

512 V. Benito
M.A. Nieto
A. Rodríguez-Zurita
A. Arencibia
J.A. García-Hernández

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Correspondencia:

Dra. V. Benito Reyes.
Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.
Avda. Marítima del sur, s/n. 35016 Las Palmas de Gran Canaria.
España.
Correo electrónico: virbenito@yahoo.es

Fecha de recepción: 20/02/03
Aceptado para su publicación: 01/04/03

Aneurisma esplénico y embarazo: presentación de un caso

Splenic artery aneurysm and pregnancy: a case report

V. Benito, M.A. Nieto, A. Rodríguez-Zurita, A. Arencibia, J.A. García-Hernández. Aneurisma esplénico y embarazo: presentación de un caso.

RESUMEN

La arteria esplénica es el tercer lugar más frecuente de formación de aneurismas intraabdominales tras la aorta y arterias ilíacas. Los aneurismas de arteria esplénica constituyen aproximadamente el 60% de todos los aneurismas arteriales viscerales. El riesgo de rotura, generalmente entre un 3 y un 5%, se incrementa durante la gestación hasta más de un 20%, con un 75% de mortalidad materna y un 95% de mortalidad fetal. Se han publicado en la bibliografía aproximadamente 100 casos de rotura espontánea de aneurismas de arteria esplénica durante la gestación, entre los que sólo han sobrevivido madre y feto en 14 casos.

PALABRAS CLAVE

Aneurisma de arteria esplénica. Embarazo.

SUMMARY

The splenic artery is the third most common site of intra-abdominal aneurysm formation after the abdominal aorta and iliac arteries. Splenic artery

aneurysms constitute approximately 60% of all visceral arterial aneurysms. The risk of rupture, generally given as 3%-5%, rises to over 20% in pregnancy, with a maternal and fetal mortality rate of 75% and 95%, respectively. Approximately 100 cases of ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy have been reported in the literature. However, mother and fetus have survived in only 14 of these cases.

KEY WORDS

Splenic artery aneurysm. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La arteria esplénica es el tercer lugar más común de formación de aneurismas intraabdominales tras la aorta y las arterias ilíacas. La primera descripción de un aneurisma de arteria esplénica (AAE) se realizó en 1770 por M. Beaussier, tras un estudio necrópsico¹. La incidencia, según amplias series de autopsias, oscila entre un 0,02% y un 0,1%². Los AAE constituyen un 60% del total de los aneurismas arteriales viscerales³. Se descubren normalmente de for-

ma accidental durante autopsias o durante la realización de técnicas de imagen por otro motivo.

La rotura espontánea de un AAE es un evento raro con consecuencias catastróficas. En la población general se han descrito más de 400 casos de rotura de AAE, con una tasa de mortalidad del 25%³. MacFarlane y Thorbjarnarson⁴ describieron el primer caso de rotura de un AAE tratado de forma exitosa en 1940. El riesgo de rotura, generalmente entre un 3 y un 5%, se incrementa durante la gestación hasta más de un 20%, con un 75% de mortalidad materna y un 95% de mortalidad fetal⁵. Se han publicado en la bibliografía aproximadamente 100 casos de roturas espontáneas de AAE durante la gestación. Sólo han sobrevivido madre y feto en 14 de estos 100 casos⁶.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 38 años de edad sin antecedentes familiares de interés y con antecedentes personales de miomectomía laparoscópica en el año 1998. Secundigesta, con un aborto previo y con una gestación actual espontánea y de curso normal.

La paciente acude en la semana 34+6 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, por un cuadro disneico de inicio súbito. En la exploración la gestante presenta un mal estado general, no tolerando el decúbito supino, con una presión arterial de 110/90 mmHg, una frecuencia cardíaca de 120 lat/min, taquipnea, cianosis periférica y frialdad distal. La auscultación cardiopulmonar es normal y el abdomen es blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Los pulsos periféricos están conservados de forma bilateral, aunque son débiles. La altura uterina corresponde con el tiempo de amenorrea, sin objetivarse hipertonia uterina, y la frecuencia cardíaca fetal se ausculta normalmente. Al tacto vaginal no se objetivan modificaciones cervicales y se comprueba la ausencia de sangrado desde la cavidad.

Se solicita un estudio analítico completo, gasometría arterial, radiografía simple de tórax y electrocardiograma. Se ausculta lo que en principio da la impresión de ser la frecuencia cardíaca fetal y se monitoriza mediante un test no estresante (fig. 1).

