

CARTAS CIENTÍFICAS

Tratamiento quirúrgico exitoso de aneurisma esplénico roto

Successful surgical treatment of a ruptured splenic artery aneurysm

S. Roldan*, J.M. Arribas y R. Arcas

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

Recibido el 25 de febrero de 2011; aceptado el 25 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 19 de diciembre de 2011

Las arterias esplénicas son las más frecuentemente afectadas por aneurismas de los vasos esplácnicos. Los aneurismas esplénicos tienen predilección por el sexo femenino, y guardan relación con la fibrodysplasia arterial, la hipertensión portal, el embarazo, la arteriosclerosis y la presencia de procesos inflamatorios acompañantes¹. La mayoría de los casos son asintomáticos y se diagnostican de forma casual, pero hasta un 9% sufren ruptura, lo que supone una emergencia vital^{1,2}. Se presenta el caso de un hombre con ruptura aguda de aneurisma esplénico que fue tratado exitosamente mediante cirugía.

Varón de 61 años con historia de hipertensión arterial y artritis reumatoide diagnosticado casualmente de aneurisma esplénico de 6 x 6 x 7 cm al realizarse una TAC durante un cólico nefrítico (Figura 1A). Se descartó la posibilidad de tratamiento endovascular mediante endoprótesis debido a la proximidad a la aorta, menor de 1 cm del origen de la arteria. Se intentó la embolización del aneurisma sin éxito. El paciente estaba pendiente de un nuevo intento de embolización vía percutánea. A la semana del intento acude al hospital con un dolor abdominal agudo de instauración brusca. Se le realiza una TAC que muestra crecimiento del aneurisma, alcanzando los 9 cm, con importante líquido libre compatible con hemorragia retroperitoneal, pero sin señales de salida de contraste (Figura 1B). Inicialmente estable, el paciente sufre bruscamente pérdida de conocimiento, con hipotensión y

taquicardia. Los cirujanos generales del hospital deciden realizar una laparotomía exploradora, encontrándose un aneurisma esplénico gigante que afectaba al origen de la arteria esplénica de la aorta y una importante hemorragia. Sin encontrar el punto de ruptura, deciden contactar con el Servicio de Cirugía Cardiovascular de nuestro hospital. El paciente se estabiliza hemodinámicamente en la mesa operatoria, y dejando un taponamiento con compresas y cerrando la piel, es trasladado a nuestro hospital en ambulancia. Una vez en nuestras manos el campo quirúrgico es ampliado con una laparotomía media más incisiones subcostales bilaterales. Se expone el aneurisma con dificultad, observándose el punto de ruptura en la cara posterior del mismo. Una vez localizada la zona proximal se le administra heparina y se clampa la aorta. Se realiza liberación de la arteria esplénica, se seccionan los vasos cortos y se realiza esplenectomía. Luego se liga la arteria y la vena esplénica distales. Se abre el saco aneurismático y se aplican puntos de transfixión en los vasos sangrantes y se refuerza la ligadura (Figura 2). Hubo que realizar también pancreatectomía distal y dar algunos puntos sueltos a nivel de una perforación gástrica. Durante la intervención el paciente requiere transfusión de varios concentrados de hematíes, plasma y fibrinógeno. Se dejan tres drenajes a nivel retroperitoneal.

Tras la intervención el paciente sufre obstrucción intestinal precisando de nutrición parenteral durante unos días. Su evolución ha sido lenta, pero progresiva y favorable, siendo dado de alta en condiciones estables a los 50 días posquirugía. Una TAC de control pre-alta ha mostrado el éxito de la intervención.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sararoldan.13@hotmail.com (S. Roldan).

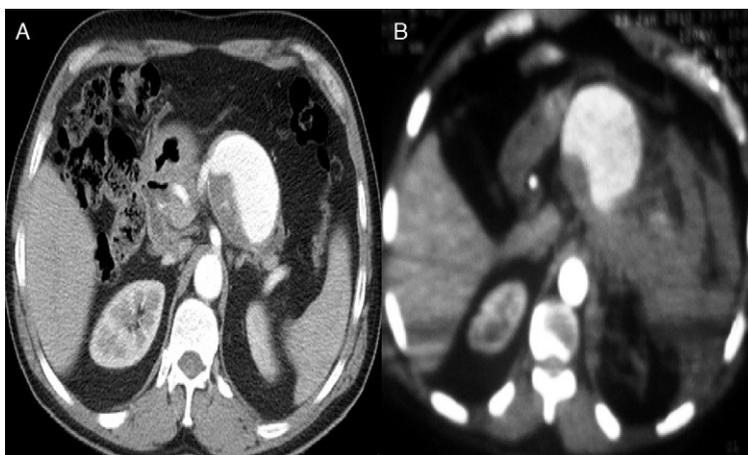


Figura 1 TAC abdominal. A Aneurisma esplénico no complicado. B Aneurisma esplénico roto.

