María Jesús	Nombre:
Gayán Belmonte	Apellido:
Juana María Plasencia Martínez, Amalia García Chiclano, Isabel González Moreno, Ana Barceló Cárceles, Irene Cases Susarte	Otros Autores:
mariajesus.gayan@gmail.com	E-mail:
H. Universitario José María Morales Meseguer	Hospital:
Murcia	Ciudad:
Hemoperitoneo secundario a ruptura de aneurisma de la arteria gastroepiplóica izquierda	Título:
Mujer de 83 años hipertensa, dislipémica, anticoagulada, con cuadro de mareo y epigastralgia intensa autolimitada 3 días antes con episodios intermitentes de reagudización del dolor desde entonces, continuo en las últimas horas. Analíticamente destacaba una Hb de 6,7 g/dl. Ante la sospecha de sangrado abdominal se realizó angio-TC. La angio-TC abdominopélvica en fase arterial mostró un nódulo hipercaptante de 1,7 cm (flechas rojas) sin modificación ni extravasación de contraste evidente en fase portal (no mostrada), compatible con aneurisma de la arteria gastroepiplóica izquierda (cabezas de flecha negras), rama de la arteria esplénica (flecha negra) que a su vez se anastomosa con la arteria gastroepiplóica derecha (cabezas de flecha blancas). Hemoperitoneo (hasta 60UH) (flechas blancas) abundante difusamente distribuido y hematoma perianeurismático (asterisco) o “coágulo centinela” indicativo del origen del sangrado.	Presentación:
Diagnóstico: Aneurisma complicado con hemorragia de la arteria gastroepiplóica izquierda. Los aneurismas de arterias viscerales abdominales son infrecuentes. Pueden complicarse con compresión de estructuras adyacentes, trombosis con embolización distal y hemorragia por ruptura. Concretamente, la incidencia de los aneurismas de las arterias gastroepiplóicas es de sólo un 0,2-0,4%. Sin embargo se ha descrito una tasa de ruptura del 75%, con una mortalidad del 70% tras la ruptura. Así, aunque el manejo terapéutico no está claro, algunos autores recomiendan tratarlos siempre de forma preferente. La cirugía urgente será el tratamiento indicado cuando se compliquen con ruptura, como ocurrió en nuestro caso. La modalidad diagnóstica más utilizada es la angio-TC multifásica, que debe ser la primera opción radiológica urgente ante la sospecha de una hemorragia abdominal de origen no ginecológico.	Discusión :
A pesar de la rareza de los aneurismas de las arterias gastroepiplóicas, el riesgo elevado de ruptura y la elevada mortalidad requieren de un diagnóstico preciso y precoz, facilitando un tratamiento adecuado, a ser posible antes de que se compliquen.	Conclusión:
1. Robert A. Fesinger, Andrew A. Thoreson, Ramit Lamba. Abdominal and pelvic aneurysms and pseudoaneurysms: Imaging review with clinical, radiologic and treatment correlation. Radiographics 2013; 33: E71-E96. 2. Hirokuni Ikeda, Masahiko Takeo, Ryuuichi Mikami, Mistuo Yamamoto. A case of a huge gastroepiploic arterial aneurysm. Journal of Surgical Case Reports, 2015; 8:1-	Bibliografía:

3. Gabriel Pivawer, Jay L. Lee, Peter M. Nardi. Left gastric artery aneurysm. Radiology 2007; 242: 312-314. 4. R. Montisci, G. Cuccu, F. Serra, V. Lantini, G. Cocco, G. Brotzu. Spontaneus ruptura of an aneurysm of the left gastroepiploic artery. Eur J Vasc Surg 1992; 6: 95-97. 5. Amith Kumar Choudhury, Shabuddin Khan, Graham Hoadley. Steve Pettit. Ruptured left gastroepiploic artery aneurysm: a diagnostic dilema. Indian J Surg 2007; 69: 198-200. 6. Byron Faler, Dipankar Mukherjee. Hemorrhagic shock secondary to ruptura of a right gastroepiploic artery aneurysm: case report and brief review of splanchnic artery aneurysms. Int J Angiol 2007; 16 (1): 24-26. 7. Ruptured Gastroepiploic Artery Aneurysm as an Unusual Cause of Hemoperitoneum Go, S.J. et al. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2014; 48 (3):355.	
Figs. a, b y c. Reconstrucciones MIP de angio-TC abdominopélvica en fase arterial en planos coronal (a), reconstrucción curva (b) y parasagital (c). Fig. a y c. Aneurisma (flechas rojas) adyacente a la curvatura mayor del estómago, que depende de la arteria gastroepiplóica izquierda (cabezas de flecha negras), que a su vez tiene su origen en la arteria esplénica (flecha negra). Fig. b. Relación del aneurisma (flecha roja) con la arteria gastroepiplóica derecha (cabezas de flecha blancas), rama de la arteria hepática, que a su vez se origina del tronco celíaco. Hematoma perianeurismático (asterisco negro). Fig d. Reconstrucción coronal de angio- TC abdominopélvica. Ascitis con distribución difusa (flechas blancas), sugestiva de hemoperitoneo por su alta densidad.	Pie de foto: