Rev. Cir. Uruguay, V. 39, Nº 1-2: 9-13, enero/junio 1969

Aneurisma cirsoide de la arteria cística * **

*Dres. JORGE PEREYRA-BONASSO,*** ENRIQUE CAPANDEGUY, RICARDO CARITAT, MIGUEL ZAGIA y BOLIVAR DELGADO*

Colaboración anatomopatológica: Dra. H. M. CHIOSSONI

Paciente de 43 años, sexo femenino, con antecedentes de traumatismo abdominal hace 20 años y mastectomía radical por carcinoma mamario en 1964. Consulta en mayo de 1966 por antigua dispepsia hepatobiliar, algunos cólicos hepáticos desde hace 5 años y ardor epigástrico en los últimos meses, siendo el examen físico negativo. En el sondeo duodenal la evacuación vesicular fue positiva y se comprobó una giardiasis biliar. El funcional gástrico mostró hipoclorhidria acentuada. Se efectuaron los siguientes estudios radiológicos:

Colecistograma: vesícula piriforme de situación y tamaño normales, bien opacificada que muestra en la parte alta del borde interno un defecto de repleción festoneado y fijo. Esta imagen sugería una alteración parietal vesicular o de vecindad, por lo cual se examinó simultáneamente el sector gastroduodenal.

Fig. 1.— Estudio simultáneo colecistográfico y gastroduodenal. Defecto de repleción alargado y festoneado en la parte alta del borde interno de la vesícula. El duodeno no participa en el proceso.

Colecistograma y gastroduodeno simultáneos bajo control con televisión: este estudio permitió fijar relaciones y descartar la participación del duodeno en el proceso (fig. 1).

Se instituyó tratamiento médico durante 20 días con régimen dietético, ácido clorhídrico y Acranil, mejorando sus síntomas. Posteriormente fue intervenida con diagnóstico de probable compresión vesicular extrínseca (¿adenopatía carcinomatosa del pedículo hepático?), considerándose en segundo término las lesiones vesiculares intrínsecas.

Operación (junio de 1966). Vesícula sin cálculos, con gruesa formación aneurismática

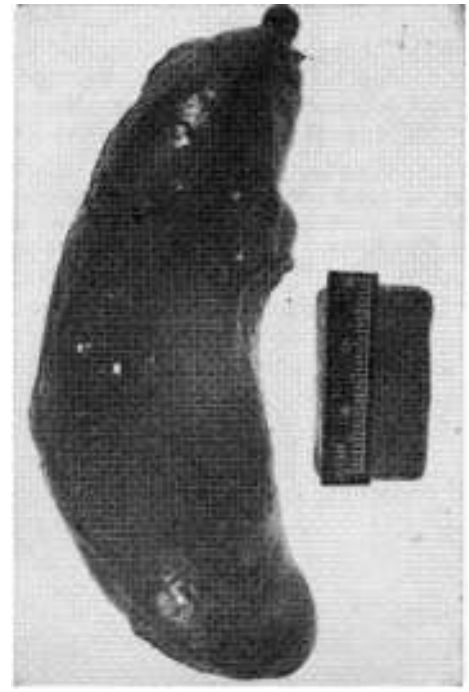

Fig. 2.— Aspecto externo de la vesícula y la formación aneurismática; ésta era de mayor volumen antes de la exéresis.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. A. Chiffle

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de octubre de 1968.

*** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

abollonada a nivel de la cara interna de la región cuelloinfundibular; cístico y colédoco normales. La disección del triángulo biliocístico mostró que se trataba de un aneurisma cirsoide de la rama izquierda de la arteria cística, a 2 cm. de la bifurcación de la cística. Se efectuó colecistectomía, con lo cual la lesión fue extirpada en forma completa; su tamaño durante el acto operatorio era marcadamente mayor

FIG. 3.— Insuflada la cavidad vesicular con aire se obtiene la radiografía frontal luego de inyectar contraste yódico hidrosoluble en el pedículo arterial.

que luego de la resección (fig. 2). Al cabo de 1 año la paciente está prácticamente libre de síntomas y el examen abdominal es negativo.

