

Nuevas observaciones de aneurisma de arteria esplénica. Aneurismas múltiples. El signo del mate.

Dres. José Praderi, Nisso Gateño, Alberto Estefan, Angeles Cassinasco y Raúl Praderi.

Se relatan 5 nuevas observaciones de aneurisma de la arteria esplénica tratadas en el Uruguay con lo cual asciende la casuística nacional a 19 pacientes operados.

Se destaca la importancia de la fibrolaparoscopia y la punción abdominal con la técnica de Perdomo para certificar el diagnóstico de ruptura intraperitoneal.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Splenic Artery - Aneurysm

SUMMARY: New cases of splenic artery aneurysms. Multiple aneurysms.

5 new cases of splenic artery aneurysms treated in Uruguay are presented. Our national casuistic is 19 cases. Importance of laparoscopy and abdominal diagnostic puncture in case of intraperitoneal rupture is pointed out.

RÉSUMÉ: Nouvelles observations d'anévrisme de l'artère splénique. Anévrismes multiples.

On présent 5 nouvelles observations d'anévrismes nu de l'artère splénique, traités en Uruguay. Avec ces cas, la casuistique remonte à 19 patients opérés. On

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl C. Praderi). Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

souligne l'importance de la laparoscopie et la ponction abdominale avec la technique de Perdomo pour certifier le diagnostic de rupture intrapéritonéale.

En cirugía de urgencia es importante reconocer las hemorragias espontáneas en la cavidad abdominal en pacientes que no han sufrido traumatismos, por lo menos advertidos; las hemorragias de causas ginecológicas y obstétricas son las más frecuentes, como la ruptura de embarazos tubarios y abdominales, el sangrado de quistes y tumores de ovario, las hemorragias por várices uterinas, etc.

Pero existe un número importante de mecanismos de sangrado espontáneo en la mujer y en el hombre determinadas por otras etiologías, como la ruptura de aneurismas arteriales^(15, 17).

Los más comunes son los aneurismas de aorta abdominal, pero ellos se rompen en el retroperitoneo, y sólo excepcionalmente provocan hemorragia en cavidad abdominal^(15, 20).

Pero existen también aneurismas de las colaterales de la aorta abdominal que pueden romperse dando hemorragias peritoneales, los más frecuente son los de la arteria esplénica, luego la renal y hepática^(11, 12, 17, 18, 28).

Este tema fue tratado en conjunto en nuestro país por Ormaechea y Folle^(6, 20) existiendo ya una casuística nacional de cierta importancia.

Trabajo presentado como Tema Libre al 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, Diciembre de 1984.

* Asistente, Profs. Agregados. Ayudante de Clase. Profesor de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Juan Ma. Pérez 2924 Ap. 202. Montevideo (Dr. J. Praderi).

Dos de nosotros (J.P. y R.P.) nos hemos ocupado de las hemorragias peritoneales espontáneas de causa no genital que incluyen esta etiología²⁶
27)

En esta comunicación nos vamos a referir específicamente a los aneurismas de la arteria esplénica.

La revisión más completa de este tema fue efectuada en nuestro país hace 14 años por Gómez Fossatti en una monografía sumamente detallada⁽¹⁰⁾. Por esa misma razón no repetiremos historias de los casos ya publicados allí y en el artículo de Ormaechea⁽²¹⁾.

Como las hemorragias por ruptura de estos aneurismas son muy graves, es importante diagnosticarlas en su etapa no complicada.

Hay solamente una manera de diagnosticar las formas no complicadas, es el hallazgo de una imagen calcificada en una Rx de abdomen superior.

Esto puede suceder en dos circunstancias: en estudio radiológico efectuado por otra razón, en un enfermo que consulta por una afección abdominal, muy frecuentemente por afecciones biliares o gástricas; también puede ocurrir como hallazgo en una Rx intraoperatoria para colangiografía⁽²¹⁾

CASUISTICA

Caso N° 1: Paciente de 72 años, sexo masc. que consulta por dolor abdominal difuso. Se le realiza una Rx de abdomen: lo positivo fueron 2 calcificaciones en hipocondrio izquierdo con la típica imagen del mate correspondiente a 2 aneurismas de la arteria esplénica⁽¹⁶⁾. Se interviene, anestesia general, se realiza resección de los aneurismas. Buena evolución.

Caso N° 2: J.B. de S. 86 años, sin antecedentes a destacar, multipara. Cuadro doloroso intenso de epigastrio con hipertensión, sin elementos radiológicos a destacar, con Rx de abdomen.

Con el diagnóstico de infarto de mesenterio o úlcera perforada se interviene por mediana supraumbilical. El único elemento patológico fue un aneurisma del tamaño de una nuez en el tronco de la arteria esplénica en el nacimiento de la tuberositaria posterior.

Procedimiento: Se resecta sin esplenectomía; buena evolución inmediata.

Caso N° 3: E.G. 56 años, sexo fem. Consulta por dispepsia hipoesténica y litiasis vesicular radiológica. A nivel de región celiaca se ven 7 imágenes típicas en "mate", con lo cual se establece el diagnóstico de aneurismas múltiples de arteria esplénica. Operación mediana supraumbilical, colecistectomía típica, colangiografía. Resección de arteria esplénica desde su origen hasta su bifurcación, sin esplenectomía. El bazo bien irrigado.

En el postoperatorio la enferma desarrolla una supuración de la herida que se drena. Aparece una eventración varios meses después que es reintervenida con buena evolución.

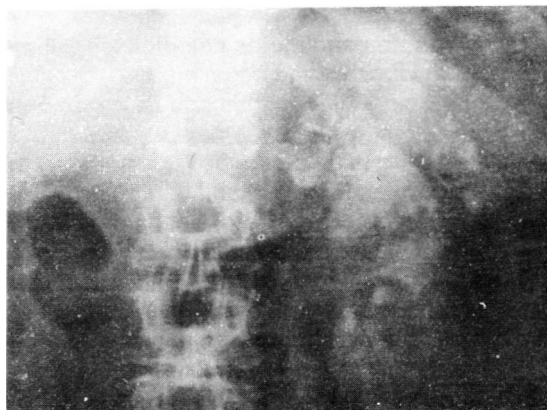


Fig. 1. Rx del caso 3 antes de la operación.

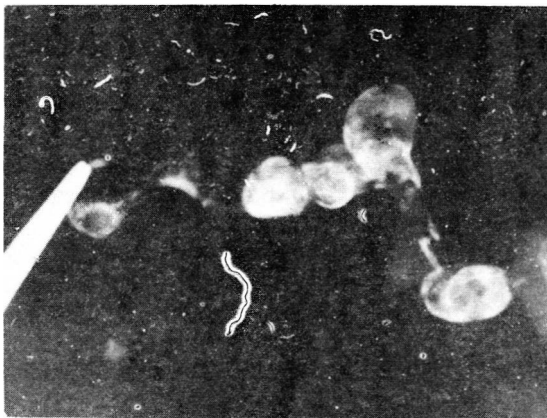


Fig. 2. Rx de la pieza correspondiente al caso 3. Se ven las calcificaciones y el signo del mate.

COMENTARIO

En estos casos lo que hizo el diagnóstico fue la radiología simple. Radiológicamente los AAE calcificados se ven como sombras ovaladas o redondeadas de aproximadamente 1 a 3 cm (se han visto de más de 15 cm)⁽²⁹⁾ de borde continuo o quebrado y centro moteado como "cáscara de huevo partida" por los depósitos de calcio⁽³⁰⁾.

Los diagnósticos diferenciales a plantear en una placa simple si se ve una calcificación en hipocondrio izquierdo son:

1) Aneurisma calcificado de arteria renal izquierda

- 2) Adenitis calcificada de las cadenas ganglionares.
- 3) Quistes no parasitarios calcificados del mesenterio, bazo, páncreas o hígado.
- 4) Quiste hidatídico calcificado de estos órganos.

Existen 3 signos radiológicos que son muy sugestivos de aneurisma esplénico:

- a) Interrupción de un sector del halo periférico correspondiente a la unión del saco con la arteria, que Mascheroni⁽¹⁶⁾ llama imagen en "mate" que se apreció en nuestro caso.
- b) Visualización de la arteria esplénica calcificada llegando el aneurisma como el caso de Lamy en forma de un doble contorno paralelo.
- c) En el gastroduodeno contrastado, falta de relleno pulsátil en gran curva y tumoración pulsátil con frémito y soplo lo cual le permitió a Höglér⁽¹³⁾ realizar el primer diagnóstico preoperatorio.

Después de 1970 aparecieron en la literatura nacional otras observaciones similares de diagnóstico radiológico preoperatorio comunicadas por Crestanello⁽⁴⁾, Gilardoni⁽⁷⁾ y Nozar⁽¹⁹⁾. Además Crestanello realiza aortografía de su enfermo confirmando el diagnóstico⁽⁴⁾ y Delgado en un enfermo con hemorragia digestiva encontró, al realizar una arteriografía, que se visualizaba el aneurisma⁽¹⁹⁾.

En la literatura internacional han aparecido muchas publicaciones en el tema^(12, 13) se destaca el trabajo de Pollack⁽²⁵⁾ que publicó en 1979 153 casos de aneurismas de rama de arteria abdominal complicados, de los cuales el 94% correspondían a aneurismas de arteria esplénica.

