

Arteriografía más Embolización de Aneurisma Esplénico. Reporte de Caso

Dr. Armando Buchelli (a) Dr. Juan Masias (b)

(a) Jefe del servicio de Hemodinamia (b) Médico Postgradista nivel II de Cardiología Hospital Alcívar
Departamento de Cardiología del Hospital Alcívar

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas esplénicos son entidades raras, siendo el más frecuente de estos el de la arteria esplénica definida como una dilatación anormal mayor de 1 cm de diámetro. El 90 % de los casos son asintomáticos, se trata de una patología con una etiología no claramente definida relacionándose principalmente con un alto flujo portal donde la complicación más temida sería la ruptura que ocurre con una frecuencia de entre un 2-10 % cursando con abdomen agudo y shock que puede llegar a tener una mortalidad del 30 %.

OBJETIVO

Definir el tratamiento de elección en los pacientes que presenten dilatación aneurismática a nivel esplénico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Adulta femenina de 50 años de edad acude por cuadro clínico de 7 días de evolución caracterizado dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de intensidad 5/10 según escala análoga de dolor, con sensación de masa e hipersensibilidad local, a la exploración hemodinámicamente estable, afebril, abdomen blando, percusión y peristaltismo adecuado, hipersensibilidad en hemiabdomen superior y, a la palpación, masa pulsátil en el epigastrio. Se realizó una Angio TAC de Abdomen en la que se observó una dilatación sacular de arteria esplénica con diámetros de 23mm x 10 mm x 11mm con base de 3,8 mm.

1. Asepsia y desinfección de la región femoral derecha
2. Infiltración con lidocaína al 2% 30 mL
3. Se canaliza Arteria femoral derecha con técnica de seldinger
4. Introdutor se conecta a manifold para toma de presiones invasivas
5. Se avanza cuerda Guía hidrofílica
6. Se avanza catéter cobra 2C hidrónico glidecath
7. Se posición en tronco celiaco deonde realizamos inyección de contraste
8. Se observa presencia de imagen aneurismática de 1/3 distal de arteria esplénica
9. Se avanza microcateter presgo de forma selectiva en domo de aneurisma
10. Se procede a desplegar 4 coils para la embolización.
11. Se retira introdutor y se coloca dispositivo ocluser angio- seal 6FR.

