



FÍSTULA ARTERIO-VENOSA ESPLÉNICA TRAUMÁTICA

Autores: Soledad de los Angeles Perez

Silvio Marchegiani

Centro de Diagnóstico por Imágenes Marchegiani.

Ciudad de Córdoba. Córdoba. Argentina.

E-mail para correspondencia: soleaperez@hotmail.com

Declaramos no tener conflicto de intereses.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Paciente de sexo masculino de 34 años, arquero profesional de fútbol, con antecedente de traumatismo toraco-abdominal cerrado en hipocondrio y flanco izquierdo durante un partido. Estudiado con Tomografía Computada (TC) toraco-abdominal con contraste endovenoso (ev), se le diagnosticó fracturas costales y laceración renal izquierda.
- Dos semanas después, consulta en nuestro nosocomio para control de las lesiones.
- Se realiza ecografía abdominal y tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste ev donde se objetiva laceración esplénica y fístula arterio-venosa (FAV) con saco aneurismático.
- Con el equipo de cirugía, se decidió monitorizar la evolución de la FAV mediante controles periódicos con ecografía y doppler. Se objetivó su reducción a 3 mm al cabo de un mes y se mantuvo estable por dos semanas. Se indicó alta médica con control a los 3 meses.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

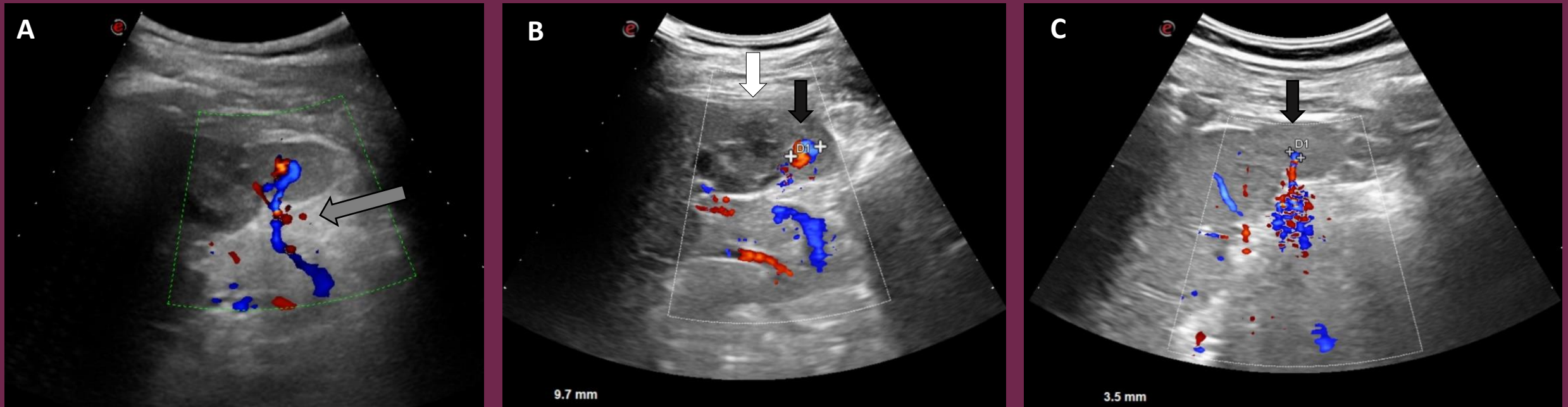


Figura 1: Ecografía abdominal con doppler. A y B – Estudio al inicio, fístula arterio-venosa (flecha gris) con saco aneurismático en polo inferior del bazo, de 9,7 mm de diámetro (flecha negra). Laceración del polo inferior esplénico (flecha blanca). C – Control a las 6 semanas, reducción de diámetro de la saco aneurismático de la fístula arterio-venosa a 3.5 mm (flecha negra)