FORMAS COMPLICADAS

La complicación más frecuente del AAE es la ruptura en la cavidad peritoneal, siendo la complicación de mayor incidencia en todas las series, secundaria a un sangrado primario hacia la retrocavidad^(2, 6).

La ruptura en peritoneo puede ser abrupta, cataclísmica, dando el cuadro de apoplejía abdominal de los clásicos, pero en general es más lenta por fisuraciones progresivas.

Es más frecuente la hemorragia peritoneal en 2 tiempos que cursa en 3 fases^(15, 25):

- a) Fase inicial: sangra por fisuración.
- b) Fase de latencia: que dura horas, semanas o meses.
- c) Fase o evento terminal: se produce un sangrado masivo.

Dentro de las formas complicadas destacamos el caso publicado por Perdomo⁽²³⁾ en 1961. Pa-

ciente de 26 años, sexo femenino que consulta por cuadro agudo de abdomen. Se realiza paracentesis: sangre incoagulable, se planteó como diagnóstico preoperatorio embarazo ectópico, resultando ser: ruptura de aneurisma de arteria esplénica, con un hemoperitoneo, y se comprueba un útero correspondiente a un embarazo de 3 y 1/2 meses. Se realiza resección con esplenectomía. Buena evolución y a los 5 meses después: parto normal.

Es el primer caso y el único en el Uruguay que se interviene una mujer con ruptura de aneurisma esplénico cursando un embarazo y con sobrevivencia de la madre e hijo.

Entre las observaciones del último decenio debemos citar los casos de Nozar⁽¹⁹⁾ y Perrone⁽²⁴⁾.

CASUÍSTICA

Las observaciones nuevas que agregamos son las siguientes:

Caso N° 1: (1983). Paciente de 72 años, sexo masculino, hipertenso tratado, que comienza en forma brusca con cuadro doloroso de hipocondrio izquierdo, que se irradia a todo el abdomen, hipertensión arterial de 190/70.

Al examen: palidez cutánea-mucosa, sudoroso. Dolor abdominal difuso, espontáneo y provocado. Distendido.

Se realiza paracentesis (con el método de Perdomo): sangre lacada.

Se solicitan rutinas urgentes: Hto. 32%.

Rx: imagen calcificada en hipocondrio izquierdo.

Diagnóstico: hemoperitoneo espontáneo por ruptura de aneurisma de arteria esplénica.

Intervención: mediana supraumbilical, se constata un hemoperitoneo de 2 l. Aneurisma sobre el hilio esplénico.

Procedimiento: resección con esplenectomía. Evolución: buena.

Caso N° 2: Paciente de 46 años sin antecedentes patológicos, cursa un dolor abdominal epigástrico, de discreta intensidad. Poco después durante la defecación sufre una lipotimia con repercusión hemodinámica; es internado en C.T.I.

Examen: Abdomen distendido y mate, con dolor en hipocondrio izquierdo. Hto.: 30% y paracentesis positiva efectuando el diagnóstico.

La operación confirma hemoperitoneo y ruptura de aneurisma yuxta-hiliar de arteria esplénica, fue tratada por esplenectomía.

En estos casos se utilizaron dos métodos para hacer diagnóstico etiológico y de la complicación. El etiológico, la radiografía simple como anteriormente señalamos, y de complicación la paracentesis (método de Perdomo)⁽²²⁾ siendo este un método relativamente nuevo, consideramos que aunque es un método invasivo pero de los menos agresivos, tiene las siguientes ventajas: hace diagnóstico de complicación en forma rápida, práctica, con un porcentaje altísimo de acierto: está al alcance de todos y se puede realizar en cualquier puerta de hospital.

El otro método realmente reciente, más sofisticado, que se necesita profesional más entrenado y que tiene sus demoras, es la fibrolaparoscopia⁽¹⁴⁾. Su porcentaje de acierto es cercano al 100% y permite además orientar hacia la región del sangrado.

Ya existe en nuestro país un número apreciable de hemoperitoneo espontáneo de otras causas diagnosticado con este método.

CONCLUSIONES

El interés principal de esta comunicación es agregar 5 observaciones y señalar que después de la publicación de la Monografía de Gómez Fossatti⁽¹⁰⁾, se ha simplificado el diagnóstico con la fibrolaparoscopia y la paracentesis⁽¹⁴⁾ diagnóstica con la técnica de Perdomo.

En la bibliografía existen muchas comunicaciones recientes de AAE en el embarazo múltiples⁽³⁾, gigantes^(1,9) y rotas durante el embarazo, que no mencionamos en este trabajo.

