

Aneurisma de arteria esplénica

Dres. José Nozar, Bolívar Delgado, Antonio Farcic, María L. Iraola,
Walter Zimmer y José Luvizio

Se presentan tres casos de aneurisma de Arteria Esplénica como contribución a la escasa casuística nacional, los tres diagnosticados por distintos procedimientos (exploración operatoria; hallazgo angiográfico y diagnóstico clínico-operatorio), dos asintomáticos y uno con grave complicación por rotura peritoneal; que presentaban problemas tácticos diferentes por su asociación con importantes enfermedades de tratamiento quirúrgico. De los tres, dos fueron quirúrgicamente tratados, realizándose esplenectomía en uno y endoaneurismorrafia en el otro, ambos con excelente evolución postoperatoria.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Splenic artery.

Los aneurismas de arteria esplénica (AAE) constituyen una entidad patológica relativamente poco frecuente, con una incidencia del 0,2 al 10 % de la población (2, 19, 20). Sin embargo, son los más frecuentes aneurismas de las ramas viscerales de la aorta, constituyendo el 58 % de los aneurismas espláncicos (21).

En nuestro medio, de 1946 a 1971 tenemos conocimiento de 10 casos, de los cuales 7 han sido publicados (5, 14, 17).

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, poco significativas, pudiendo, en la mayoría de los casos ser completamente asintomáticas. Estos últimos, pueden resultar de hallazgos necrópsicos radiológicos y de una prolija exploración operatoria, generalmente en pacientes intervenidos por otra patología. Entre los sintomáticos, los más dramáticos son aquellos que producen una rotura en peritoneo libre con grave colapso, bien ejemplificados en los casos descritos por Ormaechea y Perdomo (14, 17) en nuestro medio.

El motivo de la presente comunicación es aportar tres nuevos casos a la casuística nacional, diagnosticados por distintos procedimientos y que aportan importantes elementos que nos parece interesante discutir sin entrar en una revisión del tema muy bien tratado por colegas nacionales y extranjeros (1, 5, 7, 13).

*Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar).
Hospital Pasteur. Fac. Medicina. Montevideo.*

De estos tres casos, dos eran asintomáticos, uno, hallazgo casual de exploración operatoria en una intervención de vías biliares y el otro, hallazgo de la fase arteriográfica de una esplenoportografía. El tercer caso fue asintomático, con un gravísimo colapso por hemoperitoneo masivo.

CASUÍSTICA

Obs. 1.— M. E. G. Hosp. Pasteur Nº 35.887, uruguayo de 46 años, con antecedentes dispépticos y varios episodios de colecistitis aguda. El 31/5/77 es intervenida por litiasis biliar, constatándose litiasis vesicular y coledociana, practicándose colecistectomía y coledocostomía. En la exploración abdominal, se constata tumoración pulsátil en el área correspondiente a la arteria esplénica. En el postoperatorio, se constata litiasis residual de colédoco que no pudo ser resuelta por métodos incruentos. El 4/7/77 aortografía que muestra AAE próximo al hilio del bazo. Se reinterviene el 16/8/77 (Dr. B. D.) practicándose esplenectomía con inclusión del aneurisma mediante incisión subcostal izquierda. En el mismo acto quirúrgico reintervención de vías biliares, con extracción de litiasis residual de colédoco, por incisión transversa de hipocondrio derecho. Muy buena evolución postoperatoria.

Esta observación, pertenece a las denominadas por Hivet (8), formas mudas de los aneurismas esplénicos. La historia de la paciente era altamente sugestiva de historia biliar. Sin embargo, Osborne (15) publica interesantes observaciones de AAE simulando cuadros biliares. El hallazgo de un aneurisma chico en la exploración operatoria es sumamente difícil requiriendo gran meticulosidad en la exploración. Esta paciente no fue resuelta en el mismo acto quirúrgico, como aconteció en la observación de Praderi (14) por la complejidad de la intervención que se estaba efectuando, por la prolongación del tiempo operatorio que demandaba y finalmente por no tener una incisión adecuada al dominio de la región esplénica. Por otra parte, esta conducta permitió la realización del estudio angiográfico, que no vacilamos en catalogar de fundamental, ya que no sólo permite confirmar el diagnóstico, sino que además nos indica la topografía y número de los aneurismas y el estado del resto de las ramas espláncicas. Pero también esta no resolución en el mismo acto operatorio, plantea el problema de si estos aneurismas asintomáticos deben o no ser operados. Aunque las opiniones son dispares (4, 22), creemos que debe seguirse una conducta intervencionista, por el alto riesgo de ruptura aún en aneurismas

Tema libre presentado al XXVIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1977.

