Aneurisma de arteria esplénica.

*3 nuevos aportes a la literatura nacional**

Dres. Marcos Torres, Martín Vallverdú, Bernabé Bentancur, Carlos Bianchi y Guillermo Siiva.

Comentamos 3 nuevas observaciones de aneurisma de la arteria esplénica tratadas con éxito. En un caso, complicado se hizo diagnóstico intraoperatorio y en los otros la radiología fue capital, así como las nuevas técnicas imagenológicas (TAC). Se destaca la inespecificidad de la sintomatología clínica. Se hacen consideraciones en cuanto a sus formas de presentación y en cuanto a tratamiento.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Splenic artery, Aneurysm.

SUMMARY: Splenic artery aneurysm. 3 new cases.

3 new cases of splenic artery aneurysms treated with good results are presented. In one case that ruptured, the diagnosis was intraoperative, in the others radiology and new imagenology techniques (CAT scan) were of value. Low specificity of symptomatology is pointed out. Some considerations about clinical presentation and therapeutic are done.

RÉSUMÉ: Anévrisme de l'artère splénique.

Trois nouvelles observations d'anévrisme splénique, traités avec succès, son présentées. Dans un cas, compliqué, le diagnostique fut intraopératoire, et dans

Clinica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Uruguay Larre Borges), Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

les autres la radiologie a en une importance capitale, ainsi que les autres techniques par image (tomographie).

On souligne la non spécificité de la symptomatologie clinique, les auteurs font des commentaires en ce qui concerne ses formes de présentation et le traitement.

Los Aneurismas de la Arteria Esplénica (AAE) son dilataciones segmentarias permanentes del tronco o de las ramas de dicha arteria, causadas por una alteración estructural de su pared. Son los más frecuentes dentro de los aneurismas de las colaterales esplánicas de la aorta abdominal^(1, 8, 16). Su incidencia global es de 0,6% y son más frecuentes en la mujer. Descrita esta afección en 1770 por Beaussier, la 1era. revisión general sobre el tema corresponde a Högler⁽⁷⁾, en 1920 quien describe 15 casos. Owens y Coffey⁽¹³⁾ en 1953 publicaron una completa revisión de 204 casos. Hasta la década del 60 se publicaron pocos casos, a partir de ésta se han multiplicado las comunicaciones sobre el tema. Depende esto del perfeccionamiento de los medios de diagnóstico, del real incremento de la afección ligados a la mayor sobrevivencia de la población y del mejor conocimiento de la misma que hace tenerla presente cuando se plantean dudas diagnósticas frente a diversas situaciones clínicas del hemiabdomen superior. En nuestro medio la primera observación corresponde a Del Campo en 1946 (citado

Presentado como Tema Libre al 36º Congreso Uruguayo de Cirugía, Tacuarembó, Diciembre de 1985.

Asistentes y Médicos Auxiliares de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Dr. Carlos Mº Ramírez 133, Montevideo. (Dr. M. Vallverdú).

por Folle). Folle^(2, 3, 14) publicó por separado varios casos. Ormaechea y col.⁽¹²⁾ presentan a la Sociedad de Cirugía en 1971 2 casos tratados con éxito. Gómez Fossati⁽⁵⁾ realizó en 1971 un exhaustivo análisis de la bibliografía mundial y nacional agregando 3 casos inéditos. Perdomo⁽⁶⁾ publica un caso de rotura en el curso de un embarazo. Perrone⁽²²⁾ publica un nuevo caso.

CASUÍSTICA

Caso N° 1: S.F. 71 años. Sexo masculino. Reg. 246.638. (H.C.)

M.I.: Dolor xifoideo intenso irradiado a todo el abdomen, sin fenómenos acompañantes que cede espontáneamente. Repite el cuadro a las 24 hs acompañado de shock hipovolémico. Abdomen distendido, dolor difuso predominando en hipocondrio derecho. El estudio radiológico muestra distensión de estómago y asas delgadas. Se opera. Se comprueba gran hemoperitoneo; bazo sano; a nivel pancreático corporal se palpa tumoración de 10 cm de diámetro fusiforme pulsátil, separada de la aorta; hematoma de la transcavidad. Al abrirla se comprueba aneurisma roto del origen de la arteria esplénica. Apertura del mismo previo clampeo y endoaneurismorrafia obliterante. No se actúa sobre el bazo. Buena evolución. Cuatro años después es operada de aneurisma de aorta abdominal fisurado, el bazo es normal.

