

REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

Aneurisma de la arteria esplénica



Jesús Custodio López*, César Castellanos*, Carlos Cerrón*, Carlos Ledesma*.

RESUMEN:

Se reporta un caso de aneurisma de arteria esplénica en una mujer de 59 años de edad, que ingresó con el diagnóstico de una tumoración en cuadrante superior izquierdo. El estudio arteriográfico selectivo demostró un aneurisma de la arteria esplénica de 20x15 mm. El tratamiento quirúrgico fue la resección del aneurisma mas esplenectomía. Se hace una revisión en la literatura médica de los casos publicados.

Palabras claves: Aneurisma, arteria esplénica, diagnóstico, arteriografía

SPLENIC ARTERY ANEURYSM

SUMMARY:

We report a case of an aneurysm of splenic artery in a woman of 59 years old, who was referred with the diagnosis of a tumour in the upper left quadrant of the abdomen. The arteriography showed a splenic artery Aneurysm of 20x15mm. We did the resection of the aneurysm plus the splenectomy. We made a review of the medical information of the reported cases.

Key words: Aneurysm, Splenic artery, Diagnostic, Angiography

(*) Médicos Asistentes del Instituto del Corazón INCOR-IPSS-Chiclayo
Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo"

INTRODUCCION

Los aneurismas de arteria esplénica (AAE) son muy raros, representan del 46 al 60% de todos los aneurismas viscerales y su incidencia en la población general es del 0.8% (1). Su diámetro es muy variable, de 1.5 a 4 cm, pudiendo llegar a tener dimensiones mucho mayores. En la literatura mundial hay reportados 2 casos de AAE gigantes, uno de 16x13x3.5 cm (2) y otro de 20x30x20 cm (3).

Son más frecuentes en el sexo femenino, 75%, y especialmente en las mujeres gestantes menores de 30 años (50-60%). El 95% de los aneurismas se rompen en el último trimestre del embarazo con una mortalidad del 65-69% en la gestante y del 90% para el feto (4). Un diagnóstico precoz reduce la mortalidad al 0.5% con cirugía profiláctica (5).

La importancia de los AAE radican en que es una causa de muerte súbita (6) por lo que se le debe considerar en el Dx. diferencial de esta patología.

CASO CLINICO:

Paciente mujer de 59 años de edad, constitución pícnica, talla pequeña (1.50m) y 56 Kg de peso. Enfermedad de 6 meses de evolución. Presentó dolor tipo pesadez en cuadrante superior izquierdo de abdomen, al inicio leve y esporádico que progresivamente fue aumentando de intensidad haciéndose permanente los últimos 2 meses.

Examen Físico:

Dolor a la palpación profunda en CSI. No se palpó tumoración.

Resto del examen negativo.

Antecedentes: Hepatitis a los 30 años.

Laboratorio: Pruebas bioquímicas dentro de valores normales.

ESTUDIOS REALIZADOS:

Rx simple de abdomen:

Opacidad redondeada, calcificada de 3 cm de diámetro en CSI, pararenal.



Ecografía abdominal:

Riñones de características normales.

Urografía excretoria:

Riñón y sistema pielocalicial normales.

Arteriografía:

Dilatación aneurismática de arteria esplénica.



Hallazgos operatorios:

- Bazo de características normales.
- Aneurisma ovoide de 20mm x 15mm, de paredes calcificadas, a 2 cm del hilio esplénico, teniendo como lecho la cabeza del páncreas.

Operación realizada:

Resección del aneurisma más esplenectomía.

Informe de Patología:

Aneurisma arteriosclerótico.

DISCUSION

Los aneurismas de las arterias intestinales son raras, su incidencia es menor del 0.1%, (1), que no se les considera en el diagnóstico diferencial de un abdomen agudo con shock, especialmente en mujeres gestantes (7).

