Sturk G, Pezzotti G, Recio M, Caviglia L. Rotura de aneurisma de arteria esplénica. *Abdomen agudo hemorrágico por ruptura de arteria esplénica. La tomografía de abdomen en el diagnóstico.* Medicina. 2001;61:267-70.
8. Lee PC, Rhee RY, Gordon RY, Fung JJ, Webster MW. Management of splenic arteryaneurysms: the significance of portal and essential hypertension. *J Am Coll Surg.* 1999;189:483-90.
9. Uchiyama D, Koganemaru M, Abe T, Hirose Y, Hayabuchi N, Akashi H. Coil embolization of splenic artery aneurysm with preservation of the parent artery using a neck remodeling technique. *J Vasc Interv Radiol.* 2007;18:447-50.