
CASOS CLÍNICOS

470 A. de Toro
R. Rodríguez-Gómez
J. Novo
M. Fernández-Sánchez
M. Ramírez-Pineda

Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. España.

Rotura de un aneurisma disecante de la arteria esplénica durante el posparto

Rupture of a dissecting splenic artery aneurysm in the postpartum

Correspondencia:

Dr. A. de Toro Salas.
Ximénez de Enciso, 22, 1.^o B. 41004 Sevilla. España.
Correo electrónico: elya13@arrakis.es

Fecha de recepción: 27/1/03
Aceptado para su publicación: 1/4/03

A. de Toro, R. Rodríguez-Gómez, J. Novo, M. Fernández-Sánchez,
M. Ramírez-Pineda. Rotura de un aneurisma disecante de la arteria esplénica durante el posparto.

RESUMEN

Se expone un caso de rotura espontánea de un aneurisma de la arteria esplénica durante el tercer día posparto. Los aneurismas son infrecuentes, asintomáticos, su existencia es desconocida en la mayoría de los casos y su primer signo de presentación es el shock hipovolémico, con consecuencias fatales.

PALABRAS CLAVE

Aneurisma disecante. Embarazo. Posparto.

SUMMARY

We report a case of ruptured splenic artery aneurysm during postpartum. Aneurysms are uncommon, usually asymptomatic and frequently

overlooked. The first sign of rupture during postpartum is usually hypovolemic shock and outcome is fatal.

KEY WORDS

Dissecting aneurysm. Pregnancy. Postpartum.

INTRODUCCIÓN

Alrededor del 35% de las muertes ocurridas durante el embarazo y el posparto son secundarias a complicaciones hemorrágicas¹. En este sentido, se han descrito^{2,3} aneurismas disecantes relacionados con la hipertensión portal en la gestación que afectan a la aorta o a cualquiera de sus ramas principales, produciendo síntomas que dependen del órgano afectado. Los aneurismas de la arteria esplénica son

los más frecuentes en el lecho arterial esplácnico y los segundos en frecuencia tras los aórticos y los ilíacos. La mortalidad entre las embarazadas se sitúa alrededor del 75%, con un 95% de pérdida fetal⁴, aunque se han publicado casos de supervivencia de la madre y el feto tras una rotura⁵⁻⁷. Estos aneurismas se han descrito con más frecuencia durante el tercer trimestre de la gestación⁸, y los encontrados en el posparto son menos frecuentes⁹. Sólo con un alto índice de sospecha y un diagnóstico muy precoz de la causa de la hemorragia sería posible disminuir las consecuencias catastróficas de la rotura de un aneurisma.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, sin antecedentes de interés, tercipara (un aborto), con gestación bien tolerada y dentro de la normalidad, sin factores de riesgo asociados que, tras parto vaginal espontáneo, fue encontrada inconsciente y extremadamente pálida tras un desfallecimiento en el tercer día posparto. A la llegada del equipo médico no presentaba pulsos periféricos, no respondía a estímulos verbales, pero sí a los dolorosos, y no se encontraba presión arterial. El Bmtest realizado era de 89 mg/dl, descartando así la posibilidad de una hipoglucemia. La respiración era superficial e irregular. Se procedió a la canalización de dos vías centrales y dos periféricas para la reposición de volumen. Mientras tanto, en la ecografía abdominal realizada no se detectó la existencia de hemoperitoneo. En el electrocardiograma se observaba disociación electromecánica y fibrilación ventricular, y en la analítica, una grave acidosis metabólica. Se intentó la desfibrilación en dos ocasiones durante la infusión de medicación inotrópica en el contexto de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada. Durante la reposición de volumen se volvió a realizar un control ecográfico abdominal, momento en el que se detectó la aparición de hemoperitoneo masivo, por lo que se decidió realizar una laparotomía de urgencia, en la que se encontró un gran hematoma retroperitoneal con hemoperitoneo muy diluido asociado. No se observó lesión alguna en el territorio genital, pero sí un sangrado activo desde el lecho esplácnico. Tras el diagnóstico de rotura de aneurisma disecante de la arteria esplénica se llevó a cabo una esplenectomía. La

paciente falleció 3 h más tarde debido a complicaciones hipoxicisquémicas y a encefalopatía anóxica tras el shock hemorrágico.