Los AAE representan el 60% de todos los aneurismas de arterias viscerales (2). La mayoría, el 90-95%, son asintomáticos y solamente un 5%-10% presentan síntomas vagos que nos puedan alertar sobre esta patología (8).

Nuestra paciente solamente presentó un dolor sordo constante en cuadrante superior izquierdo (CSI) que no cedía con analgésicos. A veces pueden presentar sintomatología que pueden hacer confundir con un infarto agudo del miocardio (8). Inclusive se considera al AAE como una causa de muerte repentina (6).

Esta patología adquiere una gran importancia especialmente en la población de mujeres gestantes en donde su incidencia es bastante elevada, 50-60%, (4) y la mortalidad por rotura es igualmente elevada: 65-69% en la madre y 91% para el feto (4). Un diagnóstico precoz reduce la mortalidad al 0.5% con cirugía profiláctica (5).

Entre los principales factores etiopatogénicos se considera la fibrodiasplasia y la arterioesclerosis (2). Otros factores que se asocian son:

Pancreatitis (más relacionada con pseudoaneurismas) (12,16); Hipertensión portal (2); Trauma, Cirrosis más hipertensión portal (10).

Entre los hallazgos histológicos encontramos (11): adelgazamiento subendotelial, fragmentación de la capa elás-

tica interna y fibrodisplasia de la media.

El diagnóstico se hace muy difícil especialmente en hospitales que no cuentan con una infraestructura tecnológica adecuada. El diagnóstico se facilita con una TAC ⁽¹²⁾, con un Doppler Scanning ⁽¹³⁾ y una arteriografía selectiva.

El caso que reportamos solamente presentó un dolor sordo de leve a moderada intensidad y una opacidad redondeada calcificada en CSI en los Rayos X de abdomen. La ecografía abdominal no logró detectar la tumoración y la pielografía, patología renal, ni pielocalicial.

Por la persistencia del dolor se decidió realizar una angiografía selectiva se realizó esta con la técnica de Seldinger introduciendo un catéter por arteria femoral e inyectando la sustancia de contraste con bomba inyectora en la aorta a nivel de la arteria esplénica. No se realizó una TAC porque el Hospital no contaba aún con este aparato.

Realizado el diagnóstico de AEE ingresó a sala de operaciones para la resección del segmento aneurismático pero, por la ubicación del aneurisma y ante la imposibilidad de aislarlo completamente se decidió realizar la resección del aneurisma más la esplenectomía.

Según Melliere ⁽⁹⁾ solamente deben operarse: (a) Todos los aneurismas de arteria esplénica sintomáticos; (b) Todos los AAE asintomáticos en mujer gestante y en mujer en edad de procrear; (c) Todos los aneurismas mayores de 2.5 cm.

Los tratamientos quirúrgicos recomendados son:

- (a) Resección solamente del segmento aneurismático.
- (b) Resección del AA E + esplenectomía.
- (c) Ligadura proximal y distal del aneurisma ⁽¹⁴⁾.
- (d) Embolización arterial ⁽¹⁵⁾.

En caso de no operarse, la ruptura -principal complicación-, tiene una alta mortalidad. Otras complicaciones son: el hiperesplenismo ⁽¹⁶⁾ y la hipertensión portal ⁽¹⁷⁾.

La ruptura puede ocurrir hacia la cavidad abdominal produciendo un cuadro de abdomen agudo ⁽⁷⁾, hacia una viscera hueca como estómago produciendo una hemorragia digestiva alta ⁽¹⁶⁾ y al conducto pancreático produciendo un cuadro conocido como Haemosaccus pancreaticus ⁽¹⁷⁾.

Se han reportado casos de rotura del AAE post trasplante hepático ⁽¹⁰⁾ en pacientes que no se les había diagnosticado previamente esta patología.

