

Diversas presentaciones clínicas de los aneurismas de la arteria esplénica

Cuatro nuevas observaciones nacionales

Dres. Daniel Montano¹, Martín Harretche², Horacio Berhouet³, Gustavo Rodríguez³, Daisy Segura³, Eduardo Fenocchi⁴

Resumen

Aportamos 4 nuevos casos de aneurisma de arteria esplénica a la literatura uruguaya. El diagnóstico fue intraoperatorio en todos ellos. En uno de los casos endoscópicamente se había visto una tumoración retrogástrica; en 2 casos de sexo masculino, operados de urgencia, con diagnóstico de hemoperitoneo se sospechó esta patología, mientras que en el caso restante fue un hallazgo en el curso de una gastrectomía.

Palabras clave: Arterias. Aneurismas.

Summary

The authors add 4 new cases of aneurysms of the splenic artery to national literature. Diagnosis was intra-operative in all cases. In one of them a retrogastric tumor had been seen endoscopically; in two male patients who had been operated on urgently with diagnosis of haemoperitoneum, this pathology had been suspected; and the other case was a finding in the course of gastrectomy.

La arteria esplénica es la rama más gruesa del tronco celíaco y los aneurismas de ella representan 56% de todos los aneurismas esplácnicos. La incidencia de aneurismas de arteria esplénica es de 0,8% según Nyhus y las mujeres se afectan 4 veces

más que los hombres⁽¹⁾. Los factores que se definen como etiológicos en esta afección son: a) la displasia arterial sistémica, observándose que 4% de los pacientes con fibrodisplasia comprobada de la arteria renal presentan además aneurisma de la arteria esplénica. b) la hipertensión portal, donde el aumento del diámetro de la arteria esplénica se ve acompañado en 7% de los casos por macroaneurismas de la arteria esplénica. c) el embarazo; la observación de gran frecuencia de aneurismas de arteria esplénica (AAE) llevó al estudio del tema. Grandes series mostraron que 40% de las mujeres con AAE habían completado 6 o más embarazos. Se presume que los aneurismas se producen por influencia hormonal por aumento de los shunt arterio-venosos esplénicos durante el embarazo o ambos. d) sin duda existe otro grupo cuyo origen es arterioesclerótico, pero ya no se invoca como la principal causa etiológica. e) también se mencionan otros factores vinculados a la génesis de los AAE y ellos son: pancreatitis, procesos micóticos y arteritis sistémicas.

Descrita la afección por Beoussier en 1970⁽²⁾, las comunicaciones se empiezan a conocer en este siglo donde Höglér⁽³⁾ en 1920 presenta la primera serie de casos y posteriormente a 1950 otros autores como Chalmers, Owens⁽⁴⁾ y Coffey⁽⁵⁾, Hivet y Polilleaus⁽⁶⁾ harían nuevos aportes a la casuística internacional. En nuestro medio es Del Campo en 1964 quien describe el primer caso siendo realizada la comunicación por Folle⁽⁷⁾ quien posteriormente publica nuevos casos, algunos en conjunto con Perdomo^(8,9).

El tema fue tratado por Raúl Praderi enmarcado entre los hemoperitoneos espontáneos en 1952⁽¹⁰⁾. También Ormaechea y cols.⁽¹¹⁾ aportaron nuevos casos siendo Gómez Fossatti⁽¹²⁾ quien brinda 3 nuevos casos en una recopilación monográfica extensa. Posteriormente Perdomo⁽¹³⁾, Perrone⁽¹⁴⁾, Praderi

Trabajo realizado en la Clínica quirúrgica "3" Prof. Dr. Raúl Praderi. Hospital Maciel – Facultad de Medicina, Montevideo Presentado como tema libre en el 42º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este 1991.

1. Asistente de Clínica Quirúrgica.

2. Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica "3".

3. Residentes del M.S.P. de la Clínica Quirúrgica "3".

4. Médico Gastroenterólogo, Endoscopista del Hospital Maciel.

Correspondencia: Dr. Daniel Montano – J.A. Cabrera 3490 bis. Montevideo-Uruguay.

J y cols⁽¹⁵⁾ y Torres y cols⁽¹⁶⁾ aportan nuevas observaciones a la casuística nacional.