Profesor Adjunto, Profesor Agregado y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Anátomo-Patóloga y Médicos Colaboradores.

Dirección: Máximo Tajés 6897. Montevideo (Dr. J. Nozar).

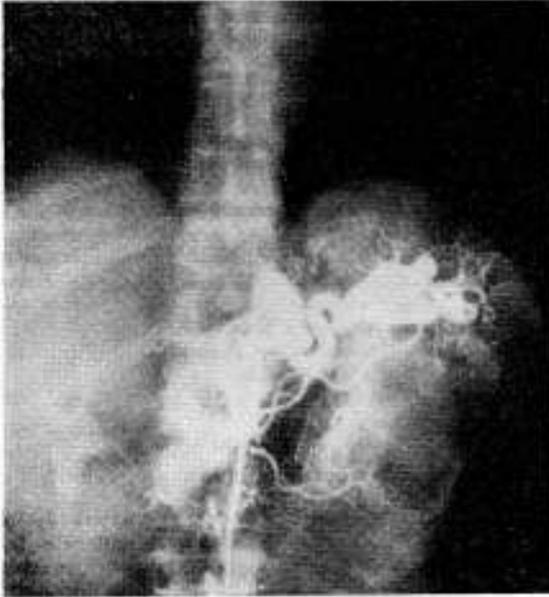


FIG 1.— Observación Nº 1: Arteriografía. Aneurisma esplénico próximo al bilio hepático.

pequeños (9), (35-50%) (8), con una mortalidad del 94% en los casos rotos (8). Como no existen síntomas premonitores de ruptura y la mayoría de éstas son sobregadas (9, 10), y como por otra parte la morbimortalidad del procedimiento quirúrgico en frío, en un paciente en buenas condiciones generales es menor del 6% (8), reafirmamos la conducta seguida.

Esta paciente planteó la problemática de sus dos afecciones concomitantes: litiasis residual no resuelta por procedimientos incruentos y AAE. La conducta seguida fue la intervención simultánea de ambas afecciones por abordajes separados, comenzando por la que imponía riesgo vital, que era el AAE.

Del punto de vista etiopatogénico, la presencia de lesiones ateromatosas en la pared del aneurisma, afirmaron la naturaleza arterioesclerótica. Los procesos inflamatorios pancreáticos, que Hivet (8) encuentra como causa patogénica en los casos relacionados con patología biliar, pueden descartarse en esta observación.

Obs. 2.— A. R., Hosp. Pasteur, uruguayo, de 60 años, con antecedentes de quiste de hígado drenado quirúrgicamente hace 25 años, de etiología no aclarada. En diciembre de 1976, estando en tratamiento por cirrosis hepática, realiza hemorragia digestiva alta de mediana intensidad que repite en dos oportunidades. Los estudios paraclínicos mostraron importantes várices esofágicas, severa hipertensión portal, con obstrucción de vena porta y mesentérica superior.

El estudio angiográfico demostró un AAE próximo a su origen. Inmediato al estudio repite cataclisma hemorragia digestiva, que es contenida con balón de Sargentaken. Tres días después, se retira el balón, y al continuar la hemorragia se decide intervenir de urgencia (22/1/77), practicándose ligadura de esófago sobre endoprótesis de Liard (11) y funduplicatura de Nissen. La hemorragia se detiene, pero el paciente

comienza con elementos de insuficiencia hepaticótica y luego cuadro infeccioso generalizado, falleciendo el 30/1/77.

En la necropsia se constata área de esfacelo en la unión esófago-gástrica, con ruptura de la pared esofágica inmediatamente por encima de la endoprótesis; importantes várices esofágicas trombosadas esplenomegalia moderada, con arteria esplénica de pared engrosada de 13 mm. flexuosa, con bucles. A 5 cm. del origen dilatación sacular de 25 mm. de diámetro. La pared del aneurisma es lisa, delgada, sin ulceraciones ni placas de ateroma; no hay trombos. Fibrosis hepática postnecrótica, con obstrucción sin trombosis de vena porta, por fibrosis difusa del pedículo hepático; trombosis de vena mesentérica superior.