Los aneurismas esplénicos son los más frecuentes de los aneurismas de las arterias viscerales, pero aun así son muy raros, siendo frecuentemente diagnosticados de forma casual. La cirrosis, la hipertensión portal y el embarazo se han visto relacionados con su etiopatogenia. La mayoría de los casos reportados ocurren durante el embarazo¹⁻⁶. Nuestro paciente no presentaba ningún típico factor de riesgo relacionado con aneurismas esplénicos, aunque algunos artículos han mostrado relación entre la artritis reumatoide y otros tipos de vasculitis y el desarrollo de aneurismas viscerales⁷. Hasta un 80% de los pacientes están asintomáticos y el diagnóstico del aneurisma es casual, o dan síntomas inespecíficos de malestar abdominal. La complicación más temida es la ruptura. Puede y suele ser la primera manifestación y puede ser fatal. Puede manifestarse como hemorragia intraperitoneal, shock cardiovascular, hemorragia gástrica, fistulización arteriovenosa, fístula pancreática, trombosis, etc. La ruptura está

altamente relacionada con el embarazo, la calcificación y el tamaño³⁻⁵.

El tratamiento es un tema que está en controversia. La cirugía debería realizarse en los casos con aneurismas mayores de 2 cm, embarazo, sintomatología o ruptura. La embolización y otras técnicas endovasculares de tratamiento pueden ser una opción. Las intervenciones quirúrgicas también son variadas: aneurismectomía, exclusión y ligadura, con o sin esplenectomía, y la reconstrucción arterial. En ocasiones es necesario practicar también pancreatomectomía distal, especialmente en procesos inflamatorios o casos con mala exposición¹. La incidencia de pancreatomectomía y esplenectomía es mayor en los casos de aneurismas rotos⁶. Una vez se ha producido la ruptura el riesgo quirúrgico es elevado. La mortalidad global de los aneurismas esplénicos rotos es del 10-25%³⁻⁵.

La ruptura de aneurismas esplénicos debería estar incluida en los diagnósticos diferenciales del dolor

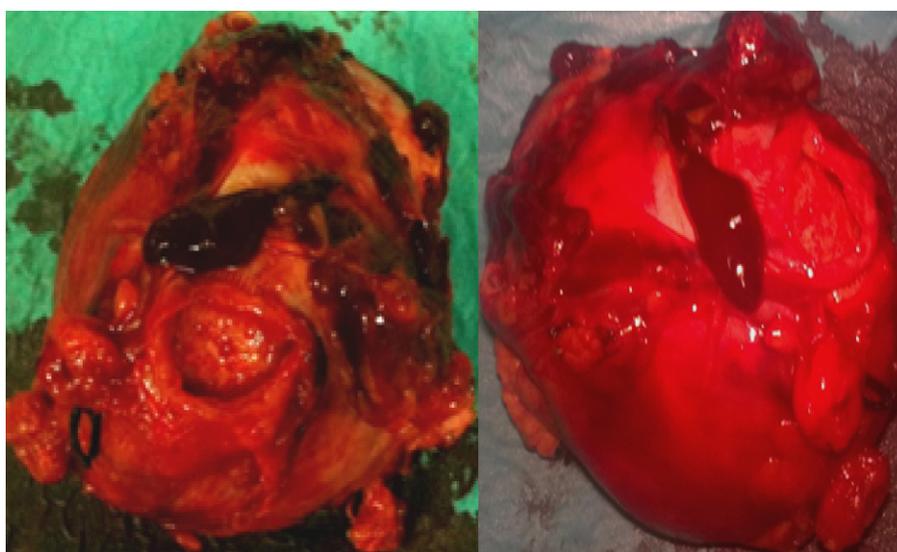


Figura 2 Aneurisma arteria esplénica (pieza quirúrgica).

abdominal agudo, especialmente asociado a hipotensión y/o shock. Existen diversas estrategias terapéuticas, debiéndose seleccionar la apropiada para cada caso.

Bibliografía

1. Upchurch GR, Zelenock GB, Stanley JC. Splanchnic artery aneurysms. En: Rutherford RB, editor. *Vascular Surgery*. 6ª ed. Philadelphia: Elsevier & Saunders; 2005. p. 1565–81. Ch. 107.
2. Abad C, Montesdeoca-Cabrera D, Sáez-Guzmán T. Aneurisma de la arteria esplénica. Revisión de dos casos intervenidos quirúrgicamente. *An Med Interna*. 2006;23.
3. Cantos-Pallarés M, Bruna-Esteban M, Artigues-Sánchez de Rojas E, Fabra-Ramis R, Mir-Labrador J, Roig-Vila JV. Rotura espontánea de aneurisma de la arteria esplénica. *Angiología*. 2008;60:269–72.
4. Rabal HB, Agarwal GR, Sagal RP, Dave AN, Patel VD. Ruptured splenic artery aneurysm. *Ind J Radiol Imag*. 2006;4:543–4.
5. Zubaidi A. Rupture of multiple splenic artery aneurysms: A common presentation of a rare disease with a review of literature. *Saudi Jour Gastroenterol*. 2009;15:55–8.
6. Abbas M, Stone W, Fowl R, Gloviczki P, Oldenburg W, Pairolero P, et al. Splenic artery aneurysms: Two decades experience at Mayo clinic. *Ann Vasc Surg*. 2002;16:442–9.
7. Ikeda O, Tamura Y, Nakasone Y, Yamashita Y. Nonoperative management of unruptured visceral artery aneurysms: treatment by transcatheter coil embolization. *J Vasc Surgery*. 2008;47:1212–9.