

CARTAS CIENTÍFICAS

Tratamiento endovascular con *stent* recubierto de aneurisma de arteria esplénica

Endovascular treatment of a splenic artery aneurysm with a coated stent

B. García Fresnillo*, M. Guerra Requena, P.C. Morata Barrado y E. Blanco Cañibano

Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Recibido el 31 de diciembre de 2010; aceptado el 10 de junio de 2011

Disponible en Internet el 30 de julio de 2011

Los aneurismas esplénicos (AE) se definen como la dilatación de la arteria esplénica mayor de 1 cm. Son la tercera causa más común de aneurismas intraabdominales, con una prevalencia superior al 10%, siendo los más frecuentes de los aneurismas viscerales (60%)¹⁻⁴.

Presentamos el caso de un paciente varón de 51 años de edad, remitido a nuestra consulta por el hallazgo de un AE en el estudio de extensión de un carcinoma de recto. Entre sus antecedentes personales presentaba hipertensión arterial, dislipemia, exfumador, pielonefritis aguda izquierda, pólipos colónicos adenomatosos y carcinoma de recto (ya resecado).

En la TC abdomino-pélvica realizada se observa arteria esplénica elongada con aneurisma de 44 mm de diámetro en su tercio proximal, con trombo mural (fig. 1).

Dado el tamaño del aneurisma se indica cirugía, optando por el tratamiento endovascular con *stent* recubierto. Bajo anestesia general, y mediante abordaje femoral derecho, se cateteriza la arteria esplénica utilizando catéter guía de 9 F (Cordis®). Se realiza arteriografía confirmando los hallazgos de la TC. Se procede a la introducción e implante de *stent* recubierto autoexpandible Viabhan® de 8 mm x 10 cm (W.L. Gore & Associates, Inc), soportado en guía Amplatz superstiff de 0,035". En la angiografía de control se com-

prueba la correcta colocación de la endoprótesis con exclusión del aneurisma y permeabilidad de arteria esplénica (fig. 2).

No presentó complicaciones en el postoperatorio, y el paciente recibió el alta tras una estancia hospitalaria de 48 horas. En el control con angio-TC a los tres meses se constata la completa exclusión del aneurisma con permeabilidad de la arteria esplénica.

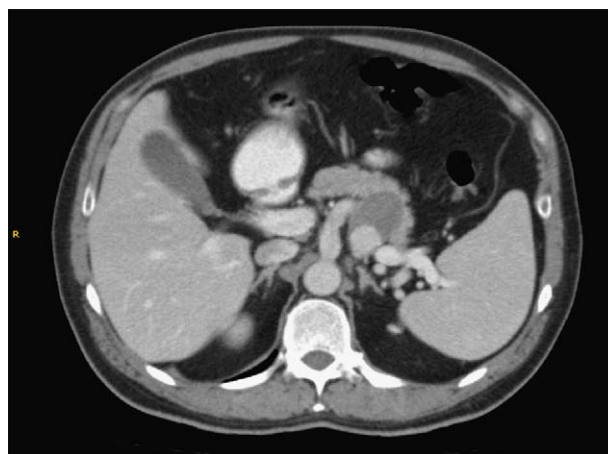


Figura 1 Angio-TC previa a la cirugía. Se observa aneurisma esplénico de 44 mm de diámetro en el tercio proximal de la arteria esplénica, con trombo mural.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: bgarciafresnillo@Yahoo.Es
(B. García Fresnillo).



Figura 2 Angio-TC de control a los tres meses de la cirugía. Se comprueba la correcta colocación de la endoprótesis, la ausencia de fugas y la permeabilidad de la arteria esplénica.

Los AE generalmente son únicos y saculares². Son 4 veces más comunes en mujeres que en hombres². Habitualmente están localizados en el tercio distal de la arteria esplénica (75%), seguidos del tercio medio (20%)^{2,5}. Aunque la patogenia no está totalmente aclarada, existen factores de riesgo como traumatismos, factores hormonales y hemodinámicos del embarazo, hipertensión portal, fibrodiasplasia arterial de media y arteriosclerosis^{2,4,5}. La mayoría son asintomáticos (80%) y se descubren accidentalmente. El síntoma más frecuente es el dolor, que puede localizarse a nivel epigástrico o en el cuadrante superior izquierdo. Otros síntomas son anorexia, náuseas y vómitos². Raramente se palpa una masa pulsátil. En un 2-10% de los casos la forma de presentación puede ser la rotura, con una mortalidad asociada del 25%^{1,2,4-6}. Esta ocurre de forma brusca, con dolor a la punta del dedo en el hemiabdomen izquierdo e inestabilidad hemodinámica². La mayoría de las roturas de AE ocurren en embarazadas (95%), con una mortalidad próxima al 100%^{2,6}.