La inyección de contraste yódico hidrosoluble en la cística, con insuflación de aire en la cavidad vesicular, muestra el grueso aneurisma vinculado directamente a una rama arterial (fig. 3). Abierta la vesícula, la mucosa no presentaba lesiones intrínsecas. A la sección parietal se aprecia que la tumoración está formada por múltiples cavidades de distintos tamaños, de 4 a 10 mm. de diámetro y crece entre las capas mucosa y serosa a las que desplaza sin erosionar (fig. 4). Histológicamente la muscular está interrumpida a nivel del aneurisma. donde se observan cavidades vasculares de distinta constitución; unas tienen pared bien diferenciada con capas muscular y elástica, mientras que otras sólo presentan una delgada muscular rodeando al endotelio.

PATOLOGIA DE LA ARTERIA CISTICA

Se han comunicado las siguientes alteraciones de la arteria cística con traducción clínica o radiológica:

1) *Anomalías* con significado patológico (1 caso). Cística doble con una anastomosis transversa que biloculaba la vesícula provocando síntomas clínicos y modificaciones del colecistograma (4).

2) *Erosión* (13 casos). En 1956 se recopilaron 11 casos de hemorragia por erosión de la cística (11), a los que posteriormente se sumaron otros 2 (15, 20). Las afecciones causales fueron fístulas biliodigestivas espontáneas y úlceras gastroduodenales.

3) *Arteriosclerosis* (1 caso). Cística engrosada por arteriosclerosis que elevaba la mucosa, manifestándose radiológicamente por un defecto de repleción vesicular fijo (21).

4) *Aneurisma* (9 casos). Por su escaso calibre y bajo flujo la arteria cística tiene poca tendencia a originar aneurismas. Los 9 casos comunicados se com-

FIG. 4.— El corte de la pared vesicular a nivel del proceso aneurismático muestra su topografía entre mucosa y serosa, y su constitución multicavitaria.

plicaron de hemorragia por rotura o de ictericia por obstrucción biliar. En 6 de ellos el aneurisma era único (7, 9, 16, 18, 19, 22), en un caso eran múltiples (5) y en los 2 restantes coexistían aneurismas de la hepática y la cística (13, 17).

5) *Aneurisma cirsoide* (1 caso). No hemos encontrado mención a ningún caso de aneurisma cirsoide de la cística, por lo cual el que comunicamos constituiría la primera observación mundial.

6) *Patología del muñón de la cística* (4 casos). Se han publicado 3 fístulas de la arteria cística con el conducto cístico en pacientes colecistectomizados, debidas probablemente a ligadura común de ambos elementos. Dos de ellas fueron comprobadas en la necropsia (14) y la restante en la reintervención por hemobilia (23). En otro paciente se produjo una dilatación aneurismática del muñón de la cística que erosionó el duodeno originando una hemorragia digestiva (3).

CONCLUSIONES

Los problemas de patología, diagnóstico y tratamiento del aneurisma cirsoide han sido analizados recientemente en nuestro medio (2). Con respecto a la *etiología,* en el presente caso nos inclinamos hacia el origen congénito; es muy especulativo relacionado con un tratamiento muy alejado, que aunque fue violento no requirió tratamiento quirúrgico.

La *evolución* probable en ausencia de tratamiento sería a la extensión hacia la arteria hepática haciéndose irresecable, o a la efracción y hemorragia. Esta podría haberse producido en peritoneo dando un hemoperitoneo, en duodeno dando una hemorragia digestiva o en vesícula dando una hemobilia.

Es difícil determinar si la formación aneurismática participaba en la génesis de los *síntomas,* dada su coexistencia con hipoclorhidria y giardiasis biliar. Es probable que su responsabilidad en los trastornos dispépticos fuera mínima, pues el tratamiento médico logró una rápida mejoría. En cambio debido a su topografía y volumen podría ser la causa de los cólicos hepáticos, ya que no existían otros factores de obstrucción vesicular.

Las imágenes *radiológicas* caracterizadas por defectos de repleción vesicular fijos y de aspecto lacunar suelen corresponder a formaciones adenomiomatosas, que en distintos grados se inscriben dentro del cuadro general de las "colecistosis hiperplásticas" (1, 12). Con menor frecuencia corresponden a tumores benignos polipoideos (papilomas, adenomiomas), y muy raramente a un carcinoma, pues en estos casos la vesícula no suele opacificarse por déficit de concentración (6). Excepcionalmente se deben a lesiones vasculares, existiendo sólo 3 ejemplos en la literatura: várices de la vena cística en un caso (8), gruesa cística arteriosclerótica en otro (21) y aneurisma cirsoide de la cística (presente comunicación).