Finalmente señalemos el caso de Giuffrè⁽⁸⁾ con una rara complicación de estos aneurismas que es la apertura en el estómago.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BECKER A.J., TWERSKY J., KINKHABWALA M. — Giant aneurysm of the splenic artery. *Br. J. Radiol.* 46: 419, 1973.
2. BUSUTTIL R.W., BRIN B.J. — The diagnosis and management of visceral artery aneurysms. *Surgery* 88:619, 1980.
3. BYERS R.M., BUXTON R.W. — Review of splenic artery aneurysms with an additional seven case reports. *Am. Surg.* 33: 247, 1976.
4. CRESTANELLO F. — Comunicación personal. 1971.
5. DE CALAN L., OZOUX J.P., BRIZON J. — Les hemoperitonées. *Presse Med.* 54: 1187, 1983.
6. FOLLE J.A. — Los aneurismas de los grandes troncos arteriales viscerales. Congreso Uruguayo de Cirugía. 8° 1: 353, 1957.
7. GILARDONI F. — Comunicación personal. 1971.
8. GIUFFRÉ A., SACHOEVA A. — Complications of splenic artery aneurysm other than intraperitoneal rupture. *Abdominal Surg.* 24: 88, 1982.
9. GLOVER S.G., SMITH C.C. — Unusual presentation of giant splenic artery aneurysm. *Br. Surg.* 69: 247, 1982.
10. GÓMEZ FOSSATTI C. — Aneurismas de la arteria esplénica. Monografía. Montevideo. 1972 (inérita).
11. GRAHAM J.M., MC COLLUM CH., DE BAKEY M.E. — Aneurysms of the splanchnic arteries. *Am. J. Surg.* 140: 797, 1980.
12. HIVET M., POILLEUX J. — Les anéurismes de l'artère splénique. A propos de 9 observations. *Ann. Chir.* 23: 183, 1969.
13. HOGLER F. — Beitrag zur Klinik des Leber und Milzarterien-aneurysmas. *Arch. Wien. Ann. Med.* 1: 509, 1920.
14. LLANIO R. — La laparoscopia: exploración fundamental en el diagnóstico del abdomen agudo (experiencia de 4.500 casos). Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal, 3°, México, 1974.
15. MALAN E., TIBERIO G. — Clínica degli aneurismi dell'aorta abdominale e dei suoi rami. *Atti Soc. Ital. Gastroent. Congr. Nz., Genova.* 17: 1147, 1967.
16. MASCHERONI H.A., REUS I.C., LAFAGE L.A. — Aneurisma calcificado de la arteria esplénica. *Arch. Argent. Enf. Ap. Dig. Nutr.* 18: 201, 1943.
17. MELVILLE, H.J. — Spontaneous rupture of the spleen complicating infectious mononucleosis. *Med. J. Australia* 27: 356, 1950.
18. MONDOR H., OLIVIER C. — L'hémoperitone spontané chez l'homme. *J. Chir.* 53: 1, 1939.
19. NOZAR J., DELGADO B., FARCIC A., IRAOLA M., ZIMMER W., LUVIZIO J. — Aneurisma de arteria esplénica. *Cir. Urug.* 48: 294, 1978.
20. ORMAECHEA C.A. — Patología de las colaterales de la aorta abdominal. (Mesa Redonda) Congreso Uruguayo de Cirugía, 22° *Cir. Urug.* 42: 92, 1972.
21. ORMAECHEA C., PRADERI R., GÓMEZ FOSSATTI C. — Aneurisma de arteria esplénica. A propósito de dos casos tratados con éxito. *Cir. Urug.* 41: 503, 1971.
22. PERDOMO R. — Diagnóstico del hemoperitoneo por paracentesis "a minima". *Cir. Urug.* 46: 153, 1976.
23. PERDOMO R., FOLLE J.A. — Hemoperitoneo espontáneo por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 31: 5, 1961.
24. PERRONE L., LERENA A. — Aneurisma de arteria esplénica. A propósito de 1 caso. *Emerg. Urug.* 4: 21, 1981.
25. POLLAK E., MICHAS C. — Massive spontaneous hemoperitoneum to rupture of visceral branches of abdominal aorta. *Am. Surg.* 45: 621, 1979.
26. PRADERI J. — Hemoperitoneo espontáneo en el hombre. Monografía. 1984. Fac. Med. Montevideo.
27. PRADERI R. — Hemoperitoneo espontáneo en el hombre. Tesis inédita. Premio Nario, 1959. Fac. Med. Montevideo. Resumida en Finocchietto, R. *Cirugía Básica.* Bs. As., López, 1962.
28. SHEPHERD J. — Surgery of the acute abdomen. Eddimburgo, Churchill Livingstone, 1960.
29. STANLEY J.C. — Abdominal visceral aneurysms. En: Haimovici, H. *Vascular Emergencies.* New York. Appleton, 1982.
30. STANLEY J.C., FRY W.J. — Pathogenesis and significance of splenic artery aneurysms. *Surgery* 76: 898, 1974.