No se autorizó la realización de una necropsia, pero en el análisis anatómopatológico del bazo aparecieron signos compatibles con hipertensión en el territorio esplácnico (congestión e hiperplasia y arteriosclerosis hialina).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de una rotura de un aneurisma disecante de la arteria esplénica es un hecho infrecuente y de difícil diagnóstico¹⁰, y más aún si la presentación es insidiosa y ocurre en el tercer día posparto. La rotura de una de las ramas principales de la aorta causa la muerte en la mayoría de los casos. La embolización selectiva de los aneurismas sólo es posible si se han diagnosticado previamente, hecho que es excepcional, dado que la mayoría son asintomáticos. Para realizar un diagnóstico precoz es necesario un elevado índice de sospecha junto con una sintomatología inespecífica (náuseas, vómitos y dolor abdominal) o con síntomas secundarios a la hipertensión portal. En nuestro caso, el diagnóstico diferencial entre hipoglucemia, enfermedad neurológica (síndrome convulsivo) –como más frecuentes– o hemorragia abdominal se dificultó al no aparecer imagen compatible con hemoperitoneo en el primer examen ecográfico. Creemos que, como describen Caillouette y Merchant⁵, la hemorragia fue retenida y taponada por el propio saco del aneurisma, por la propia hemostasia, por el retroperitoneo o por los órganos vecinos y el omento, por lo que los síntomas fueron vagos e inespecíficos y sólo tras una segunda rotura (o tras el vencimiento de la resistencia) apareció el cuadro de shock. Consideramos que la rotura podría haberse producido durante los pujos del parto, pero que tuvo una evolución insidiosa y asintomática de hasta más de 48 h. Es probable que en el momento de la aparición de los síntomas ya fuera un proceso fatal e irreversible secundario a un fallo de bomba cardíaca por hipovolemia. Aunque estos procesos son muy infrecuentes, siempre deben estar en la mente del obstetra que se enfrenta a una embarazada o puérpera con pérdida súbita de conciencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaunitz AM, Hughes JM, Grimes DA. Causes of maternal mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 1985;65:605-12.
2. Hillemanns P, Knitza R, Müller-Höcker J. Rupture of splenic artery aneurysm in a pregnant woman with portal hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1665-6.
3. Arabia R, Pellicano S, Siciliani R, Dattola OL, Giusti S, Terra L. Splenic artery aneurysm and portal hypertension. Report of a case. *Minerva Med* 1999;90:143-5.
4. Shahabi S, Jani J, Masters L, Cobin L, Greindl J. Spontaneous rupture of a splenic artery aneurysm in pregnancy: report of two cases. *Acta Chir Belg* 2000;100:231-3.
5. Caillouette JC, Merchant EB. Rupture splenic artery aneurysm in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1810-3.
6. Arrieta FM, Muguerza J, García Sancho L, Ayuso M, Rustarazu M, Valenzuela P. Rupture of splenic artery aneurysm during pregnancy and posterior evolution of gestation. *Zentralbl Gynakol* 2000;122:579-80.
7. Gallot D, Bourmazzeau JA, Amblard J, Pouly JL, Lemery D. Rupture of a splenic artery aneurysm during pregnancy. Report of a case. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1999;28:168-70.
8. Brocas E, Tenaillon A. Spontaneous splenic rupture in the second quarter of pregnancy. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002;21:231-4.
9. Asokan S, Chew EK, Ng KY, Thanaletchimi N, Asmiati A, Kong NM. Post partum splenic artery rupture. *J Obstet Gynecol Res* 2000;26:199-201.
10. Dumont M. Rare or little known syndromes in gynecology and obstetrics. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1986;81:219-21.