En el hemograma destaca una anemia moderada (hemoglobina: 9,9 g/dl y hematocrito: 28,7%). La

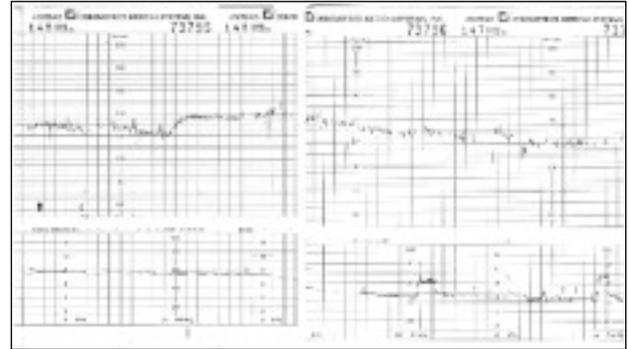


Figura 1. Test no estresante.

bioquímica general y las pruebas de coagulación son normales. La gasometría arterial muestra una acidosis respiratoria con una saturación de O₂ del 54,5% (pH 7,03, pCO₂ 58,6 mmHg, pO₂ 42,3 mmHg y HCO₃ 14,5 mmol/l). La radiografía de tórax es normal.

Tras una hora de observación con control hemodinámico constante la paciente muestra un importante deterioro, con disminución de las cifras tensiionales hasta 80/40 mmHg e incremento de la frecuencia cardíaca hasta 140 lat/min. En la exploración la paciente presenta una marcada distensión abdominal que en el momento del ingreso no mostraba. Dada la inestabilidad hemodinámica y con la sospecha diagnóstica de sangrado intracavitario se decide intervención quirúrgica urgente.

Al llegar a cavidad abdominal se visualiza un gran hemoperitoneo sin localizar, en principio, el origen del sangrado. Se realiza una histerotomía segmentaria transversa baja, extrayéndose un recién nacido varón de 2.400 g, con un test de Apgar 0/0. Tras 35 min de reanimación por parte del servicio de neonatología se considera fallecimiento fetal.

Tras la extracción fetal se intenta el alumbramiento manual, produciéndose la inversión uterina por estar la placenta firmemente adherida al útero. Con la sospecha de acretismo placentario se decide realizar una histerectomía puerperal. A pesar de la intervención el sangrado se intensifica, objetivándose en la revisión abdominal sangrado activo desde el ángulo esplénico. Se abre la transcavidad de los epiploones, encontrando varias dilataciones aneurismáticas de la arteria esplénica con sangrado por rotura de éstas. Se realiza una esplenectomía controlando

514 así el sangrado. Posteriormente la anatomía patológica desvela que no existen alteraciones uterinas ni placentarias.

El postoperatorio inmediato es tórpido, requiriendo la paciente el traslado al servicio de cuidados intensivos, con empleo de fármacos vasoactivos y monitorización continua. El control analítico empeora progresivamente y el cuadro se complica con una coagulopatía intravascular diseminada. Cinco horas tras la intervención se presenta un sangrado masivo que precisa reintervención urgente. Se visualiza, al alcanzar la cavidad abdominal, un sangrado en sábana del lecho esplénico y de la histerectomía. El intento por realizar hemostasia fracasa, por lo que finalmente se decide compresión con un *packing* intraabdominal.

Aproximadamente 12 h después del inicio del cuadro la paciente entra en parada cardiorrespiratoria secundaria a un shock hipovolémico, con imposibilidad de realizar hemostasia y fallece tras el fracaso de las maniobras de reanimación cardiovascular.

DISCUSIÓN

Hasta la actualidad sólo se han descrito 100 casos de rotura de AAE entre la población gestante. Más del 50% de las roturas de AAE en mujeres menores de 40 años están relacionadas con la gestación⁷. Se ha descrito que en el 69% de las pacientes la rotura ocurrió en el tercer trimestre del embarazo y a menudo fue confundido con una rotura uterina o esplénica, en el 13% ocurrió durante el parto, en el 6% en el posparto y en el 12% aconteció durante los primeros 2 trimestres⁶. La mortalidad materna y fetal es muy elevada (el 75 y el 95%, respectivamente)⁴.

