

Aneurisma de la arteria esplénica

Splenic artery aneurysm

Julio Díaz Mesa,^I Janet Domínguez Cordovés,^{II} Gabriel González Sosa,^{III} Glenis Madrival Batista,^{IV} Rocío Queral Gómez Quintero,^V Simeón Collera Rodríguez,^{VI} Carlos Alfonso Sabatier,^{VII} María Caridad de Armas Fernández^{VIII}

^I Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Investigador Titular. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{III} Residente de Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^V Especialista de II Grado en Psiquiatría. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de II Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{VII} Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{VIII} Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

RESUMEN

En la enfermedad vascular abdominal, los aneurismas viscerales representan una fracción menor. Sin embargo, es importante conocerlos por la posibilidad de ruptura y hemorragia y el consiguiente riesgo para la vida. Se presenta el caso de una paciente con aneurisma de la arteria esplénica y se revisa la literatura correspondiente, con el objetivo de comunicar las alternativas diagnósticas y la conducta que se debe seguir.

Palabras clave: Aneurisma, arteria esplénica, hemoperitoneo.

SUMMARY

In the vascular abdominal disease, visceral aneurysms represent a lower fraction. However, it is important to know them for the possibility of rupture and hemorrhage and the consequent risk for life. The case of a patient with a splenic artery aneurysm is reported, and the corresponding literature is review aimed at communicating the diagnostic alternatives and the conduct to be followed

Key words: Aneurysm, splenic artery, hemoperitoneum.

INTRODUCCIÓN

En la enfermedad vascular abdominal, los aneurismas viscerales representan una fracción menor. Sin embargo, es importante conocerlos por la posibilidad de ruptura y hemorragia y el consiguiente riesgo para la vida.

Los aneurismas de la arteria esplénica son raros. Se consideran factores etiopatogénicos de su aparición el sexo femenino (mujeres cuya edad promedio es 55 años), la hipertensión arterial con esplenomegalia, la arteriosclerosis, el embarazo, los procesos infecciosos y los traumatismos.

Se ha comunicado la existencia de aneurismas de la arteria esplénica en asociación con embarazo, trasplante hepático, lupus eritematoso sistémico y coagulopatías. A menudo la ruptura es el primer y único síntoma. Se describe que su tamaño tiene un promedio de 3 cm y tienen mayor riesgo de ruptura cuando sobrepasan los 1,5 cm. Entre las complicaciones pueden ocurrir sangrado digestivo y hemoperitoneo.

Son difíciles de diagnosticar por la clínica por lo que se requieren diferentes estudios imagenológicos. El tratamiento siempre es quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 58 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial para lo cual llevaba tratamiento. Había sido intervenida quirúrgicamente en el 2002, a causa de un aneurisma de la aorta abdominal. Acudió a nuestro centro refiriendo dolor abdominal, fundamentalmente en el epigastrio, que en ocasiones se generalizaba y se acompañaba de náuseas y vómitos. Fue ingresada en el servicio de cirugía general el 21 de noviembre del 2005.

En el examen físico del abdomen se constata un tumor en el epigastrio, el cual es de consistencia firme, no doloroso con la palpación y late. Se le realizan los complementarios habituales y todos fueron negativos. Entre los estudios

imagenológicos, el ultrasonido abdominal documentó un aneurisma de 99 mm, con área de trombosis, que se proyectaba en la emergencia del tronco celíaco. En la tomografía axial computadorizada se observa una gran lesión expansiva vascular, de 9 x 11 cm, casi totalmente trombosada, con una luz de 6 cm de diámetro y de paredes calcificadas, que comprime las estructuras vecinas y que se corresponde con un aneurisma de la arteria esplénica.

Con este diagnóstico se llevó al salón de operaciones, donde se practicó una laparotomía exploradora. En ella se encontró un gran aneurisma calcificado en la emergencia de la arteria esplénica, adherido a la cara posterior gástrica, páncreas y colon transverso. Se disecó y se ligaron los vasos esplénicos, para liberar el aneurisma. Se realizó esplenectomía. El resultado de anatomía patológica confirmó el diagnóstico ([figura](#)).

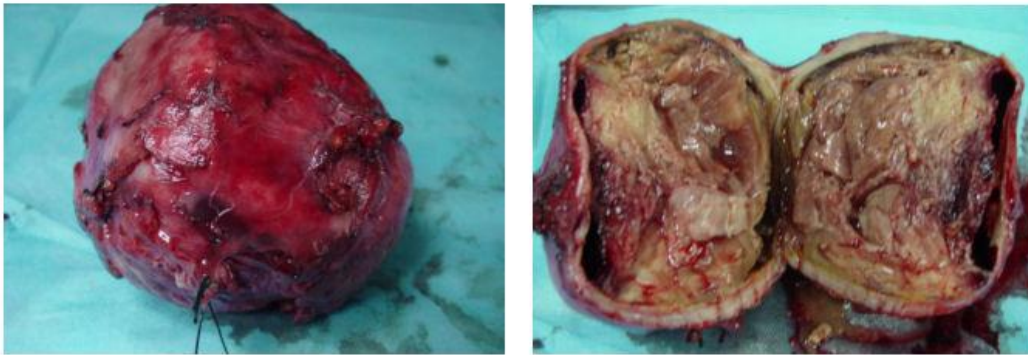


FIGURA. Aneurisma calcificado en la emergencia de la arteria esplénica.

