

Pinzamiento aórtico precoz en el tratamiento quirúrgico de la rotura del aneurisma de la arteria esplénica

Early aortic clamping in the surgical treatment of splenic artery aneurysm rupture

La rotura espontánea de un aneurisma de la arteria esplénica (AAE) durante el embarazo es una complicación grave, con tasas de mortalidad tanto materna como fetal muy altas, del 70 y 90%, respectivamente¹. El diagnóstico y tratamiento, adecuados y precoces son fundamentales para mejorar la supervivencia de ambos.

Presentamos el caso de una paciente de 41 años, embarazada de 33 semanas *por fecundación in vitro*, que consultó por dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Acude de nuevo a Urgencias 10 h después con mal estado general, dolor abdominal en hipogastrio y vómitos. Exploración física: tensión arterial de 80/40 mm g, FC de 120 lpm. Abdomen doloroso, compatible con contracciones uterinas, y signos de sufrimiento fetal asociados, por lo que se decide cesárea urgente. Tras la extracción fetal, se evidencia hemoperitoneo masivo, no procedente del útero materno, avisando al cirujano de guardia. En la laparotomía exploradora se objetiva gran hematoma a tensión contenido en epigastrio-hipocondrio izquierdo. Con la sospecha de aneurisma visceral fisurado se realiza packing abdominal y, tras estabilización hemodinámica de la paciente, se intenta practicar una arteriografía diagnóstica-terapéutica del tronco celiaco. Durante el procedimiento presenta sangrado activo con inestabilización hemodinámica, por lo que se traslada con urgencia a quirófano. Con la presunción diagnóstica de rotura de aneurisma de la arteria esplénica se realiza control inicial de la hemorragia mediante pinzamiento de aorta torácica por toracotomía izquierda (30 min) y esplenopancreatectomía corporocaudal con identificación de un AAE roto (fig. 1) tras ligadura de dicha arteria. La paciente requirió transfusión de 8 concentrados de hematíes, plasma y soporte con fármacos vasoactivos por lo que se realizó cierre temporal del abdomen con *open vacuum*. A las 48 h se procede a la sutura laporotómica sin evidenciar más hemorragia retroperitoneal. En el posoperatorio presentó un hematoma en celda esplénica que necesitó drenaje percutáneo. Fueron dados de alta sin insuficiencia pancreática endo-exocrina de la paciente y con buen estado del recién nacido.

El AAE fue descrito por Beaussier en 1770² y en 1869 se señala asociado al embarazo³. Es el tercero en frecuencia entre los aneurismas intraabdominales, tras los de la aorta infra-renal y los de las arterias ilíacas.

Como mecanismos patogénicos del AAE durante la gestación se señalan las alteraciones hormonales y hemodinámicas asociadas al embarazo. Otros factores de riesgo incluyen multiparidad, hipertensión portal, aterosclerosis y fibrodisplasia de la pared vascular^{4,5}.

Se han descrito más de 400 casos de rotura de AAE, el 30% durante el embarazo y generalmente en el tercer trimestre⁵⁻⁷.

La probabilidad de rotura del aneurisma está en relación directa con su tamaño, incrementándose el riesgo en los mayores de 2 cm⁵ y conlleva una mortalidad mayor del 10%⁸. La sintomatología de la rotura de un AAE es inespecífica: dolor en epigastrio o hipocondrio izquierdo asociado a náuseas y vómitos o la palpación de una masa pulsátil, con inestabilidad hemodinámica. Se han descrito también episodios de hemorragia digestiva alta por erosión de la pared posterior gástrica, así como el «fenómeno de la doble rotura», que sucede en un 20% de los casos. Consiste en una hemorragia inicial limitada a la transcavidad de los epiplones, lo que provoca un dolor epigástrico con estabilidad hemodinámica y, tras un periodo de latencia variable, se produce un hemoperitoneo masivo con shock hipovolémico^{5,8,9}. En nuestro caso, la paciente presentó esta rotura en 2 tiempos, sin diagnóstico en la primera fase.

Indicaciones de cirugía electiva de AAE son el tamaño superior a 2 cm, aneurismas sintomáticos, en pacientes operados por cirugía de hipertensión portal y por trasplante

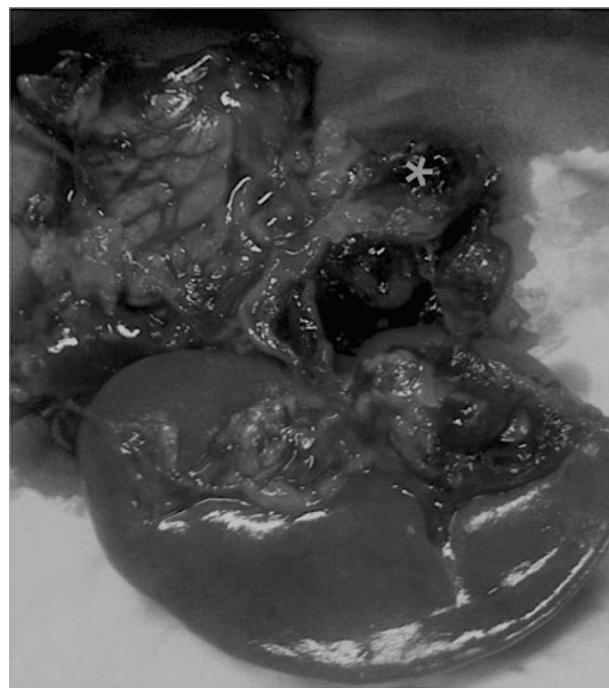


Figura 1 – Pieza quirúrgica: esplenopancreatectomía distal con aneurisma de arteria esplénica roto (*).