Casuística

Caso N° 1

Paciente de 53 años, sexo masculino, que consulta en Servicio de Emergencia por cuadro agudo de abdomen con dolor en hipocondrio izquierdo que se irradia a fosa lumbar izquierda. Presenta un shock hipovolémico con anemia aguda y dado la gravedad y estado clínico se comienza reposición hemodinámica en forma intensa, llevándose a sala de operaciones con el diagnóstico presuntivo de rotura de aneurisma de aorta abdominal. En la laparotomía exploradora se encuentra un aneurisma de arteria esplénica roto en la transcavidad de los epíplones. Se realiza la esplenectomía, incluyendo al aneurisma, con buena evolución posoperatoria.

Caso N° 2

Paciente de 58 años, sexo masculino, que consulta en emergencia por dolor de aparición brusca tipo puntada localizado en hemiabdomen superior que calma parcialmente con la administración de antiespasmódicos. Queda en observación a la espera de exámenes complementarios y es entonces que se presenta una intensificación brusca del dolor acompañado de shock hipovolémico con anemia aguda. Se decide su intervención en forma inmediata encontrándose en la laparotomía aneurisma de la arteria esplénica roto. Se realizó la esplenectomía con aneurismectomía con buena evolución.

Caso N° 3

Paciente de 65 años, sexo femenino, que se interviene en febrero de 1991 por una estenosis gastroduodenal producto de una úlcera duodenal crónica. En la exploración intraoperatoria se evidencia una tumoración calcificada de aproximadamente 6 x 3 cm en íntimo contacto con el bazo, la arteria esplénica, que es sinuosa, y el páncreas. Se realiza la resección de la misma conjuntamente con el bazo y la arteria, evidenciándose que se trataba de un aneurisma de la misma. Además se procedió con la gastrectomía subtotal distal y la colecistectomía por litiasis. Buena evolución posoperatoria.

Caso N° 4

Paciente de 52 años, sexo femenino, que consulta por hematemesis en una oportunidad, sin repercusión hemodinámica. Además presenta dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. El examen clínico era normal. Se estudia mediante fibrogastroscofia, que informa que la mucosa gástrica y duodenal es de

aspecto normal y se observa una lesión amolada sobre la cara posterior del cuerpo gástrico, próximo a gran curva. Por estar cubierta por mucosa normal, hecho que se verificó mediante biopsia, se planteó la existencia de un tumor submucoso gástrico o la presencia de una compresión extrínseca. Se completa el estudio con una ecografía que es normal. Se interviene encontrándose un aneurisma de arteria esplénica firmemente adherido a la serosa de la cara posterior del cuerpo gástrico, requiriendo la disección a bisturí para separarlo del estómago. Se procede luego a la esplenectomía y aneurismectomía. Buena evolución posoperatoria.

Comentario

Del análisis de la casuística se desprende la diversidad en la presentación clínica, aunque en todos los casos el diagnóstico fue intraoperatorio. No se realizaron exámenes preoperatorios dirigidos al diagnóstico de esta patología en los casos 1 y 2 porque se trataba de enfermos de urgencia y en los casos 3 y 4 porque fueron hallazgos. El síntoma más frecuente es el dolor en hipocondrio izquierdo⁽⁵⁾, pero la inespecificidad del mismo hace que sea imposible adjudicarlo al aneurisma esplénico. Para el diagnóstico preoperatorio se recomienda realizar una placa simple de abdomen que nos podrá mostrar: a) la clásica imagen del mate, descrita por Mascheroni⁽¹⁷⁾ que corresponde a la calcificación del aneurisma, con la interrupción de un sector del halo periférico correspondiente a la unión del saco con la arteria. b) las paredes calcificadas de la arteria esplénica en forma de doble contorno paralelo. Varios autores en nuestro medio han mostrado observaciones con diagnóstico radiológico preoperatorio como Praderi⁽¹⁵⁾, Gilardoni⁽¹⁸⁾, Nozar⁽¹⁹⁾ y Crestanello⁽²⁰⁾, quien además confirmó el diagnóstico por arteriografía. El diagnóstico en los casos complicados sería en general de hemoperitoneo y se puede realizar mediante paracentesis⁽²¹⁾ o mejor aún mediante la fibrolaparoscopia de urgencia, que además de certificar el hemoperitoneo nos confirma que procede del sector supramesocólico⁽²²⁻²³⁾. En el caso N° 1 la urgencia del cuadro no permitió mayores disquisiciones diagnósticas. En el caso N° 2 cursó, como ocurre en gran cantidad de ocasiones, con una hemorragia peritoneal en 2 tiempos, en los que primero se produce la fisura del aneurisma y luego de cierto período de latencia la apertura a la cavidad peritoneal^(24,25) con el consiguiente shock hipovolémico y anemia aguda. En el caso N° 3 ningún elemento preoperatorio nos hacía sospechar la existencia del aneurisma y el gastroduodeno no mostraba la característica falta de relleno en la gran curva como lo describió Höglér⁽³⁾. Sin embargo creemos que el caso N° 4 es el más original en cuanto a su presentación clínica pues el informe endoscópico a cargo