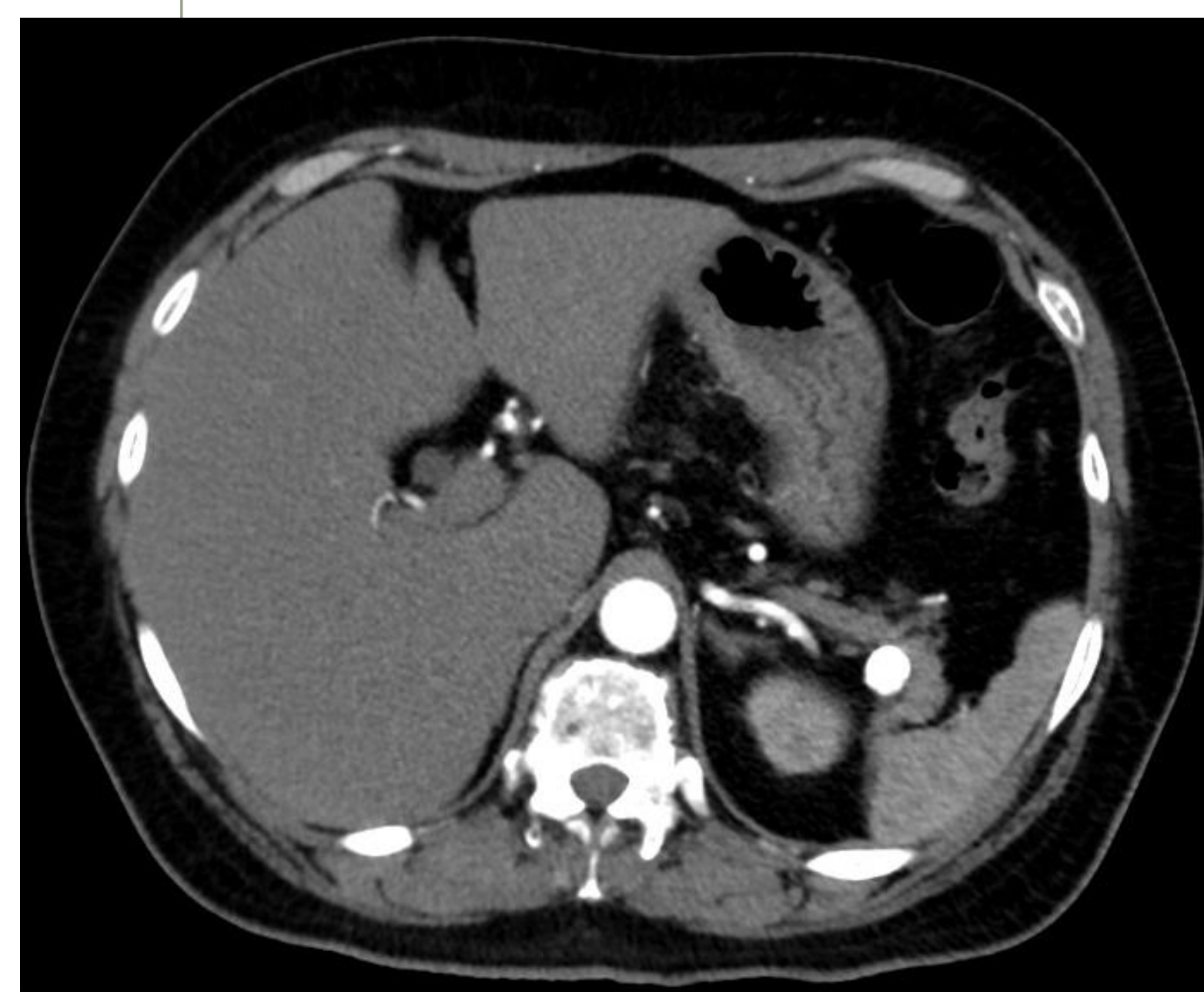


Figura 1. Reconstrucción tridimensional de aneurisma esplénico calcificado

Figura 2. Angiotac de Abdomen: Dilatación Sacular de Arterla esplénica.

