Aneurisma esplénico*

Drs. GABRIEL FIGUEROA B.¹, ALEJANDRO CAMPOS G.¹,
PAULO RÍOS M.², AL. VICKY VÁSQUEZ G.²

¹ Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

² Alumna de Enfermería INACAP, Coquimbo.
Chile.

Abstract

Splenic aneurysm

Introduction: The splenic aneurysm (AAE) is a rare disease that occurs mainly in women, being mostly asymptomatic until rupture. **Clinical case:** We report a case of a woman aged 65, previously healthy, who complains of pain in the left upper quadrant, two-month history, performing a CT of the abdomen showing a 4.7 cm AAE without signs of rupture. Aneurysm resection was performed with splenic preservation with no signs of complication.

Key words: Aneurysm splenic rupture, resection, complication.

Resumen

Introducción: El aneurisma esplénico (AAE) es una enfermedad poco frecuente, que ocurre principalmente en mujeres, siendo en su mayoría asintomático, hasta su ruptura. **Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 65 años, previamente sana, que consulta por dolor en hipocondrio izquierdo, de dos meses de evolución, realizándose una tomografía de abdomen, que muestra un AAE de 4,7 cm sin signos de ruptura. Se realiza resección de aneurisma con preservación esplénica, sin signos de complicación en el postoperatorio. Aunque presenta infartos esplénicos en el control se mantiene asintomática.

Palabras clave: Aneurisma esplénico, ruptura, resección, complicación.

Introducción

El AAE fue descrito por primera vez por Beaus-sier en 1776, representando el 60% de los aneurismas viscerales¹. Se encuentra en el 0,8% de la población², ocurre principalmente en mujeres con

una proporción de 4:1, siendo la edad promedio al diagnóstico de 52 años y presentando 22% de ellos aneurismas múltiples²⁻⁴. Anatómicamente definimos un AAE cuando el diámetro de la arteria esplénica es > 1 cm y compromete las tres capas⁵. La etiología más común es la fibrodisplasia y la hipertensión

*Recibido el 11 de marzo de 2013 y aceptado para publicación el 27 de mayo de 2013.

Los autores no refieren conflictos de interés.

Correspondencia: Dr. Gabriel Figueroa B.
Los Tolomiro 137, Santiago, Chile.
gfigueroa@med.uchile.cl

portal^{6,7}. El diagnóstico es por imágenes, siendo generalmente un hallazgo, dado que sobre el 80% de los pacientes se mantiene asintomático⁵, hasta la ruptura aneurismática, la que ocurre entre un 3 y 9% de los casos, presentando una mortalidad que bordea el 36%⁸. El AAE en el embarazo presenta una mayor proporción de ruptura, la que llega al 50%, con una mortalidad materna del 75% y fetal del 95%, ocurriendo en su mayoría en el tercer trimestre gestacional^{1,9}. El manejo del AAE ha variado en el último tiempo, con el advenimiento de las técnicas endovasculares, las que tienen un rol importante, en los aneurismas proximales o en los pseudoaneurismas¹⁰⁻¹², asimismo existen reportes de abordajes laparoscópicos¹³, pero la técnica abierta sigue siendo de elección en el manejo de AAE¹⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 65 años previamente sana, que consulta, por un cuadro de dolor de 2 meses de evolución en hipocondrio izquierdo; al examen físico, destaca la presencia de una masa palpable, pulsátil y sin soplos, por lo que se solicita un AngioTC de abdomen y pelvis, que evidencia un AAE de 4,7 cm, distal, sin signos de complicación (Figura 1). Se programa la resección aneurismática en forma electiva, con preservación esplénica. En el intraoperatorio se evidencia trombosis de la arteria esplénica distal, por lo que sólo se realiza resección y ligadura (Figura 2), sin evidenciar cambios macroscópicos en bazo. La paciente evoluciona satisfactoriamente, siendo dada de alta en buenas condiciones, se realiza AngioTC de abdomen y pelvis de control, que muestra pequeños infartos esplénicos, sin repercusión clínica.