de uno de nosotros (E.F.), nos orientó a la existencia de una compresión de la cara posterior del estómago por un tumor gástrico submucoso como podría ser un leiomioma gástrico o incluso extragástrico. Revisando la bibliografía encontramos que Guífiré⁽²⁶⁾ en 1982 había descrito la apertura al estómago como una rara complicación de estos aneurismas. Del análisis de la situación anatómica de esta paciente concluimos que la apertura al estómago hubiera sido la evolución de este aneurisma si no se hubiera practicado la intervención. No podemos asegurar que la hemorragia digestiva que presentó la paciente del caso N° 4 corresponda a una fisura del aneurisma, pero la inexistencia de otras lesiones de la mucosa de los sectores esofagogastroduodenales nos permiten suponerlo.

Discusión

A pesar de ser el aneurisma de arteria esplénica uno de los más frecuentes de las colaterales de la aorta abdominal, sigue siendo una observación excepcional. El conocimiento de su incidencia nos llevará a pensar en él. Para ello debemos separar los casos complicados con rotura de los no complicados. En la primera eventualidad la existencia de un hemoperitoneo espontáneo una vez descartado su origen genital en la mujer, o por rotura de bazo patológico⁽²⁷⁾ o metástasis de hígado⁽⁸⁾, debe plantearse la rotura de un aneurisma de colaterales aórticas y entre ellos la esplénica^(6,27,29-31). El aneurisma de aorta abdominal se rompe en el retroperitoneo. Son intervenidos antes de ocasionar la hemorragia en cavidad abdominal. Pero es en los aneurismas no complicados donde el diagnóstico se hará más dificultoso y será una imagen calcificada en una radiografía efectuada por otros motivos la que nos debería orientar^(11,15,17) y ante la sospecha solicitamos una tomografía axial computada que siendo menos invasiva que los estudios angiográficos nos puede confirmar el diagnóstico⁽¹⁶⁾. Creemos que el tratamiento debe ser quirúrgico siempre.

Sólo la cirugía nos pone a cubierto de las complicaciones. Compartimos el criterio que se debe intentar la conservación del bazo⁽¹⁴⁾ pero esto a veces es difícil de lograr en la cirugía de urgencia (Casos 1 y 2) o cuando se ha movilizado el estómago, ligando los vasos cortos la gastroepiploica izquierda (Casos 3 y 4) o ambos. En los aneurismas hiliares la esplenectomía será casi inevitable, mientras tanto en los de la arteria esplénica media o proximales, se planeará la resección o la aneurismorrafia⁽¹⁾.