CONCLUSIONES

Siendo el riesgo de rotura de los aneurismas viscerales del 2 al 50% ⁽⁷⁾ y su mortalidad alta, se recomienda el tratamiento quirúrgico ya sea por laparotomía o por embolización cuyos resultados son muy halagüeños. La mortalidad disminuye si se detecta temprano y se hace la corrección quirúrgica preventiva.

Correspondencia:

Jesús Custodio López

La Llamura 154 Urbanización 3 de Octubre - Chiclayo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Stanley J.C., Fry W.J.: Pathogenesis and clinical significance of splenic artery aneurysms. *Surgery* 76:898,1974.
- 2.- Osawa M., Masui M., Wakasugi C.: Rupture of a giant splenic artery aneurysm. Report of an autopsy case. *Am J Forensic Med Pathol* 12:337-339,1991.
- 3.- Tam T.N., Lai K.H., Tsai Y.T., et al.: Huge splenic artery aneurysm after portocaval shunt. *J Clin Gastroenterol* 10:565-568,1988.
- 4.- Czekelius P., Deichert L., Gesenhues T., Schultz K.D.: Rupture of an aneurysm of the splenic artery and pregnancy: A case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 38:299-232,1991.
- 5.- Hunka D., Csordas T., Domany Z.: Rupture of the splenic artery aneurysm during pregnancy. *Acta Chir Hung* 32:77-82,1991.
- 6.- Karhunen P.J., Pentilla A.: Diagnostic postmortem angiography of fatal splenic artery haemorrhage. *Z. Rechtsmed* 103:129-136,1989.
- 7.- Dunlop W., Iwanicki S., Akierman A., Pasiaka J., Higgin J.R.: Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm: maternal and fetal survival. *Can J Surg* 33:407-408,1990.
- 8.- Greene D.R., Gorey T.F., Tanner W.A., Lane B.E., Collins P.C.: The diagnosis and management of splenic artery aneurysm. *J.R. Soc Med* 81:387-388,1988.
- 9.- Melliere D., Becquemin J.P., Kassab M., Soudaka F.: Aneurysms of digestive arteries. What are the indications?. *J Mal Vasc* 14:206-212,1989.
- 10.- Ayalon A., Wiesner R.H., Perkins J.D., Tominaga S., Hayes D.H., Krom R.A.: Splenic artery aneurysm in liver transplant patients. *Transplantation* 45:386-389,1988.
- 11.- Martínez E., Menendez A.R., Ablanado P.: Splenic artery aneurysm. *Int Sur* 71:95-99,1986.
- 12.- Gamroth A., Hirning T., Rosenthal R.: Pancreatic pseudoaneurysm and splenic aneurysm of the splenic artery. Diagnosis by angio CT and ultra sound. *Radiologe* 26:73-75,1986.
- 13.- Fransen H., Kubale R., Wurche K.D., Kalahne A.: Noninvasive diagnosis of splenic artery aneurysm. *ROFO* 151:532-535,1989.
- 14.- Taylor J.L., Woodward D.A.: Splenic conservation and the management of splenic artery aneurysm. *Ann R Coll Surg Eng* 69:179-180,1987.
- 15.- Baker K.S., Tisnado J., Cho S.R., Beachley M.C.: Splenic Artery aneurysm and pseudoaneurysms: transcatheter embolization. *Radiology* 163:135-139, 1987.
- 16.- Burke J.W., Erickson S.J., Kellum C.D., Tegtmeyer C.J., Williamson B.R., Hansen M.F.: Pseudoaneurysm complicating pancreatitis: Detection by CT. *Radiology* 161:447-450,1986.
- 17.- Matsumoto T., Sumiyama M., Fukami H., Sakaguchi S.: A case report of hemo succus pancreaticus caused by a rupture splenic aneurysm. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 89:128-132,1988.
- 18.- Jiménez Lorente A.I., Sanchis L., Martínez Ibáñez V., et al.: Alpha 1 antitrypsin deficiency associated with ruptured of the splenic artery. *Cir Pediatr* 2:40-42,1989.