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

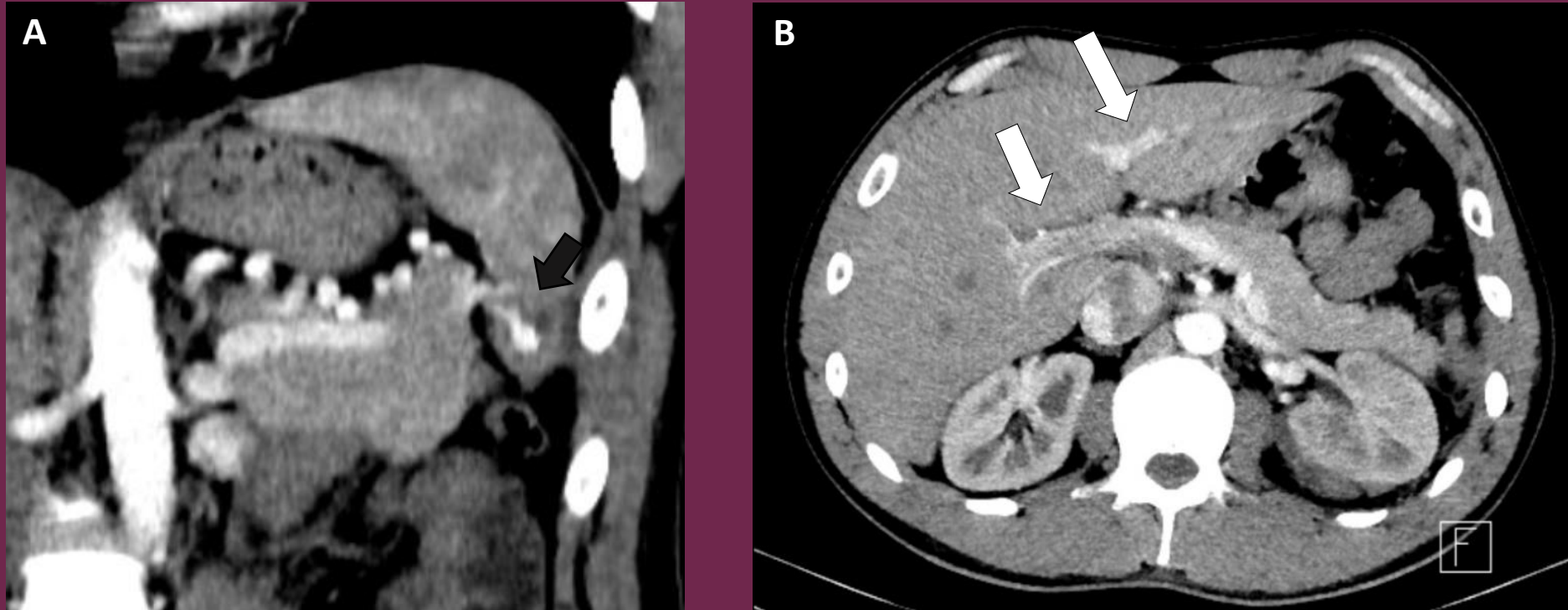


Figura 2: Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso. A- Corte coronal en fase arterial que muestra un saco aneurismático que drena en la vena esplénica (flecha negra). B- Corte axial en fase arterial, se opacifica el sistema porta, lo que sugiere una fístula arteriovenosa esplénica (flechas blancas)

DISCUSIÓN:

- La FAV de vasos esplénicos es rara y sucede con mayor frecuencia por ruptura espontánea de una vena adyacente a un aneurisma de la arteria esplénica existente o de un pseudoaneurisma traumático o iatrogénico.⁽¹⁾ Puede ser directa o presentar un saco aneurismático.⁽²⁾
- El gold estándar para el diagnóstico de FAV esplénica es con arteriografía, sin embargo, se ha sugerido que la angioTC es un método no invasivo eficaz para la detección aportando datos útiles del sitio y magnitud de la FAV.⁽¹⁾
- En TC con contraste ev se observa como un foco hiperdenso, redondeado, cuyo tamaño permanece estable o disminuye en la fase tardía y su patrón de atenuación es similar al de la aorta en las fases postcontraste. Se observa además, opacificación de la vena esplénica y del sistema porta durante la fase arterial.⁽²⁾
- La ecografía Doppler demuestra las características del flujo arterial y venoso, la localización de la fístula y el tamaño de la comunicación arteriovenosa.⁽³⁾
- El manejo conservador es una gran parte de la estrategia actual para la lesión esplénica.⁽¹⁾

CONCLUSIÓN:

La AngioTC es una alternativa válida para el diagnóstico de las FAV esplénicas traumáticas, que junto con la ecografía con doppler dan información útil para la toma de la decisión terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Tsurukiri J, Sano H, Akira MH, Kaneko N. Early post-traumatic splenic arteriovenous fistula in the pancreatic arcade: Diagnosis by volume-rendered 3D reconstruction images. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, September 2016, Vol. 22, No. 5. doi: 10.5505/tjtes.2015.91962.
2. Saddekni S, Anis KH, Hegazi AA, Hamed MF, Abdel Aal AK. Traumatic complex splenic arteriovenous fistula causing prehepatic portal hypertension and variceal bleeding: the importance of the diagnosis for the endovascular treatment approach. *Vasc Endovascular Surg*. 2014 Feb;48(2):180-5. doi: 10.1177/1538574413513340. Epub 2013 Dec 9. PMID: 24327739.
3. Varela Jiménez I, Ernesto Gutiérrez Arias E. **Las fístulas arteriovenosas traumáticas.** Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Enero-Abril 2017 Vol. 21 N° 1.