Bibliografía

1. Nyhus L, Baker R. Mastery of Surgery 1989; 1850.
2. Beaussier M. Sur un aneurysma de l'arterie splénique dont le sparois se sont ossifiées. J Med Clin Pharm Paris, 18970; 32: 157 (Citado por Owens y Coffey)⁵.
3. Hogler F. Beitrag zur Klinik des Leber- und Milzarterien Aneurysmas. Wien Arch Inn Med 1920; 1: 509.
4. Chalmers JA. Rupture of a splenic arterial aneurysm as a fatal complication of pregnancy. Br J Surg 1949; 37: 86.
5. Owens JC, Coffey RJ. Aneurism of the splenic artery, including a report of 6 additional cases. Int Abstr Surg 1953; 97: 313.
6. Hivet M et Poilleleus J. Les aneurismes de l'arterie splénique. A propos de 9 observations. Ann Chir 1969; 23: 183.
7. Folle JA. Los aneurismas de la arteria esplénica. An Fac Med Montevideo 1961; 46: 11.
8. Folle JA. Los aneurismas de los grandes troncos arteriales viscerales. Congreso Uruguayo de Cirugía, 8º 1938; 1: 585
9. Perdomo R, Folle JA. Hemoperitoneo espontáneo por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. Bol. Soc. Cir. Uruguay 1960; 31: 5.
10. Praderi R. Hemoperitoneo espontáneo en el hombre. Tesis Inédita. Premio Nario, 1959. Fac Med Montevideo. In: Finocchietto R. Cirugía Básica Buenos Aires: López, 1962.
11. Ormaechea C, Praderi R, Gómez Fossatti C. Aneurismas de la arteria esplénica. A propósito de dos casos tratados con éxito. Cir. Uruguay 1971; 41: 503.
12. Gómez Fossatti C. Aneurismas de arteria esplénica. Monografía. Montevideo: Facultad de Medicina, 1972. (Inédita).
13. Perdomo R, Cuadro J, Falconi L. Rotura espontánea de aneurisma de arteria esplénica en el curso de embarazo. Cir Uruguay 1976; 46: 63.
14. Perrone L, Lerena A. Aneurisma de arteria esplénica. A propósito de 1 caso. Emerg. Uruguay 1981; 4:21.
15. Praderi J, Gateño N, Estefan A, Cassinascio A, Praderi R. Nuevas observaciones de aneurismas de arteria esplénica. Aneurismas múltiples. El signo del mate. Cir Uruguay 1987; 57: 168.
16. Torres M, Valverdu M, Bentancur B, Bianchi C, Silva G. Aneurisma de arteria esplénica. 3 nuevos aportes a la literatura nacional. Cir Uruguay 1987, 57:165.
17. Mascheroni HA, Reus IC, Lafage LA. Aneurisma calcificado de la arteria esplénica. Arch Argent Enf Ap Dig Nutr 1943; 18: 201.
18. Gilardoni F. Comunicación personal, 1971. Citado en Praderi J⁽¹⁵⁾.
19. Nozar J, Delgado B, Farcic A, Iraola M, Zimmer W, Luvizio J. Aneurisma de arteria esplénica. Cir Uruguay 1978; 48: 294.
20. Crestanello F. Comunicación personal, 1971 (Citado por Praderi J⁽¹⁵⁾).
21. Perdomo, R. Diagnóstico del hemoperitoneo por paracentesis "a mínima". Cir. Uruguay 1976; 46:153.
22. Llanio R. La laparoscopia: exploración fundamental en el diagnóstico del abdomen agudo (experiencia de 4.500 casos). Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal, 3º, 1974.
23. Negrotto G, Trochansky J. 1.000 laparoscopias de urgencia. Congreso Uruguayo de Cirugía, 36, Montevideo, 1985.
24. Malán E, Tiberio G. Clinica degli aneurismi dell'aorta abdominale e dei suoi rami. Atti Soc Ital Gastroenterol Cong Nz, Genova 1967; 17: 1147.
25. Pollak E, Michas C. Massive spontaneous hemoperitoneum to rupture of visceral branches of abdominal aorta. Am Surg 1979; 45: 621.
26. Guífiré A, Sachoeva A. Complications of splenic artery aneurysm other than intraperitoneal rupture. Abdoinal Surg 1982; 24: 88.
27. Melville HJ. Spontaneous rupture of the spleen complicating infectious mononucleosis. Med J Australia 1950; 27: 356.
28. Palacios J. Hemoperitoneo espontáneo por rotura de hígado metastásico. Comunicación personal (en prensa Cir Uruguay).
29. Graham J, Mc Collum C, De Bakey ME. Aneurysms of the splanchnic arteries. Am J Surg 1980; 140: 797.
30. Mondor H, Olivier C. L'hémoperitone spontané chez l'homme. J Chir 1939; 53: 1.
31. Sheperd J. Surgery of the acute abdomen. Edimburg: Churchill Livingstone, 1960.
32. Ormaechea CA. Patología de las colaterales de la aorta abdominal (mesa redonda) Congreso Uruguayo de Cirugía, 22º, 1972; 42: 92.