

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

ANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Por:

Dra. Felicia Vegoña García Seco¹, Dra. Teresita Regina Feito Castex² y Dr. Orlando González Sánchez³

1. Especialista de I Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Profesor Consultante. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

ANEURISMA
ARTERIA HEPATICA/patología
ANEURISMA ROTO/cirugía

Subject headings:

ANEURYSM
HEPATIC ARTERY/pathology
ANEURYSM, RUPTURES/surgery

En 1819, Wilson describió por primera vez los aneurismas de la arteria hepática¹; estos ocupan el segundo lugar entre los aneurismas de arterias viscerales, y representan casi el 20 % de todos los que afectan las arterias esplánicas.

La arteriosclerosis, la degeneración de la media arterial, los traumatismos y las infecciones son responsables del 32 %, 24 %, 22 % y 10 % de todos los aneurismas de la arteria hepática, respectivamente. En épocas pasadas, la infección era la causa más frecuente, pero esta incidencia disminuyó, y predominaron los traumatismos. Con menor frecuencia, se asocian a poliarteritis nudosa, necrosis quística de la media arterial, endocarditis consecutiva al abuso de drogas ilegales, e inflamación periarterial como consecuencia de una celulitis o una pancreatitis². Algunos casos son de causa yatrógena, después de intervenciones en vías biliares, páncreas o gastrectomías.

Asimismo, se señala que la mediolisis arterial segmentaria (MAS), anteriormente llamada arteritis mediolítica segmentaria, afecta las arterias viscerales³. La MAS es una enfermedad vascular, no arteriosclerótica, no inflamatoria, de causa desconocida y de baja frecuencia. Fue descrita por primera vez por Slavin y González Vitale en 1976, en tres pacientes con isquemia intestinal y choque hipovolémico, como una lesión que afectaba grandes arterias musculares, y se consideraba como una precursora o una variante de la displasia fibromuscular. Se han descrito casos con afectación de las arterias hepáticas.

En un 80 %, los aneurismas de la arteria hepática son extrahepáticos y en un 20 %, intrahepáticos. Excepto en el caso de microaneurismas asociados a una arteritis sistémica, los aneurismas de la arteria hepática por lo general son solitarios; las lesiones mayores de 2 cm de diámetro son saculares y las más pequeñas, fusiformes⁴.

La mayoría de los aneurismas de la arteria hepática son asintomáticos, hasta que ocurre la rotura. Los aneurismas intactos sintomáticos a menudo se asocian con dolor en el hipocondrio derecho o en el epigastrio, muchas veces atribuible a una colecistitis crónica².

Pueden descubrirse casualmente al observarse un anillo calcificado en el área hepática, en una radiografía simple del abdomen. Cuando la rotura ocurre sobre los tractos biliares, da lugar al cuadro típico de dolor abdominal intermitente, similar a un cólico biliar: ictericia por la presencia de trombos de los conductos biliares y sangrado gastrointestinal por hemofilia, con hematemesis y melena. La rotura en la cavidad peritoneal libre da lugar a una hemorragia masiva acompañada de choque. La hemofilia se asocia con mayor frecuencia con los pseudoaneurismas traumáticos intrahepáticos. Es rara la rotura sobre el sistema portal, la cual ocasiona una fístula arteriovenosa que provoca un cuadro de hipertensión portal¹⁻⁵.

El examen clínico no suele aportar muchos datos; la presencia de una masa abdominal palpable y un soplo abdominal es infrecuente. El ultrasonido dúplex, la tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética pueden confirmar el diagnóstico; sin embargo, el diagnóstico definitivo debe realizarse por arteriografía, que define el lugar y tamaño del aneurisma⁴.