Aún no existe acuerdo con respecto a la *conducta* a seguir frente a los defectos de repleción vesicular de este tipo. Algunos autores consideran que siempre deben intervenirse por la posibilidad de que sean lesiones ya malignas o pasibles de transformación maligna. Otros opinan que estas imágenes en una vesícula bien opacificada no son potencialmente malignas, justificando una actitud conservadora limitada a controles periódicos y reservando la cirugía para las que crecen ostensiblemente y las que se acompañan de síntomas (para eliminar los síntomas y no por el riesgo de malignidad) (10). En el presente caso la indicación quirúrgica fue acertada por las posibilidades evolutivas de la lesión.

El *tratamiento* ideal del aneurisma cirsoide es su resección completa, que plantea serias dificultades en cuero cabelludo y miembros (2). En nuestro caso, favorecidos por la topografía del proceso, pudo llevarse a cabo el tratamiento ideal, lo que reduce las probabilidades de recidiva. Pero esa resección completa fue posible a expensas de la extirpación de una vesícula sana, que es el equivalente a una amputación cuando la lesión asienta en un miembro.

RESUMEN

Se comunica la observación, quizá única en la literatura, de un aneurisma cirsoide de la rama izquierda de la arteria cística. Clínicamente es probable que fuera la causa de los cólicos hepáticos que presentaba la

paciente. Radiológicamente se manifestaba en el colecistograma por un defecto de repleción vesicular fijo y de aspecto lacunar. Fue tratado por resección completa a expensas de una colecistectomía.

Se analiza la infrecuente, pero variada patología de la arteria cística.

Se discuten los diagnósticos presuntivos y la conducta a seguir frente a los defectos de repleción vesicular en el estudio colecistográfico.

RÉSUMÉ

On fait part d'une observation, peut-être unique dans les publications médicales, d'un anévrisme cirsoïde de la branche gauche de l'artère cystique. Du point de vue clinique il est probable qu'il ait été la cause des coliques hépatiques dont souffrait la malade. Le cholécystogramme révélait un défaut de réplétion vésiculaire fixe et d'aspect lacunaire. On pratiqua une résection complète associée à une cholécystectomie.

On analyse la pathologie peu fréquente mais variée de l'artère cystique.

On discute les diagnostiques et la conduite à suivre face aux défauts de réplétion vésiculaire dans l'étude cholécystographique.

SUMMARY

This communication refers to the case, which is perhaps unique in literature, of a cirsoid aneurism of the left branch of the cystic artery. Clinically it is believed to be the probable cause of the hepatic colics presented by the patient. Radiologically it appeared in the cholecystogram fixed repletion defect of the gall bladder, lacunar un aspect. It was treated by a complete resection involving a cholecystectomy.

The infrequent but varied pathology of the cystic artery is analized.