INTERVENCIÓN

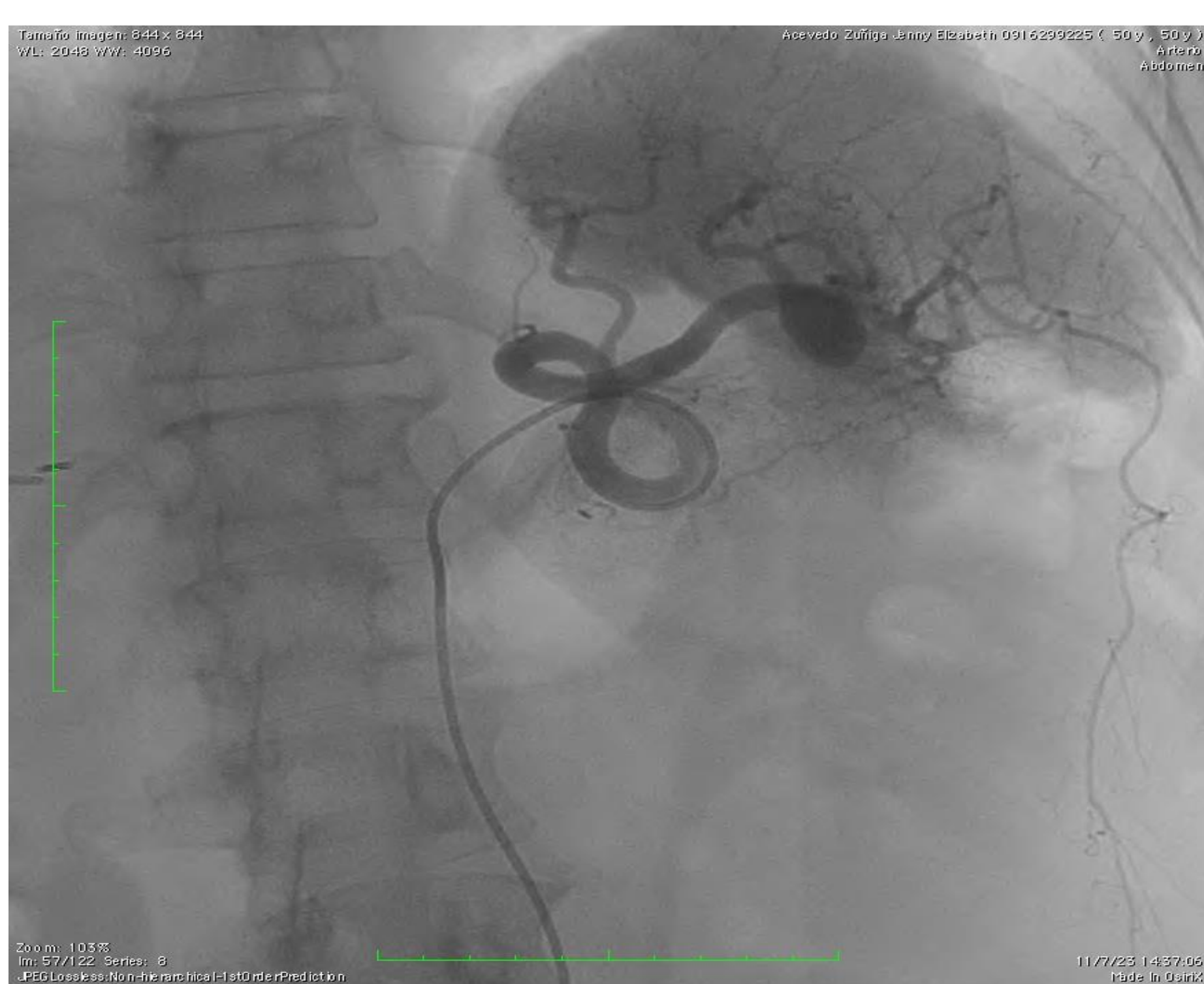


Figura 5. Arteriografía selectiva de arteria esplénica