En esta observación, el AAE fue hallazgo casual, angiográfico. Su existencia planteó importantes problemas de conducta, ya que en este paciente con obstrucción porto mesentérica, sólo se podían plantear como intervenciones derivativas las anastomosis esplenorenales. De éstas, la ideal en este paciente, esplenorenal distal selectiva, era imposible de realizar por el AAE. La existencia de estos elementos, junto con nuestra convicción de no realizar anastomosis porto cava en agudo por la prohibitiva mortalidad, nos llevó a la necesidad de realizar ligadura esofágica sobre endoprótesis completada con funduplicatura.

La muerte del paciente es debida a perforación esofágica, en el borde superior de la endoprótesis.

La relación entre AAE e hipertensión portal es discutida, aunque un 20% de los AAE se acompañan de ella (16).

El origen etiológico de este caso, de acuerdo a la anatomía patológica, fue congénito.

Obs. 3.— M. C., Círculo Católico, Nº 138.328, mujer, de 48 años, sin antecedentes patológicos, que media hora antes del ingreso, durante la ingesta de alimentos, instala brusco dolor en epigastrio, irradiado a hipocondrio izquierdo y dorso, lipotimia y vómitos. Al examen presentaba shock hipovolémico por anemia aguda; dolor y ocupación de epigastrio e hipocondrio izquierdo. Resto del examen s/p. Es repuesta masivamente e intervenida en forma urgente el 11/5/77 (Dr. B. D.) con el diagnóstico presuntivo de AAE roto, aneurisma de aorta complicado o pancreatitis hemo-



FIG. 2.— Observación Nº 1: pieza de exéresis.



FIG. 3.— Observación N° 3: Arteriografía postoperatoria.

rrágica. En el momento de realizar la incisión mediana xifopúbica, paro cardíaco del que se recupera con masaje externo. En la exploración se constata enorme hematoma de la trascavidad de los epiplones. Abordaje intergastrocólico y comprobación de gran aneurisma sacciforme de 10 cm. de diámetro, a la izquierda de la línea media, en el borde pancreático superior. Se interpreta como AAE roto. Dadas las dificultades de liberar el aneurisma por la infiltración hemática y considerando la gravedad de la paciente, se realiza endoaneurismorrafia, resección de parte del saco y sutura del remanente por encima. El bazo, al término de la intervención mantiene buena coloración. En el postoperatorio tromboembolismopulmonar que es yugulado con medicación anticoagulante. Alta sin incidentes al 15º día. A los 30 días del alta, aortografía selectiva de tronco celiaco, que muestra arteria esplénica con una disminución de calibre en su zona media, sin otras alteraciones. Cinco meses de postoperatorio sin incidentes.

Esta paciente constituye un excelente ejemplo de la más temida complicación de los AAE, como es la rotura en peritoneo libre, con exsanguinación masiva.

A pesar que muchos autores afirman que la rotura del AAE se hace habitualment en dos tiempos (3, 14), esta paciente muestra claramente la rotura cataclísmica en un solo tiempo. El diagnóstico de hemorragia intraperitoneal era muy claro, así como su origen era seguramente supramesocólico, por la distensión y ocupación selectiva de ese sector. Con estos datos, y conociendo que los hemoperitoneos espontáneos graves, tienen casi siempre origen supramesocólico y que la ruptura de aneurismas de ramas aórticas ocupa el

segundo lugar en frecuencia (6, 12), se fue a la intervención con el diagnóstico presuntivo de AAE roto en peritoneo libre.

La conducta puede ser discutida, pero, al abrir la trascavidad de los epiplones se cayó en una bolsa fibrosa, en el fondo de la cual se encontró un orificio que manaba abundante sangre. La falta de identificación exacta del vaso sangrante, las adherencias importantes en la zona, la infiltración de los planos por el hematoma y el grave estado general, implicaban un enorme riesgo a cualquier procedimiento de disección y resección. Por estas causas se creyó más conveniente la sutura endoluminal, para controlar el sangrado (18). Esta conducta plantea el control evolutivo estricto y una expectativa en torno al futuro del bazo.