The paper includes a discussion of presumptive diagnosis and the conduct to be applied when cholecystographic studies show repletion defects of the gall bladder.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE, J. R., BOHER, R. O. y GURAIEB, S. *Colecistosis hiperplástica. Estudio radiológico y su correlación anatomopatológica.* Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 62 pp., 1965.
2. ANAVITARTE, E. y AMORIN CAL, R. Aneurisma cirsoide de la región tenar y primer dedo. Comunicaciones arteriovenosas. *Rev. Cir. Uruguay,* 35: 27, 1965.
3. BENEDETTI-VALENTINI, S. Su di un caso di emorragia gastroenterica da rottura in duodeno di una formazione aneurismatica del moncone dell'arteria cistica. *Minerva Chir.,* 19: 445, 1964.
4. BONACCORSI, R. e MELI, S. Colecistopatia da arteria cistica anomala. *Minerva Chir.,* 16: 1542, 1961.
5. CHIARI. Citado por Cuccurullo (7) y por Parenti (17). *Prager Med. Woch.,* Nº 4, 1883.
6. CIMMINO, C. V. Carcinoma in a well-functioning gallbladder. *Radiology,* 71: 563, 1958.
7. CUCCURULLO, L. e GAMBARDELLA, A. Ittero metaepatico da aneurisma dell'arteria cistica. *Riv. Anat. Patol. Oncol.,* 20: 779, 1961.
8. FELDMAN, M., GOODMAN, J. E. and WEINBERG, T. Varices of the gall bladder associated with a mucosal cyst. *Am. J. Digest. Dis.,* 9: 399, 1942.
9. HÖGLER, F. Beitrag zur klinik der leber und milzarterien aneurysmas. *Wien. Arch. F. Inn. Med.,* 1: 509, 1920.
10. GRIECO, R. V., BARTONE, R. F. and VASILAS, A. A study of fixed filling defects in the well opacified gallbladder and their evolution. *Amer. J. Roentgen.,* 90: 844, 1963.
11. JENICEK. 1956. Citado por Lill (15).
12. JUTRAS, J. A., LONGTIN, J. M. and LEVESQUE, H. P. Hyperplastic cholecystoses. *Am. J. Roentgenol.,* 83: 795, 1960.
13. KLOTZ, O. Periarteritis nodosa. *J. Med. Res.,* 37: 1, 1917.
14. KÜNTSCHER, G. Postoperatives aneurysma der arteria hepatica. *Zentralbl. Chir.,* 64: 2694, 1937.
15. LILL, H. und ZEITLHOFER, J. Tödliche arrosionblutung der leber gallenblasen-arterie als seltene komplikationen in der bauch-chirurgie. *Zentralbl. Chir.,* 86: 1308, 1961.
16. LOEFFLER. Citado por Cuccurullo (7). *Sch. Eiz. Med. Woch.,* 76: 630, 1946.
17. PARENTI, G. C. Aneurisma dell'arteria epatica. *Pathologica,* 26: 435, 1934.
18. ROSENTHAL, S. R. Ruptured aneurysm of cystic artery in the gallbladder as a result of toxic arteritis: report of case. *Arch. Pathol.,* 11: 884, 1931.
19. SCHAEFER, J. H. *Aneurysm of cholecystic artery. J.A.M.A.,* 153: 1114, 1953 (Correspondence).
20. SMAREGLIA, M., BIANCO, A. e TUCCI, G. Ematemesi e melena da lesione dell'arteria cistica in corso di fistola biliodigestiva spontanea. *Arq. Atti Soc. It. Chir., 62º Congr.,* 2: 193, 1959.
21. TEN EYCK, E. A. Fixed defects in the gallbladder wall. *Radiology,* 7y: 840, 1958.
22. WALTER, H. Beitrag zur histopathogenese der periarteritis nodosa. *Frankf. Zeitschr. Path.,* 25: 306, 1921.
23. WHITMAN, E. J., BUIE, J. A. (Jr.), HUIZENGA, K. A. and WAUGH, J. M. Cystic artery - cystic duct fistula: an unusual case of gastrointestinal hemorrhage; report of case. *Proc. Mayo Clin.,* 35: 551, 1960.

DISCUSION

Dr. Suiffet: Voy a hacer mías las primeras palabras del Dr. Praderi en el sentido de que esta posibilidad puede presentarse en toda la vida de un cirujano como una circunstancia de excepción.

La única reserva que yo le haría a la interpretación de esta situación patológica, es en lo que respecta al papel del traumatismo. Desde luego que todo son hipótesis, pero creo que no puede dejarse de lado en forma definitiva la posibilidad de que el traumatismo pueda haber sido el causal de esa situación patológica. En primer lugar, porque se sabe perfectamente bien que el traumatismo puede producir perfectamente bien esta alteración en los distintos sectores del organismo. Hemos visto este tipo de lesión, son fístulas arteriovenosas múltiples en el cuero cabelludo después de un simple traumatismo por un golpe contra una ventana; enel dorso, luego de una punción pleural en el tratamiento de un derrame pleural; en el dedo medio de la mano izquierda, por un traumatismo por tracción de una cuerda arrollada. De manera que la violencia del traumatismo no es un elemento que tenga un valor fundamental; puede ser un traumatismo mínimo.

En segundo lugar hemos visto pacientes con traumatismo de abdomen y en la intervención comprobar pequeños hematomas subcapsulares hepáticos, o una pequeña infiltración mesentérica, o de la pared gástrica. El traumatismo en un antecedente que sin poder de ninguna manera darle un valor absoluto en la producción de esta lesión, puede haber sido la causal. Basta una simple infiltración hemorrágica, en dos vasos que están unidos a su vez por comunicaciones normales, para que se establezca la comunicación que luego lentamente, por mecanismos perfectamente conocidos, se transforma a veces en lesiones irreversible y que son de muy difícil tratamiento.

Era la única consideración que se me ocurría a propósito de tan interesante observación.