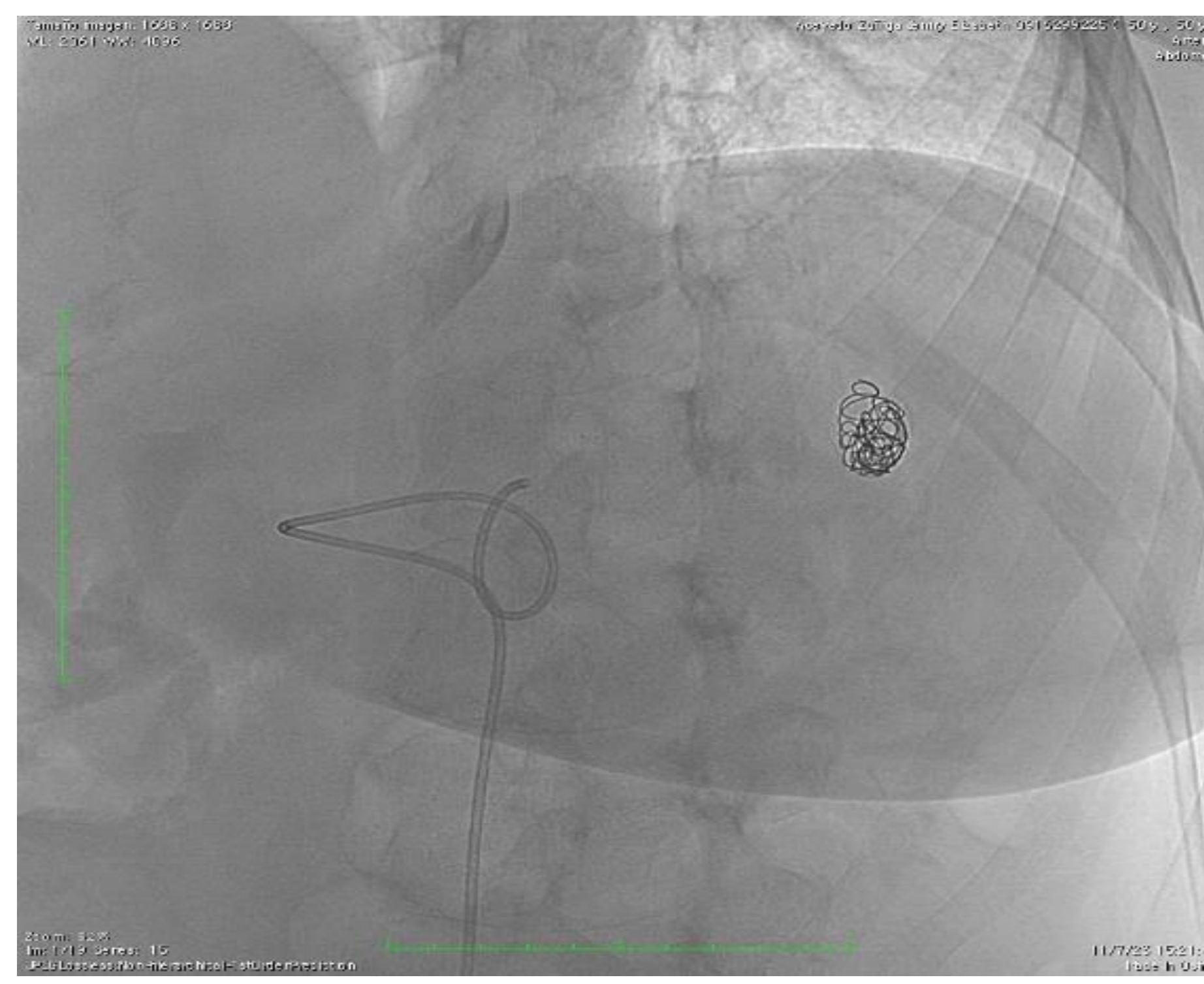


Figura 6. Tratamiento de exclusión mediante coils.