RESUME

Anévrisme d'Artere Splénique

On présente trois cas de anévrisme d'Artere Splénique pour contribuer à la casuistique nationale très restricte, les trois diagnostiques fait par des procédés différents (exploration opératoire, découverte angiographique, et diagnostique clinique opératoire), deux d'entre eux asymptotiques et l'autre avec une grave complication par rupture péritonéale, qui présentaient des problèmes tactiques différents par son association avec d'importantes maladies de traitement chirurgical. Des trois, deux ont été chirurgiquement traités, l'un par splenectomie et l'autre par endo-anévrismomorphie, tous deux avec une excellente évolution postopératoire.

SUMMARY

Aneurism of splenic artery

The paper reports of three cases of aneurism of splenic artery to be added to the scant national case material. The three were diagnosed by different procedures (operator exploration; angiography and clinico-operator diagnosis); two of them were asymptomatic and in one case there was a serious complication due to rupture of peritoneum. Tactical problems differed due to their association with important diseases requiring surgical treatment. Of the three, two were treated surgically, in one case by splenectomy and in the other by endoaneurismography; postoperative evolution was excellent in both.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BAABB RR. Aneurysm of the splenic artery. *Arch Surg*, 111: 925, 1976.
2. BEDFORD P and LODGE B. Aneurysm of the splenic artery. *Gut*, 1: 312, 1960.
3. BERTRAND P, CLAVEL Ch. La ruptura des anévrismes de l'artère splénique. *Lyon Chir*, 26: 641, 1929.
4. BOIJSSEN E, EFSING HO. Aneurysm of the splenic artery. *Acta Radiol*, 8: 29, 1969.
5. FOLLE JA. Los aneurismas de los grandes troncos arteriales viscerales. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 8º, 1: 353, 1957.
6. FRANCILLON J et SAUBIER E. Les hémoperitoneos. *Rev Pract*, 3: 85, 1953.
7. GOMEZ FOSSATI C. Aneurismas de la arteria esplénica. Montevideo, 1971. Monografía (inédita).

8. HIVET M et POILLEUX J. Les anévrismes de l'artère splénique. A propos de 9 observations. *Ann Chir*, 23: 183, 1969.
9. JONES EL, FINNEY GG. Splenic artery aneurysms. A reappraisal. *Arch Surg*, 97: 640, 1968.
10. LEGER L, MOUKTAR M et GUYET P. Anévrismes de l'artère splénique. Leur rôle possible dans le détermination d'un syndrome d'hypertension portale. *J Chir*, 77: 153, 1959.
11. LIARD W, BALBOA O, PUIG R, PERDOMO R. Una nueva endoprótesis para la operación de Vosschulte. Descripción, técnica y resultados. *Cir Uruguay*, 46: 229, 1976.
12. MONDOR H, OLIVIER C. L'hémoperitoine spontané chez l'homme. *J Chir*, 53: 1, 1939.
13. MOORE S and LEWIS R. Splenic artery aneurysm. *Ann Surg*, 153: 10-33, 1961.
14. ORMAECHEA C, PRADERI R, GOMEZ FOSSATI C. Aneurismas de la arteria esplénica. *Cir. Uruguay*, 41: 503, 1971.
15. OSBORNE S. Aneurysm of the splenic artery simulating cholecystitis. *Lancet*, 1: 1007, 1936.
16. OWENS JC, COFFEY RJ. Aneurysm of the splenic artery, including a report of 6 additional cases. *Int Abstr Surg*, 97: 313, 1953.
17. PERDOMO R, FOLLE JA. Hemoperitoneo espontáneo por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. *Bol Soc Cir Uruguay*, 31: 5, 1961.
18. PRADERI RC. Consideraciones sobre anatomía y aplicaciones quirúrgicas de la arteria esplénica. *Día Med Uruguayo*, 351: 4174, 1962.
19. SHEPS S, SPITTEL J, FAIRBAIRN J, EDWARDS JE. Aneurysms of the splenic artery with special reference to blan aneurysms. *Mayo Clin Proc*, 23: 381, 1958.
20. SPERLING L. Aneurysm of the splenic artery. *JAMA*, 175: 452, 1961.
21. STANLEY JC, THOMPSON N and FRY WJ. Splanchnic artery aneurysms. *Arch Surg*, 101: 689, 1970.
22. WESCOT JL, ZITER FMH. Aneurysms of the splenic artery. *Surg Gynecol Obstet*, 138: 541, 1973.