Caso N° 2: D.C.D.H. Reg. 92466 (CASMU). 65 años sexo femenino. Enviada para estudio por gingivorragias. Al examen: polo de bazo palpable doloroso. En estudio radiológico esófago gastroduodenal se observa imagen calcificada por dentro de pequeña curva. La fibrogastroscofia es normal. Hemograma y crisis normales. Tomografía axial computarizada muestra a nivel del hilio esplénico imagen calcificada con aspecto de aneurisma. Aorta y bazo normales. Operación. Incisión oblicua de hipocondrio izquierdo. Se penetra en la transcavidad. se comprueban dos aneurismas de la arteria esplénica: uno niliar de 75 mm y otro en la arteria polar superior. Esplenectomía incluyendo aneurismas. Buena evolución.

Caso N° 3: M.E.A.A. de R. N° Reg. 27777. (H. Maciel). 69 años. Sexo femenino. Ingresa para estudio por dispepsia. Al examen: palidez cutáneo mucosa. Esófago-gastro-duodeno: imagen calcificada paravertebral izquierda, por dentro de la curvatura menor. Fibrogastroscofia: Gastritis. Se opera comprobándose la presencia de varios aneurismas yuxtahiliares de la arteria esplénica. Esplenectomía

COMENTARIOS

La sintomatología de los AAE es inespecífica o puede faltar. El dolor es su síntoma más frecuente pero en general es mal definido. Puede cursar con empujes o con crisis paroxísticas (Observ. N° 1). En 2 pacientes existía una gastritis crónica que podía explicar la sintomatología dolorosa. El examen físico suele ser poco orientador. Puede comprobarse: una esplenomegalia, como en nuestra observación N° 2, que puede ser por afección asociada o secundaria al aneurisma por compresión de la vena esplénica; un dolor a la palpación de hipocondrio izquierdo y epigastrio,

que se ha descrito en un cuarto de los casos (estuvo presente en nuestras observaciones 1 y 2). La palpación del aneurisma es excepcional y no fue realizada en ninguna de nuestras observaciones. La auscultación de un soplo sistólico en la zona es igualmente poco frecuente pero de gran valor. No consta su realización en nuestra casuística. La radiología fue capital en nuestras observaciones ya que permitió el diagnóstico en casos 2 y 3.

Lindboe en 1932⁽⁹⁾ fue el primero en plantear el diagnóstico ante una radiología simple de Abdomen. La escasa clínica casi siempre localizada al hemiabdomen superior con frecuencia asignada al sector gastroduodenal, lleva a solicitar un estudio contrastado del gastroduodeno. La existencia de depósitos cálcicos posibilita su visualización (casos 2 y 3). Calcificación que está interrumpida en el sector en el cual el aneurisma se une con la arteria signo del "mate" descrito por Mascheroni⁽¹¹⁾. En el esofagogastroduodeno su visualización depende de la incidencia ya que a veces queda oculto por el órgano contrastado, apareciendo en incidencias oblicuas o perfiles. Si las imágenes no son típicas se plantean diagnósticos diferenciales con aneurismas calcificados de renal izquierda; quistes no parasitarios del lóbulo izquierdo del hígado de bazo o de mesenterio. Pero en nuestro medio el diagnóstico diferencial que se impone es con el quiste hidático calcificado. Los exámenes a pedir han sufrido variaciones en los últimos años a partir de la introducción y perfeccionamiento de nuevos procedimientos de estudio imagenológico no invasivos. Previo a ellos se recurría a los estudios contrastados vasculares de mayor riesgo y morbilidad. En nuestros pacientes la tomografía axial computarizada (TAC) confirmó el diagnóstico en dos casos. La complicación más frecuente de los AAE es la ruptura. Destacamos el mayor riesgo de la misma durante el embarazo⁽⁶⁾. Sus manifestaciones clínicas varían en función de la modalidad de efracción del aneurisma que en general es progresiva, por sucesivas fisuraciones, siendo más rara la ruptura cataclísmica en un tiempo⁽⁵⁾, como en nuestra primera observación. Los AAE no complicados, para Von Ronnen⁽⁹⁾, son posibles de conducta expectante siempre que sean de pequeño tamaño, calcificados masivamente, carentes de manifestaciones clínicas pueden excluir la ruptura. Por ello preconizamos la intervención una vez hecho el diagnóstico. La táctica varía según la topografía. En los distales se plantea la esplenectomía con ligadura proximal del aneurisma. En los del sector intermedio su resección y en los de localización medial-