El 95% de las pacientes portadoras de un AAE se mantienen asintomáticas hasta el momento de la rotura⁸. La sintomatología más común, según los casos publicados, es el dolor súbito en hemiabdomen superior, fundamentalmente en el flanco izquierdo y el epigastrio, acompañado o no de signos de shock⁹. En el 25% de los casos se describe un fenómeno de "doble rotura". La rotura inicial se presenta con sintomatología de dolor, náuseas e hipo-

volemia y se estabiliza secundariamente por el taponamiento del aneurisma roto por el epiplón y por la obstrucción del foramen de Winslow por coágulos organizados. La hemorragia se reanuda tras la segunda rotura, que ocurre a través del foramen de Winslow o en otro lugar próximo, normalmente en las primeras 48 h⁹.

Cambios fisiológicos gestacionales, como el incremento del flujo sanguíneo a través de la arteria esplénica (como resultado del incremento de la volemia y de la compresión distal de la aorta y las arterias ilíacas por el útero grávido), una congestión portal relativa y el progresivo debilitamiento de la estructura básica de la capa media arterial (teoría de Manalo-Estrella y Barrer¹⁰) son importantes factores patogénicos. La multiparidad podría ser responsable de la dilatación aneurismática y de alteraciones irreversibles en la pared arterial. Trastek et al¹¹ informaron de que el 78% de las pacientes con rotura de AAE se encontraba en su tercera gestación. El número medio de embarazos entre esta población es de 4,5¹².

Según diferentes autores, se debe tratar de forma electiva un AAE conocido, con un diámetro mayor o igual a 2 cm, en toda paciente mujer en edad reproductiva o incluso gestante, por el alto riesgo de rotura durante la gestación, en contraste con la baja mortalidad de la cirugía electiva, que oscila entre el 0,5 y el 1,3%¹³.

A pesar del mal resultado maternofetal en nuestro caso, creemos que su rareza justifica plenamente su exposición. Al igual que en la mayoría de los casos publicados en la bibliografía, el AAE cursó de forma asintomática hasta el momento de su rotura, que aconteció durante el tercer trimestre de la gestación. Insistimos en que la rotura de un AAE tiene un mal pronóstico entre la población gestante en relación con la población no gestante. El diagnóstico de rotura de AAE en una paciente gestante es muy difícil de realizar, aunque se debe considerar en toda embarazada que presente un cuadro de dolor intenso y de comienzo brusco en el flanco izquierdo, fundamentalmente durante el tercer trimestre de la gestación y tras descartar la rotura uterina y *abruptio placentae*, enfermedades obstétricas cuyo diagnóstico diferencial es preceptivo realizar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beaussier M. Sur un aneurisme de l'artère splénique: Dont les parols se sont ossifiées. *J Med Clin Pharmacol Paris* 1770; 32:157.
2. Perrot MD, Buhler L, Deleaval J, et al. Management of true aneurysms of the splenic artery. *Am J Surg* 1998;175:466-8.
3. Trastek VF, Pairolero PC, Joyce JW, et al. Splenic artery aneurysms. *Surgery* 1982;91:694-9.
4. MacFarlane JR, Thorbjarnarson B. Rupture of splenic artery aneurysm during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 95:1025-37.
5. Hillemanns P, Knitza R, Müller-Höcker J. Rupture of splenic artery aneurysm in a pregnant patient with portal hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1665-6.
6. Guy RK, Haslett E, Leary T, Bland E, Hackett G. Management of splenic artery aneurysm rupture during trial of scar with epidural analgesia. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180.
7. Barrett JM, Van Hooydonk JE, Boehm FH. Pregnancy-related rupture of arterial aneurysms. *Obstet Gynecol Surv* 1982; 37:557-66.
8. Czekelius P, Deichert L, Gesenhues T, Schulz KD. Rupture of the splenic artery and pregnancy: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Repord Biol* 1991;38:229-32.
9. Caillouette JC, Merchant EB. Ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy. Twelfth reported case with maternal and fetal survival. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1811-3.
10. Manalo-Estrella P, Barker AE. Histopathologic findings in human aortic media associated with pregnancy. *N Engl J Med* 1987; 317:687-94.
11. Trastek VF, Pairolero PC, Bernatz PE. Splenic artery aneurysms. *World J Surg* 1985;9:694-9.
12. De Perrot M, Bühler L, Deléaval J, Borisch B, Mentha G, Morel P. Management of true aneurysms of the splenic artery. *Am J Surg* 1998;175:466-8.
13. 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* 1991;181.