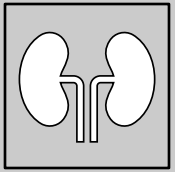


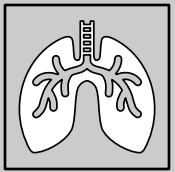


ANEURISMAS DE LAS ARTERIAS ESPLÁCNICAS (VISCERALES)

DEFINICION



Un aneurisma es la dilatación anormal de una arteria debido a una debilidad en la pared de esta.



Un aneurisma visceral es el que ocurre en arterias que llevan sangre al hígado al bazo, a los riñones o al intestino





Dilatación anormal de la arteria esplénica de más de 1 cm de diámetro.



Más del 50% de diámetro del vaso.

EPIDEMIOLOGIA

El aneurisma de la arteria esplénica, es el más común de las arterias viscerales con un 60%

Es el tercer aneurisma abdominal más frecuente.

Son más comunes en mujeres con una proporción 4.1

Pero son tres veces más propensos a rupturaren hombres

El 80 % se producen en pacientes mayores de 50 años

Aunque la patogenia no está completamente entendida, los factores de riesgo incluyen.

Trauma.

Eventos hormonales

Hemodinámicos locales en el embarazo

Hipertensión

Síndrome de Caroli.

degeneración arteria.

Fibrodiasplasia medial.

Aterosclerosis



ANEURISMAS VERDADEROS Y FALSOS DE LA ARTERIA ESPLÉNICA

Falsos

```
graph TD; A[Falsos] --> B[Difieren de los verdaderos en que la dilatación ocurre siguiendo a la disrupción de una o más capas de la pared del vaso.]; B --> C[La arteria esplénica es responsable por la mayoría de los pseudoaneurismas esplácnicos.];
```

Difieren de los verdaderos en que la dilatación ocurre siguiendo a la disrupción de una o más capas de la pared del vaso.

La arteria esplénica es responsable por la mayoría de los pseudoaneurismas esplácnicos.

VERDADEROS

Los verdaderos ocurren mayormente en el tercio distal de la arteria (75%).

Seguido por el tercio medio (20%).

Generalmente son solitarios.

CUADRO CLÍNICO

La historia natural de los aneurismas de la arteria esplénica es similar a la de otros aneurismas intraabdominales.

Con un aumento progresivo del tamaño llevando finalmente a la rotura.

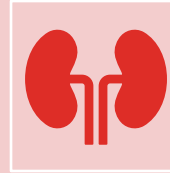
La mayoría (80%) son asintomáticos y descubiertos incidentalmente.

Los AAE sintomáticos (20%)

Pueden presentarse con dolor abdominal en el epigastrio o en el hipocondrio izquierdo



Un modo de presentación más dramático es la rotura espontánea de aneurisma.



Una rotura se presenta con un dolor abdominal agudo.



Comienzo abrupto en el epigastrio.



Más frecuentemente en el hipocondrio izquierdo.



Dolor en la punta del hombro izquierdo (signo de Kehr) (dolor agudo en la región del hombro izquierdo,)



Inestabilidad hemodinámica



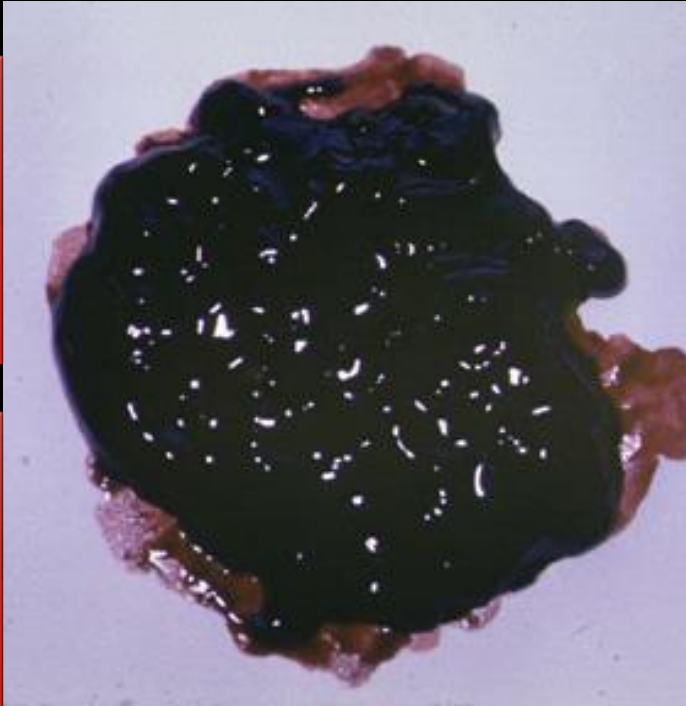
Sangrado intraperitoneal.

Erosión secundaria del aneurisma en una víscera adyacente

Puede llevar a la hemorragia gastrointestinal.

El pseudoaneurisma puede también romperse dentro del duodeno

Del conducto pancreático.



Resultando en:

Anemia.



Melena.

Hematemesis



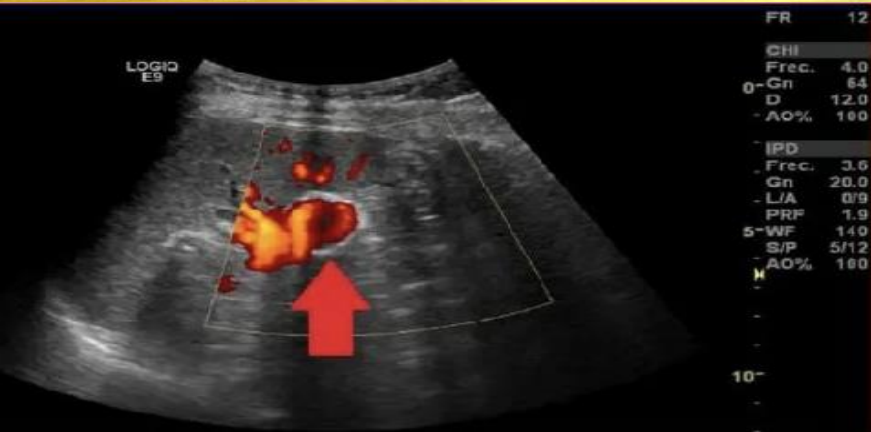
DIAGNÓSTICO

Diagnóstico oportuno es de mucha importancia por el riesgo de ruptura y hemorragia potencialmente mortal.

