



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Aneurisma esplénico complicado durante la gestación

Antonio Manuel Moya Yeste*, Cristina Fuentes Gerona,
Ana Amelia Fernández-Peinado Martínez y Arnau Castañer Marmol

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Recibido el 21 de febrero de 2011; aceptado el 20 de junio de 2011

Accesible en línea el 26 de octubre de 2011

PALABRAS CLAVE

Aneurisma esplénico;
Complicaciones de la
gestación;
Hemoperitoneo

Resumen La arteria esplénica ocupa el tercer lugar en frecuencia de aparición de aneurismas abdominales, solamente precedido por los aneurismas de aorta y de iliacas. No se conoce la prevalencia real; en autopsias se ha descrito entre el 0,01 al 10,4%, y se han encontrado en el 0,78% de las arteriografías. Se presenta en el 7,1% de los pacientes con hipertensión portal cirrótica. La ateroesclerosis es raramente la causa primaria, y por lo general es el resultado de la degeneración de la capa media de las arterias.

Fue descrita por primera vez por Beussier en 1776 y en gestantes por Corson en 1869. La rotura de un aneurisma esplénico se da entre el 3 y el 9% de los casos, pero la mitad de estas suceden durante el embarazo. La mortalidad materna asciende al 70% y la mortalidad fetal hasta al 90%. El mayor número de complicaciones aparecen durante el tercer trimestre (69%).

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Splenic aneurysm;
Pregnancy
complications;
Hemoperitoneum

Complicated splenic aneurysm during pregnancy

Abstract The splenic artery is the third most common site of abdominal aneurysms, only preceded by aortic and iliac aneurysms. The real prevalence is unknown but autopsy studies have described a prevalence of 0.01% to 10.4%, and these aneurysms have been found in 0.78% of angiograms. Splenic artery aneurysms occur in 7.1% of patients with cirrhotic portal hypertension. Atherosclerosis is rarely the primary cause, which is usually the result of degeneration of the middle arterial layer.

Splenic artery aneurysm was first described in 1776 by Beussier and in pregnant women by Corson in 1869. Rupture of a splenic aneurysm occurs in 3% to 9% of cases, but half of these ruptures occur during pregnancy. The maternal mortality rate is 70% and fetal mortality can be as high as 90%. The highest number of complications occurs during the third trimester (69%).

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Yeste20@hotmail.com (A.M. Moya Yeste).

Caso clínico

Paciente de 32 años, cuartigesta de 34 semanas y 2 días. Embarazo controlado en Marruecos.

Consultó por un cuadro de una hora de evolución, que consistía en dolor abdominal difuso acompañado de sudoración y taquicardia.

Durante la exploración inicial no se objetivó sangrado ni pérdida de líquido amniótico, tono uterino relajado, la ecografía mostró un feto único con latido cardíaco fetal positivo, presentación cefálica, líquido amniótico normal, placenta normoinserta y un peso fetal estimado de 2.200 g. Durante el registro cardiotocográfico (CTG) se produjo una bradicardia fetal que se recuperó de manera espontánea, y a los pocos minutos la madre sufrió un shock hipotensivo, recuperándose al ponerla en Trendelenburg y combinar la perfusión de suero fisiológico con lactato de Ringer. El monitor fetal registró una bradicardia fetal que no se recuperó, motivo por el cual se indicó una cesárea urgente.

Se realizó una laparotomía urgente, apreciándose un hemoperitoneo de 1.000 ml aproximadamente al entrar en la cavidad abdominal; se extrajo un feto varón de 2.240 g, Apgar 5, 7 que ingresó en la unidad de neonatos precisando ventilación mecánica con CPAP. Se exploró el útero y no se hallaron lesiones, por lo que se avisó al servicio de cirugía general, que continuó la intervención quirúrgica. Se retiraron abundantes coágulos y se encontró a nivel del íleo esplénico una malformación compatible con un aneurisma de 2 cm sin sangrado activo. Durante la exploración se produjo una dislaceración de la cápsula esplénica con un sangrado mínimo, motivo por el que se realizó una esplenectomía.

La paciente ingresó durante el postoperatorio inmediato en la unidad de reanimación, precisando la transfusión de 4 concentrados de hematíes y una de plasma. Permaneció estable clínica y hemodinámicamente, por lo que a las 48 h pasó a la planta de ginecología, donde fue dada de alta al cuarto día.