yuxtaaórticos, o toda vez que su liberación aparezca como particularmente riesgosa. por íntimas vinculaciones pancreáticas y/o aórticas: puede plantearse la endoaneurismorrafia obliterante como solución de alternativa. El bazo, siempre que no sea patológico debe conservarse, por los potenciales riesgos que puede implicar a largo plazo su remoción⁽²²⁾. Para que ello sea lícito debe asegurarse una adecuada vascularización, conservando los vasos cortos y la gastroepiploica izquierda con frecuencia la esplectomía es de necesidad, por ruptura accidental. Deben deshecharse los procedimientos incompletos como mechado o ligadura proximal que sólo logran control pasajero.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENNETT J.M. AND KATTER H. — Splenic Artery aneurysm. N.Y. J. Med. 1963, 63: 297-300.
2. FOLLE J.A. — Los aneurismas de los grandes troncos arteriales visceral. Congreso Uruguayo de Cirugía. 8°. 1957. 1. p. 353-70.
3. FOLLE J.A. — Los Aneurismas de la Arteria Esplénica. An. Fac. Med. Montev. 1961, 46: 11-23.
4. FORBUS W.D. — On the origin of miliary aneurysm of the superficial cerebral arteries. Bull. Johns Hopkins Hosp. 1930, 47: 239-284.
5. GÓMEZ FOSSATTI C. — Aneurismas de la Arteria Esplénica. Monografía Clin. Quir. "2" Octubre 1971.
6. PERDOMO R., CUADRO J., FALCONI L. — Rotura espontánea de aneurisma de arteria esplénica en el curso de embarazo. Cir. Urug. 1976, 46: 63-7.
7. HOGLER F. — Beitrag zur Klinik des Leber-und Milzarterien Aneurysmas. Wien. Arch. Inn. Med. 1920. 1: 509, (Cit. por Gómez Fossati - 5).
8. KANE J.M., MEYER K.A. AND KOZOLI D.D. — An Anatomical Approach to the problem of massive gastrointestinal Hemorrhage. Arch. Surg. 1955. 70: 570-82.
9. LINDROE E.F. — Aneurysm of Splenic Arter Diagnosed by X-Rays and Opened Upon With Success. Acta Chir. Scan. 1932, 72: 108-14, (Cit. por Gómez Fossati-5)
10. MANALO ESTRELLA P. AND BARKER A.E. — Histopatologic findings in Human aortic media associated with pregnancy. Arch. Path. 1967. 83: 336-41.
11. MASCHERONI H.A., REUSSI C. y LAFAGE L.A. — Aneurisma calcificado de la arteria esplénica. Arch. Argent. Enf. Ap. Dig. Nutri. 1943, 18: 201-10.
12. ORMAECHEA C., PRADERI R.C. y GÓMEZ FOSSATTI C. — Aneurismas de la arteria esplénica. A propósito de dos casos tratados con éxito. Cir. Urug. 1971.
13. OWENS J.C. AND COFFEY R.J. — Aneurysm of the Splenic Artery, including a report of 6 additional cases. Int. Abstr. Surg. 1953, 97: 313-35.
14. PERDOMO R. y FOLLE J.A. — Hemoperitoneo espontáneo por rotura de la arteria esplénica. Bol. Soc. Cir. Urug. 1960, 31: 5-13.
15. SHERLOCK S.P.V. AND LEARMONTH J.R. — Aneurysm of Splenic Artery with accoun of Example complicating Gaucher's disease. Br. J. Surg. 1952, 30: 151-60.
16. SPITTEL J.A. Jr. — Aneurysm of the Splenic Artery. J.A.M.A. 1961, 175: 452-56.
17. STANLEY J.C., THOMPSON N.W. AND FRY W.J. — Splenic artery aneurysm Arch. Surg. 1970, 101: 689-97.
18. SUMMERS W.C. AND GILLET R. — Polyarteritis nodosa. Associated with. Malignant Hypertension, disseminated platelet thrombosis, wire loop glomeruli, pulmonary silico-tuberculosis and sarcoidosis - like lymphadenopat. Arch. Path. 1951, 52: 489-504.
19. VON RONNEN J.R. — The Roentgen diagnosis of calcified aneurysm of the Splenic and Renal Arteries. Acta Radiol. (SocKh.).
20. WAGNER F.B. Jr. — Arteriography in Renal diagnosis: Preliminary report and critical evaluation. J. Urol. 1946, 56: 625-35.
21. LACA E., SEGURA J. — Aneurisma de arteria esplénica roto en la evolución de una pancreatitis aguda. Cir. Urug. 1979, 49 (2): 154-56.
22. PERRONE L., LERENA A. — Aneurisma de la arteria esplénica. Rev. Emerg Urug. 1981, 4 (1): 25.