Discusión

El AAE es una patología inusual y de curso asintomático, que rara vez supera los 2 cm de diámetro⁵. La ubicación distal está descrita hasta en el 80% de los AAE reportados, lo que concuerda con nuestros hallazgos²⁻⁵. Si bien la etiología del AAE sigue siendo poco clara, el principal hallazgo patológico es el defecto de túnica media, con pérdida de fibras elásticas y de musculatura lisa, lo que se asocia a fibrodisplasia de la media, hipertensión portal, trasplante hepático o multiparidad^{6,7}. Las indicaciones quirúrgicas del AAE son un diámetro > 2 cm, rápido crecimiento, presencia de síntomas o que se asocian a embarazo¹⁵. El AAE roto se asocia a una mortalidad del 36%, según los reportes internacionales, representando un cuadro agudo, caracterizado

Figura 1. AngioTC abdomen y pelvis preoperatorio.

Figura 2. Pieza quirúrgica.

clásicamente por hemoperitoneo o hemorragia digestiva alta, según el sitio de ruptura⁸. Dentro de las alternativas terapéuticas, la resección aneurismática con reparación vascular, fue nuestro enfrentamiento inicial quirúrgico, el que fue cambiado, al observar la trombosis crónica de la arteria esplénica distal, realizando solamente ligadura y preservación esplénica. Dentro de la evolución es esperable la presencia de infartos esplénicos, los que se reportan hasta en un 25% de los pacientes, se describe que los pacientes en su mayoría se mantienen asintomáticos y se resuelven sin secuelas¹⁶.

Referencias

1. Perucca E, Cornejo J, Ruiz C, Castillo J, León B, Labbé M, y cols. Rotura de un aneurisma esplénico durante el embarazo: a propósito de 2 casos clínicos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:43-6.

2. Trastek V, Pairolero P, Joyce J, Hollier L, Bernatz P. Splenic artery aneurysms. *Surgery* 1982;91:694-9.
3. Stambuk J, Zamarin J, Rosales W. Aneurisma de la arteria esplénica. *Rev Chil Cir*. 2008;96-7.
4. Dave SP, Reis ED, Hossain A, Taub PJ, Kerstein MD, Hollier LH. Splenic artery aneurysm in the 1990s. *Ann Vasc Surg*. 2000;14:223-9.
5. Messina L, Shanley CJ. Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am*. 1997;77:425-42.
6. Selo-Ojeme D, Welch C. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;109:124-7.
7. Heestand G, Sher L, Lightfoote J, Palmer S, Mateo R, Singh G. Characteristics and management of splenic artery aneurysm in liver transplant candidates and recipients. *Am Surg*. 2003;69:933-40.
8. Messina L, Shanley C. Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am*. 1997;77:425-42.
9. Selo-Ojeme D, Welch C. Review: spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;109:124-7.
10. Larraín D, Fava M, Espinoza R. Aneurisma de la arteria esplénica. Diagnóstico diferencial y alternativas terapéuticas. *Rev Med Chile* 2005;133:943-6.
11. Kim B, Do H, Razavi M. N-butyl cyanoacrylate glue embolization of splenic artery aneurysms. *J Vasc Interv Radiol*. 2004;15:91-4.
12. Pino R, Souza A, Gouveia L, Bomfim A, Campos D. Aneurisma de artéria esplénica corrigido por embolização com molas. *J Vasc Bras*. 2010;9:249-53.
13. Rivera M, Bravo J, Marino C, Tobar J. Resección de aneurisma de arteria esplénica por vía laparoscópica conservando el bazo. *Rev Chil Cir*. 2011;524-6.
14. De Perot M, Buhler L, Borisch B, Morel P. Management of true aneurysm of the splenic artery. *Am J Surg*. 1998;175:466-8.
15. Trastek V, Pairolero P, Joyce J, Hollier L, Bernatz P. Splenic artery aneurysms. *Surgery* 1982;91:694-9.
16. Pulli R, Innocenti A, Barbanti E, Dorigo W, Turini F, Gatti M. Early and long-term results of surgical treatment of splenic artery aneurysms. *Am J Surg*. 2001;182:520-3.