DISCUSIÓN

Entre los diagnósticos diferenciales se pueden citar los tumores pancreáticos quísticos, ya sean serosos o mucinosos, los cuales se observan con mayor frecuencia en el sexo femenino. También hay que incluir el pseudoquistes de páncreas, aunque este se descarta por la ausencia de antecedentes de pancreatitis aguda o crónica. Otra entidad que puede arrojar una imagen similar es el tumor neuroendocrino, pero es de muy rara aparición.¹

En los últimos 20 años la frecuencia de los aneurismas abdominales ha aumentado 7 veces y es la tercera causa de muerte cardiovascular. Los aneurismas de la arteria esplénica son poco comunes y ocupan el tercer lugar en frecuencia entre los abdominales, después de los de la aorta y la ilíaca. Su frecuencia es mayor en las mujeres, con una relación de 4 a 1.²

La etiología de esta afección viene dada, fundamentalmente, por arteriosclerosis, fibrosis quística de la capa media, embolia por endocarditis, hipertensión portal, traumatismos, trasplantes hepáticos y pancreatitis crónica. Se señala, además, que el 50 % de las mujeres con aneurismas esplénicos son multíparas, por lo que los embarazos son factores etiológicos que se deben tener en cuenta.^{3,4} Otro grupo de pacientes lo constituyen aquellos que presentan cambios inflamatorios de la pared vascular, como en el caso de la poliarteritis nudosa, pancreatitis aguda, endocarditis bacteriana y de los drogadictos.¹

Las posibilidades de supervivencia son escasas; en 1992 se describieron solamente 11 casos en la literatura internacional y solamente sobrevivió un paciente.⁵ En caso

de ruptura del aneurisma, la mortalidad asociada se eleva hasta el 36 %, por lo que es muy importante estar al tanto de su presencia.¹

Hoy se consideran de mayor riesgo los aneurismas mayores de 2 cm, los pacientes sintomáticos y los trasplantados, los asociados a procesos inflamatorios y las mujeres embarazadas.¹

Generalmente son asintomáticos. En ocasiones los pacientes refieren un dolor en el epigastrio o retroesternal, y solo se llega al diagnóstico por estudios imagenológicos.²

Pueden aparecer manifestaciones agudas cuando ocurre una ruptura del aneurisma, que puede ser hacia la cavidad peritoneal, hacia una víscera, ocasionando una hemorragia digestiva o hacia el conducto pancreático, y dan origen a un cuadro conocido como *hemossucus pancreaticus*.^{1,7-9}

El diagnóstico correcto se realiza con la tomografía computarizada helicoidal con contraste, la angiografía helicoidal, la arteriografía del tronco celíaco y la resonancia magnética.⁶

Los aneurismas se operan selectivamente según su tamaño: de urgencia cuando se rompen y producen *shock*; los inestables que presentan síntomas de compresión o dolor por necrosis de la pared; los rotos contenidos, en los cuales se ha formado un hematoma que se mantiene limitado por los tejidos que lo rodean; los que están embolizando y los infecciosos.^{1,2}

El tratamiento quirúrgico ofrece varias opciones. La ligadura y obliteración de la arteria esplénica, la esplenectomía, la escisión del aneurisma con reconstrucción arterial o sin ella y la aneurismografía con arterioplastia. En los casos no complicados se pueden utilizar procedimientos endovasculares, como la embolización o la colocación de *stent*, para evitar de esta forma una cirugía de gran envergadura.^{1-3,5} También se ha empleado la vía laparoscópica realizando la ligadura de la arteria esplénica con esplenectomía o sin ella.^{10,11}

El hallazgo patológico más común es un defecto de la túnica media, con pérdida de fibras elásticas y de musculatura lisa.¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larrain D, Fava M, Espinosa R. Aneurisma de la arteria esplénica. Diagnóstico diferencial y alternativas terapéuticas. Caso clínico. Rev Méd Chile. 2005;133:943-6.
2. Morgado Pérez A, Hernández Cañete CM, Carvajal Rodríguez M. Aneurisma disecante de la arteria esplénica. Presentación de un caso. Angiología. 2004;56(1):46-50.
3. Smith JA, Macleish DG, Collier NA. Aneurysm of visceral arteries. Aust NZ J Surg 1989;59:329-34.

4. Schoen FJ, Cotram RS. Vasos sanguíneos. In: Cotram RS, Kumar V, Collins T, Robbins E. Patología estructural y funcional. Madrid: McGraw-Hill; 1999. Pp. 551-6.
5. Merrell SW, Glovizski P. Splenic artery dissection: a case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 1992;15:221-5.
6. Sturk G, Pezzotti G, Recio M, Caviglia L. Rotura de aneurisma de arteria esplénica. Abdomen agudo hemorrágico por ruptura de arteria esplénica. La tomografía de abdomen en el diagnóstico. *Medicina* 2001;61:267-70.
7. Messina LM, Shanley CJ. Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am* 1997;77:425-42.
8. Wagner WH, Cossman DV, Treiman RL, Foran RF. Hemosuccus pancreaticus from intraductal rupture of a primary splenic artery aneurysm. *J Vasc Surg* 1994;19:158-64.
9. Escudero MD, Sabater L, Calvete J. Hemoperitoneo por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. *Cirugía Española* 2001;70(3):160-3.
10. Arca MJ, Cagner M, Heniford BT. Splenic artery aneurysms methods of laparoscopic repair. *J Vasc Surg*. 1999;30:184-8.
11. Suso Ki, Shimura T, Asao T, Nomoto K, Kanoh K, Tuboi K. Laparoscopic resection of splenic artery aneurysm: a case report. *Hepatogastroenterology* 2002;49:1520-2.

Recibido: 28 de julio de 2007.

Aprobado: 23 de octubre de 2007.

Dr. Julio Díaz Mesa. Calle 216 y Avenida 11, Reparto Siboney. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: jdiaz@cimeq.sld.cu