RESULTADO

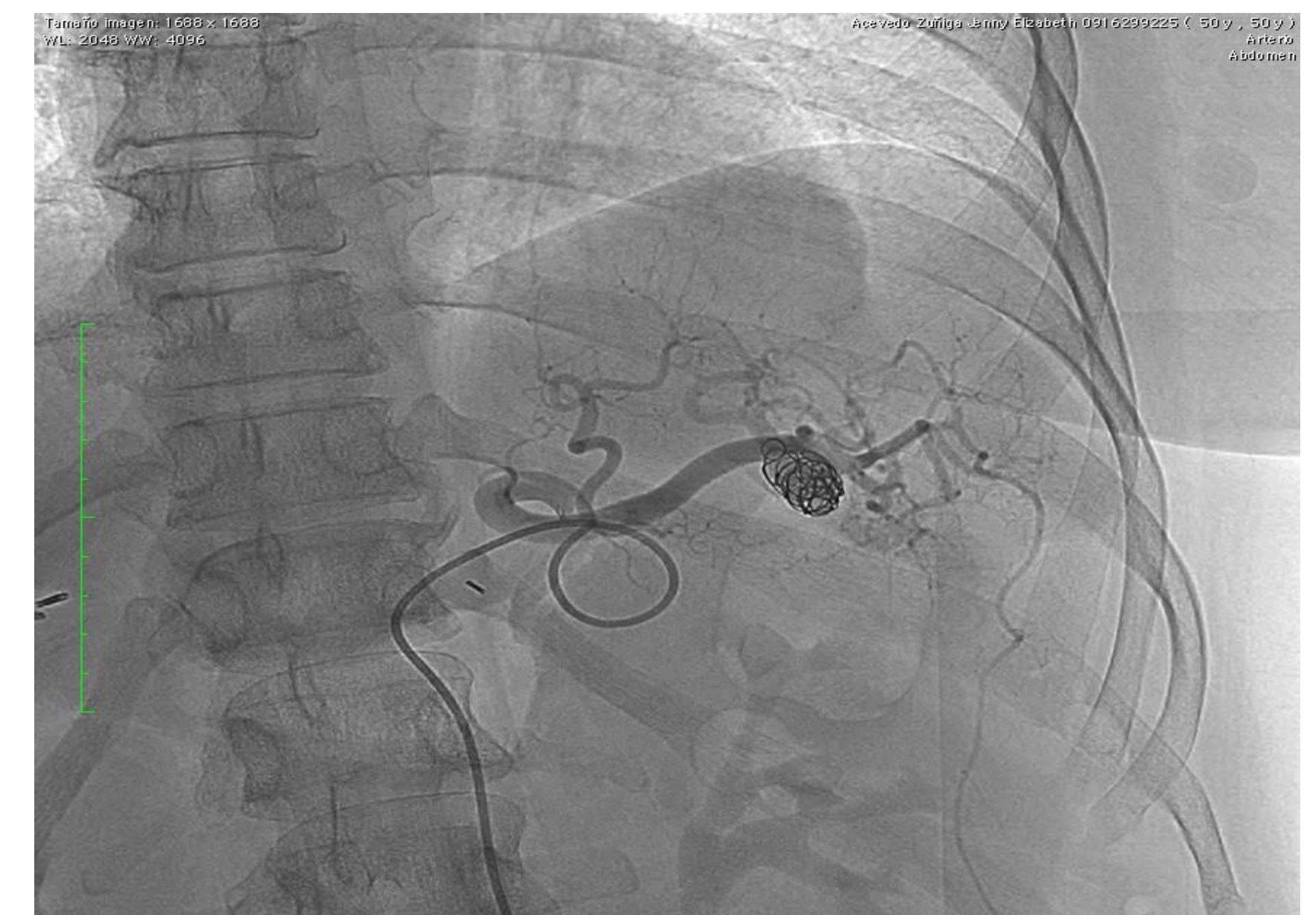


Figura 7. Control postembolización, que muestra la adecuada oclusión del cuello del aneurisma.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En la mayoría de estudios, la reparación y reconstrucción quirúrgica abierta sigue siendo la estrategia óptima en pacientes hemodinámicamente inestables, politraumatizados o con obstrucción de la vena porta extrahepática. En casos de ruptura aneurismática, o aneurismas que implican el hilio esplénico, comúnmente se someten a esplenectomía. En la actualidad, la vía endovascular cobra un papel protagónico en el manejo de esta patología debido a sus elevadas tasas de éxito y baja morbimortalidad, en el caso de este paciente acorde a la evidencia se realizó embolización de la arteria esplénica con *coils* y exclusión funcional con éxito, siendo las ventajas la mínima invasión, rápida recuperación y la preservación del flujo al bazo, la paciente tuvo una recuperación óptima y ya sin soportes hospitalarios fue dada de alta la mañana siguiente.

CONCLUSIONES

Actualmente, el tratamiento de elección de los aneurismas esplénicos es el abordaje endovascular.

El manejo endovascular constituye una técnica segura y efectiva con bajas tasas de complicaciones y recurrencia.

En el momento actual, debido al buen desarrollo de esta terapéutica, se han ampliado las indicaciones en cuanto al tamaño del aneurisma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beaussier M. Sur un anevrisme de l'artere splenique dont les parois se sont ossifiées. J Med Clin Pharm Paris 1770;32:157.
2. Owens JC, Coffey RJ. Aneurysm of the splenic artery including a report of 6 additional cases. Int Abstr Surg 1953;97:313-35.
3. Hogendoorn W, Lavida A, Hunink M, et al. Open repair, endovascular repair, and conservative management of true splenic artery aneurysms. J Vasc Surg 2014;60:1667-76
4. Barrionuevo P, Malas MB, Nejim B, Haddad A, Morrow A, Ponce O, Hasan B, Seisa M, Chaer R, Murad MH. A systematic review and metaanalysis of the management of visceral artery aneurysms. J Vasc Surg 2019;70(5):1694-99
5. Wiener Y, Tomashev R, Neeman O, Itzhakov Z, Heldenberg E, Melcer Y, Maymon R. Splenic artery aneurysms during pregnancy: An obstetric nightmare. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2019;237:121-5
6. Agrawal GA, Johnson PT, Fishman EK. Splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms: clinical distinctions and CT appearances. AJR Am J Roentgenol 2007;188:992-9
7. Montenegro MA, Martín M, Gutiérrez V, Vaquero C. Aneurisma de arteria esplénica: a propósito de un caso y revisión de la literatura. Rev Esp Inv Quir 2010;1:31-5
8. Sano M, Hoshina K, Kawahara T, Kimura M, Akai T, Isaji T, Yamamoto K, Takayama T. Egg-shell like Calcification as a Protective Factor for Splenic Artery Aneurysm Dilatation. Ann Vasc Surg 2020;63:193-7.
9. Marmagkiolis K, Gopal F, Mego D, Cilingiroglu M, Rollefson W. Endovascular management of splenic arterial aneurysms. Int J Cardiol 2014;174(1):146-91
10. Díez M, San Norberto EM, Flota C, Fernández S, García E, Vaquero C. Aneurisma de arteria esplénica. Caso clínico tratado mediante resección y esplenectomía. Rev Iberoamerican Cir Vasc 2018;6,4:150-4