El tratamiento quirúrgico parece justificado en la mayoría de los casos, excepto cuando el riesgo quirúrgico sea elevado. El procedimiento en los casos localizados en la arteria hepática común, antes de la emergencia de la arteria gastroduodenal, va a consistir en la ligadura proximal y distal con la extirpación del mismo, puesto que la circulación colateral hacia el hígado a través de la arteria gastroduodenal es excelente. Si el aneurisma abarca la arteria hepática en la porción distal a la gastroduodenal, es necesario preservar la continuidad arterial para evitar la necrosis hepática, para lo cual se realizará aneurismectomía con anastomosis directa o el empleo de un injerto venoso^{1,4,6}.

En casos de aneurismas intrahepáticos, la embolización percutánea es el método adecuado, y puede ser preciso recurrir a la hepatectomía parcial.

Presentación del paciente

Paciente de 55 años de edad, blanca, del sexo femenino, con antecedentes de enfermedad de Alport desde hace cinco años, que es atendida por la especialidad de Nefrología y lleva tratamiento con atenolol y clortalidona.

El 25 de junio de 2001 ingresa por dolor abdominal en el epigastrio e hipocondrio derecho, y en un ultrasonido abdominal se informa que en la proyección de la cabeza del páncreas se observa una imagen compleja de 4 x 4 mm, ecogénica, sin dilatación de colédoco ni vías biliares intrahepáticas. Luego se realiza laparoscopia, donde se comprueba una hepatomegalia de 2 cm y distensión en la parte baja del antro gástrico, primera porción del duodeno o ambos, que provoca propulsión del lóbulo derecho del hígado. El resto de los complementarios resultaron normales, excepto una hematuria microscópica.

Es llevada al salón con el diagnóstico de tumor de páncreas, que no se comprobó, pero a nivel del pedículo hepático se halló un tumor redondeado, pulsátil, que impresionó ser un aneurisma hepático. No se decide operar por no existir complicaciones; solo se realiza colecistectomía.

En esta ocasión ingresa el día 11 de enero de 2005 por dolor abdominal intenso, con lipotimia, hipotensión y frialdad; se realiza ultrasonido abdominal y se informa un aneurisma de la arteria hepática. Es llevada al salón para realizar laparotomía exploradora, donde se observa hemoperitoneo por rotura del aneurisma, el cual se disecciona, se ligan los cabos proximal y distal, y se reseca (Figs 1,2).

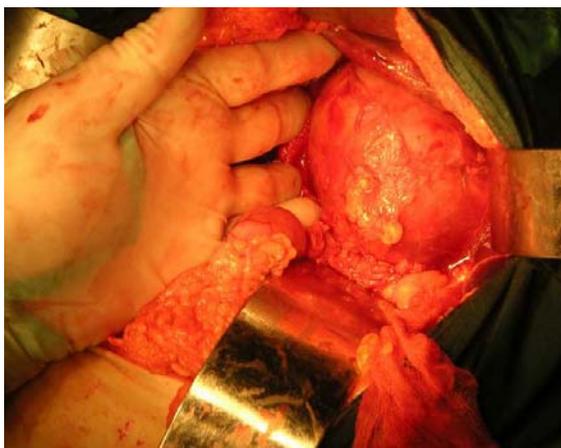


Fig 1 Disección de aneurisma de la arteria hepática.

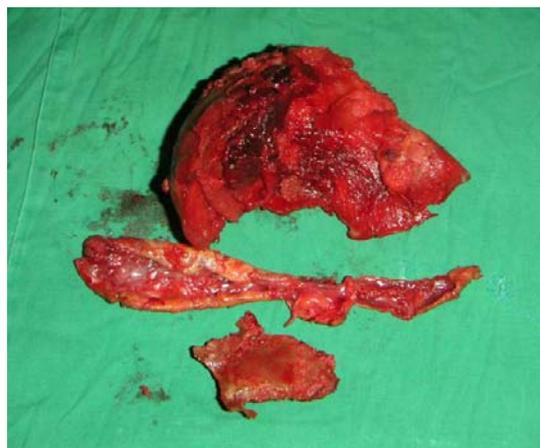


Fig 2 Aneurisma de la arteria hepática.