hepático y en las mujeres embarazadas o en edad fértil (con aneurismas de cualquier tamaño)^{5,8}. En estos casos, el tratamiento electivo puede ser mediante técnicas endovasculares (endoprótesis o embolización selectiva) o cirugía, abierta o por laparoscopia en casos seleccionados^{5,8,10}, para realizar la resección del aneurisma o la ligadura de la arteria esplénica, intentando preservar el bazo.

Para el diagnóstico de aneurismas esplénicos rotos, la tomografía computarizada con contraste intravenoso es la mejor opción en Urgencias, en pacientes hemodinámicamente estables. La hemorragia en la transcavidad de los epiplones, el hematoma retrogástrico o la fuga de contraste en la arteria esplénica deben hacer sospechar el diagnóstico, indicando en estos casos la arteriografía terapéutica con embolización selectiva^{5,8}.

En la cirugía urgente por rotura del AAE, el pinzamiento aórtico precoz (supra-celíaco o torácico) es una maniobra muy útil para el control inicial de la hemorragia exanguinante. Posteriormente, se realiza la ligadura de la arteria esplénica, generalmente con esplenopancreatectomía distal de necesidad^{5,8-10}. En nuestro caso, se realizó control vascular de la aorta torácica por imposibilidad de acceder a la aorta abdominal con seguridad debido al gran hematoma, con abordaje abdominal por laparotomía media, practicando ligadura de arteria esplénica y esplenopancreatectomía distal de necesidad.

La rotura del AAE es una complicación poco frecuente en el embarazo, pero potencialmente mortal. Se debe sospechar en gestantes con cuadro de dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo asociado a inestabilidad hemodinámica, ya que un diagnóstico y tratamiento precoces son claves para la supervivencia del feto y de la madre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hillemanns P, Knitza R, Muller-Hocker J. Rupture of splenic artery aneurysm in a pregnant patient with portal hypertension. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;4:1665-6.
2. Beaussier M. Sur n anéurisme de l'artère splénique dont les parois se sont ossifiées. *J Med Clin Pharmacol.* 1770;32:157.

3. Corson EM. Aneurysm of the splenic artery: Rupture and death. *Med Surg Reporter.* 1869;20:351.
4. Parangi S, Levine D, Henry A, Isakovitch N, Pories S. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg.* 2007;193:223-32.
5. Escudero de Fez MD, Sabater Ortí L, Calvete Chornet J, Camps Vilata B, Gómez Portilla A, Martínez León J, et al. Hemoperitoneo por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. *Cir Esp.* 2001;3:160-3.
6. Ho WC. Rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. *CMAJ.* 1977;117:123-4.
7. Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, Głowiczki P, Oldenburg WA, Pailorero PC, et al. Splenic artery aneurysms: Two decades experience at Mayo Clinic. *Ann Vasc Surg.* 2002;4:425-42.
8. Girones Vila J, Roig García J, Rodríguez Hermosa JJ, Garsot Savall E, Codina Cazador A. Preservación esplénica tras resección de aneurisma esplénica por rotura. *Cir Esp.* 2008;84:227-36.
9. Pavlis T, Seretis C, Gourgiotis S, Aravosita P, Mystakelli C, Aloizos S. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm during the first trimester of pregnancy: Report of an extremely rare case and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2012;2012:528051.
10. Rodríguez-Caulo EA, Arají O, Miranda N, Téllez JC, Velázquez C. Aneurisma fusiforme gigante de arteria esplénica. *Cir Esp.* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.01.013>.

Nancy Vivian Ledezma Peredo*, María Díaz-Tobarra, Jetzabel Soria Estrems, Carlos Alberto León Espinoza y Julio Calvete Chornet

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nancy.ledezmaperedo@hotmail.com (N.V. Ledezma Peredo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.026>

Resección toracoscópica de un bocio ectópico mediastínico por puerto único

Single-port thoracoscopic access for a mediastinal ectopic goiter

El bocio ectópico mediastínico es una entidad poco frecuente. La base del tratamiento es la resección quirúrgica. Su abordaje quirúrgico se ha discutido en la literatura, ofreciendo diversos enfoques técnicos toracoscópicos o abiertos. Presentamos lo que creemos que es el primer caso de resección de esta enfermedad abordada por un solo puerto de videocirugía toracoscópica.

Paciente de 69 años, sometida a tiroidectomía en 2004, en tratamiento con hormona tiroidea desde entonces. Acude en varias ocasiones a su médico por disnea de esfuerzo. La radiografía mostró una imagen patológica en el mediastino. Se realiza TC torácica que revela una masa paratraqueal de 3 cm en la región media-alta paramediastínica derecha, compatible con un bocio ectópico. Se indica resección por videocirugía