El diagnóstico suele ser incidental. En ocasiones puede verse un aneurisma calcificado en una placa simple. Una prueba diagnóstica útil son los ultrasonidos, sobre todo en embarazadas, pero las pruebas diagnósticas que más datos aportan son la TC y la resonancia magnética (RM)^{2,3,5}.

El tratamiento de los AE está indicado en los mayores de 2 cm, en la mujer embarazada, en aquellos pacientes que van a ser sometidos a trasplante hepático y, por supuesto, en los sintomáticos²⁻⁶. El tipo de tratamiento depende del modo de presentación, la localización y el tamaño del aneurisma. Hasta la pasada década la cirugía convencional (resección con revascularización, ligadura o esplenectomía) ha sido el pilar del tratamiento, con una mortalidad asociada mayor del 1% y una morbilidad del

9%^{2,4,6}. Recientemente, con la aparición de nuevas técnicas mínimamente invasivas, las opciones han cambiado. Estas incluyen la cirugía laparoscópica (que requiere experiencia y ecografía intraoperatoria) y el tratamiento endovascular (mediante embolización o exclusión del aneurisma mediante endoprótesis)⁵. La embolización con *coils* está considerada actualmente el tratamiento de primera línea en la mayoría de los pacientes, particularmente en los asintomáticos, en los saculares y en aquellos localizados proximalmente^{2,4}. Las complicaciones incluyen la migración de los *coils* con infarto distal, la formación de abscesos y raramente la rotura del aneurisma^{1,3,4}. La recanalización del aneurisma puede ocurrir en más del 12%^{2,6}. Existe un conjunto de síntomas englobados en el denominado síndrome postembolización que afecta al 30% de los pacientes^{2,6}. Más recientemente se han introducido las endoprótesis vasculares o *stents* recubiertos de PTFE en el tratamiento de los AE. Esta técnica excluye el aneurisma preservando el flujo arterial^{4,5}. Las limitaciones en el despliegue del dispositivo serían el tamaño y la tortuosidad de la arteria esplénica, así como la localización del aneurisma, siendo más favorable en aneurismas proximales. Disponemos de dos tipos de *stents* recubiertos, los autoexpandibles (con la ventaja de que son muy flexibles) y los balón-expandibles (que permiten una liberación más controlada del dispositivo). Las endoprótesis parecen tener un menor riesgo de infarto esplénico comparadas con la embolización.

Bibliografía

1. Kasir D, Macierewicz J, Castillo-Rama M, Singh S, Mackinlay J. Stent-graft repair of splenic artery aneurysm. *EJVES Extra*. 2003;6:62-3.
2. Al-Habbal Y, Christophi C, Muralidharan V. Aneurysms of the splenic artery - A review. *Surgeon*. 2010;8:223-31.
3. Vallina-Victorero Vazquez MJ, Vaquero Lorenzo F, Salgado AA, Ramos Gallo MJ, Vicente Santiago M, Lojo Rocamonde IM, et al. Endovascular treatment of splenic and renal aneurysms. *Ann Vasc Surg*. 2009;23:258.
4. Ikeda O, Tamura Y, Nakasone Y, Iryou Y, Yamashita Y. Nonoperative management of unruptured visceral artery aneurysms: treatment by transcatheter coil embolization. *J Vasc Surg*. 2008;47:1212-9.
5. Loffroy R, Guiu B, Cercueil JP, Lepage C, Cheynel N, Steinmetz E, et al. Transcatheter arterial embolization of splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms: short- and long-term results. *Ann Vasc Surg*. 2008;22:618-26.
6. Rossi M, Rebonato A, Greco L, Citone M, David V. Endovascular exclusion of visceral artery aneurysms with stent-grafts: technique and long-term follow-up. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2008;31:36-42.