El recién nacido de 34 semanas y 2 días, adecuado a la edad gestacional, desarrolló una enfermedad de membrana hialina grado 2 que se resolvió con la administración de surfactante pulmonar, evolucionando favorablemente hasta ser dado de alta con 2.630 g a las 2 semanas de vida.

El estudio anatomo-patológico mostró una dilatación aneurismática de la arteria esplénica de 2 cm; el bazo estaba indemne.

Discusión

La arteria esplénica ocupa el tercer lugar en frecuencia de aparición de aneurismas abdominales, solamente precedido por los aneurismas de aorta y de iliacas¹. Los aneurismas de la arteria esplénica son entidades patológicas raras, con riesgo de romperse y producir una hemorragia fatal. La rotura de un aneurisma de la arteria esplénica en el embarazo es una causa de emergencia obstétrica de rara aparición, y el número de gestaciones previas es uno de los factores de riesgo que más lo aumenta, en particular a partir del tercer embarazo.

La mortalidad para la mujer es del 69,4%, y del 90,8% para el feto. Estos aneurismas se presentan en el 95% de los casos de manera asintomática².

El tratamiento quirúrgico de los aneurismas esplénicos debe estar limitado a aquellos cuyo diámetro es mayor o igual a 2 cm³, pero en la mujer en edad reproductiva deberían ser tratados de forma programada, debido al incremento del riesgo de rotura durante la gestación de hasta el 50%, en contraste con la baja mortalidad de 0,5 a 1,3% de la cirugía programada³.

El diagnóstico es difícil, ya que sólo el 5% presentan síntomas prodrómicos antes de la rotura⁴, destacando la epigastralgia o hipocondralgia izquierda con irradiación a espalda y omalgie (signo de Kher), hipocondralgia derecha o esplenomegalia⁴. Estas características pueden persistir días a semanas⁵. La arteriografía es el método de elección para el diagnóstico. La ecografía y el doppler pulsado son menos invasivos y pueden visualizar el aneurisma, aunque se consideran menos fiables⁶.

Las características de la rotura son el dolor y el shock en relación con la rápida hemorragia intraabdominal. En nuestro caso la paciente sólo mostró claros signos de shock durante el periodo de monitorización fetal, lo que obligó a realizar una laparotomía urgente.

En el 20-25% de los casos se describe un fenómeno de doble rotura⁵. La hemorragia inicial es detenida gracias al tapamiento del foramen de Winslow por el epiplón secundario al hematoma que se forma al drenar el aneurisma en la transversidad de los epiplones. Este primer episodio cursa con dolor, náuseas e hipovolemia, como ocurrió en nuestra paciente.

Durante las primeras 24 h la paciente suele presentar un colapso cardiovascular secundario a una segunda rotura aneurismática, que ahora permite el paso a la cavidad abdominal⁷. En las gestantes, los episodios hipovolémicos pueden ir asociados a alteraciones CTG por hipoperfusión uterina, los cuales fueron observados en nuestro caso.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, úlcera gástrica perforada o rotura de otro aneurisma arterial.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tsankova M, Jankova J, Dimitrova V, Grigorov G, Dzherov L. Rupture of splenic artery aneurysm—life-threatening condition for women during pregnancy and after birth. Akush Ginekol (Sofia). 2010;49:59–62.
2. Herbeck M, Horbach T, Putzenlechner C, Klein P, Lang W. Ruptured splenic artery aneurysm during pregnancy: A rare case with both maternal and fetal survival. Am J Obstet Gynecol. 1999;181:763–4.
3. Czekelius P, Deicher L, Gesenhues T. Rupture of an aneurysm of the splenic artery and pregnancy: A case report. Eur J Obstet Gynecol. 1990;38:229.
4. Angelakis EJ, Bair WE, Barone JE, Lincer RM. Splenic artery aneurysm rupture during pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 1993;48:145–8.
5. Holdsworth R, Gunn A. Ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy. A review. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99:595–7.
6. Lambert CJ, Williamson JW. Splenic artery aneurysm: A rare cause of upper gastrointestinal bleeding. Am Surg. 1990;56:543.
7. Selo-Ojeme D, Welch C. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;109:124–7.