En la sala de cuidados intensivos presenta una evolución desfavorable, cae en estado de choque, con insuficiencia respiratoria aguda. Hay aumento de las enzimas hepáticas y aparecen tinte icterico e hipoglicemia. Es intervenida por signos clínicos de abdomen agudo, y se comprueba necrosis de la cabeza del páncreas e hígado, de forma local. Se mantiene en choque con acidosis y anuria; horas más tarde fallece.

Comentario

A pesar de que se han publicado casos de aneurismas viscerales, son poco frecuentes y su incidencia es desconocida.

Kanda y colaboradores⁷ informan un aneurisma de la arteria hepática de 2 cm de diámetro localizado en la rama posterior de la arteria hepática derecha. Se realizó angiografía y se demostró su extravasación. El aneurisma fue embolizado y la paciente fue egresada 30 días después.

Kobayashi⁸ informa un aneurisma de la arteria pancreaticoduodenal inferior asociado a una estenosis del tronco celiaco, el cual fue tratado con embolización y no existió recidiva dos años después del tratamiento.

Chradramohan⁹ halló un aneurisma de la arteria hepática como causa inusual de ictericia obstructiva. La ultrasonografía doppler confirmó un flujo pulsátil, y mediante la TAC helicoidal se observó una imagen circunscrita con densidad similar a la aorta; luego se realizó angiografía y se observó un aneurisma de 3 cm de la arteria hepática común, que fue tratado con embolización.

La embolización percutánea se ha presentado como una alternativa al tratamiento de estos aneurismas, pero en general se utiliza en pacientes de alto riesgo quirúrgico y en lesiones distales, con escasos resultados¹⁰.

Referencias bibliográficas

1. Sabiston DC. Aneurismas de arterias viscerales. En: Christopher D. Tratado de patología quirúrgica vol.2. 11^{na} ed. La Habana: Científico-Técnica; 1981. p. 1886-9.
2. Stanley JC. Tratamiento de aneurismas de la arteria renal, esplénica y hepática. En: Nyhus LLM. El dominio de la cirugía vol.2. 3^{ra} ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1999. p. 2141-52.
3. Martino-Ortiz B, Menarquez Palanca J. Mediólisis arterial segmentaria de las arterias esplénicas. Rev Esp Patol. 2002;35(2):23.
4. Lozano P, Julia J, Coromina JC. Aneurismas digestivos En: Estevan Solano JM. Tratado de aneurismas. Barcelona: Uriach; 1997. p. 419-30.

5. Puppinek P, Cheralier J, Duchase E, Smith M, Warembourg A, Coco B. Connection between a long-standing traumatic arteriovenous fistula and development of aneurysmal disease. *Ann Vas Surg*. 2004 Sep;18(5):604-7.
6. Durán Sacristán H, Arcelus Imaz I, García-Sancho Martín L, González Hermoso F, Álvarez Fernández J. Aneurismas arteriales. En: *Tratado de patología clínica y quirúrgica vol.I. 2^{da} ed.* España: Interamericana; 1992. p. 674-75.
7. Kanda T, Tajiri T, Yoshida H, Mamada Y, Taniai N, Kawano Y. Hepatic pseudoaneurysm ruptured into the yeyunal limo alter hepatectomy for the treatment of gall bladder carcinoma. *J Nippon Med Sch*. 2004 Jun;71(3):213-6.
8. Kobayashi T, Uenoyama S, Isogai S. Successful transcatheter arterial embolization of an inferior pancreaticoduodenal artery aneurysm associated with axis stenosis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2004 May;19(5):599-601.
9. Chandramoha N, Khan AN, Fitzgerald S, Sherlock D, Tam E. Sonographic diagnosis and follow-up of idiopathic hepatic artery aneurysm, an unusual cause of obstructive jaundice. *Clin Ultrasound*. 2001 Oct;29(8):466-71.
10. Deshmukh H, Rathod K, Garg A, Sheth R, Kulkarni S. Transcatheter embolization primary treatment for visceral pseudoaneurysms in pancreatitis: clinical outcome and imaging follow up. *Indian J Gastroenterol*. 2004 Mar;23(2):56-8.