A menudo, el diagnóstico en fases iniciales es incidental.

Debido a que en esta etapa es asintomático.

La sintomatología es muy inespecífico.



MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

El ultrasonido:

Se usa comúnmente en la detección de los aneurismas aórticos abdominales.

Con transductores de bajafrecuencia analizando análisis Doppler y escala de grises.

Lo que permite estimar el tamaño vascular y las velocidades de flujo interno.

Desempeña un papel más importante en la confirmación del diagnóstico

Caracterización adicional de aneurismas y pseudoaneurismas viscerales

LA TC MULTIDECTO

Distintas fases puede mostrar con precisión y claridad la ubicación.

Forma.

Extensión.

Pared aneurismática.

Arteriaprincipal y la relación con los vasos adyacente

TRATAMIENTO



Primera elección:



Embolización con agente embolizante líquido y/o espirales



Segunda elección:
reparación qx (resección del aneurisma) + esplenectomía



ANGIODISPLASIA INTESTINAL

DEFINICION



ENFERMEDAD VASCULAR RARA
QUE SE CARACTERIZA POR LA
INFLAMACIÓN.



FRAGILIDAD DE LOS VASOS
SANGUÍNEOS DEL TRACTO
GASTROINTESTINAL.



INTRODUCCION

Con frecuencia se encuentran vasos sanguíneos aberrantes en el tracto G-I, siendo probablemente el lugar más frecuente del organismo.



Algunos están presentes en el nacimiento o el desarrollo como parte de síndromes hereditarios, pero la gran mayoría son adquiridos tardíamente en la vida.

SUELEN CATEGORIZARSE EN TRES AMPLIOS GRUPOS:



Tumores vasculares que pueden ser benignos (hemangiomas) o malignos (S.Kaposi o angiosarcoma)



Anomalías vasculares asociadas con enfermedades congénitas o sistémicas.



Lesiones adquiridas y esporádicas tales como angiodisplasia, ectasia vascular gástrica antral, ectasias inducidas por radiación y lesiones de Dieulafoy.



CLASIFICACION

Gástrica

Duodenal

Yeyunal

Ileal.

Colónica

Numero
de lesiones

Grande
(>5 mm)

Intermedio
(2-5 mm)

Mínimo
(<2mm)

Tamaño:

Única

Múltiples
(2-10)

Difusa
(>10)

EPIDEMIOLOGIA

La mayoría de las angiodisplasias se detectan en pacientes mayores de 60 años.

Se ha descrito la presentación en pacientes de 30 años.

La prevalencia real se desconoce (aprox 0.8% en >50 años).

Dicha prevalencia está aumentada en pacientes con enfermedad renal terminal, Von Willebrand y estenosis aórtica.

Más frecuentes en colon siendo una causa importante de sangrado G-I bajo en pacientes ancianos.

Son múltiples en 40-60% de los pacientes.

Tienden a estar agrupadas pero las lesiones sincrónicas ocurren en 20% de los casos.



MANIFESTACIONES CLINICAS.

Pueden permanecer clínicamente silenciosas o causar sangrado.

Los pacientes típicamente presentan un sangrado oculto, que suele ser recurrente y crónico.

El sangrado puede proceder de cualquier parte del tracto G-I.

COLON

Es el sitio más frecuente.

Más en ciego y colon ascendente.

20-30% de hemorragia digestiva baja.

El número de lesiones y la presencia de coagulopatía coexistente o disfunción plaquetaria pueden ser determinantes importantes.



INTESTINO DELGADO

Las lesiones vasculares de intestino delgado son responsables del 40%

De los episodios de sangrado de intestino delgado en > 40 años.



ESTOMAGO Y DEUDENO



05/08/2005
11:47:38AM

AVE
LIGHT+2
FILM 00



Causa de 4-7% de sangrado G-I



Se detectan frecuentemente de forma casual.



Habitualmente en estómago proximal.



El riesgo de sangrado de una angiodisplasia encontrada incidentalmente es incierto.



Más riesgo si tiene un episodio previo de sangrado.

DIAGNÓSTICO

Se detecta en una endoscopia realizada para evaluar el sangrado G-I.

Suele ser suficiente con endoscopia digestiva alta y baja, y en ocasiones la cápsula endoscópica.



TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO.

Coagulación Argón plasma:

Permite la coagulación de los tejidos a través de una corriente alterna monopolar de alta frecuencia aportada a los tejidos sin tocarlos a través de gas argón ionizado.

Ventajas:

Penetración limitada (2.4 mm y diámetro máximo de 1.1 cm): Menor riesgo de perforación.

Bajo coste.



ANGIOGRAFÍA.



Permite localizar el sitio en el sangrado activo y la embolización o infusión de vasopresina para el cese del sangrado



Reservada para pacientes con sangrado que compromete la vida y que no son candidatos a Cirugía

CIRUGIA

Reservada a pacientes con altos requerimientos transfusionales o hemorragia grave de un sitio claramente identificado.

El 38% puede recidivar por presentar más de una lesión o por desarrollo de nuevas lesiones tras la cirugía.