

Aneurisma fusiforme gigante de arteria esplénica

Fusiform giant splenic artery aneurysm

Sr. Editor:

Los aneurismas viscerales son relativamente infrecuentes, pero clínicamente son lesiones relevantes que se deben tener en cuenta. Dentro de estos, los más habituales son los aneurismas de la arteria esplénica (AAE), que representan alrededor del 60%. Otras localizaciones viscerales más infrecuentes son en la arteria hepática (20%), la arteria mesentérica superior (5,5%), el tronco celiaco (4%), las arterias gástricas y las gastroepiploicas (4%), las arterias intestinales (3%), las arterias pancreáticas (2%), la arteria gastroduodenal (1,5%) y muy raramente en la arteria mesentérica inferior (1%)¹. Además de su escasa presentación clínica, su tratamiento ha sido realizado por cirujanos cardiovasculares, cirujanos generales, radiólogos y angiólogos, por lo cual la experiencia global de un equipo es escasa y la experiencia individual de un cirujano puede ser limitada. La mayor utilización de la ecografía y demás técnicas de imagen en la actualidad ha incrementado la detección de los mismos, usualmente de forma incidental^{2,3}.

Presentamos el caso clínico de un varón de 52 años, diabético, hipertenso, acromegálico, operado de adenomectomía de hipófisis transesfenoidal, con insuficiencia aórtica severa y aneurisma de aorta ascendente, al que se detectó un aneurisma esplénico fusiforme gigante calcificado, de 58 × 60 mm de diámetro, de forma incidental al realizar una tomografía computarizada (TC, fig. 1).

A pesar del elevado riesgo del paciente, se decidió realizar una intervención quirúrgica reglada. Esto fue debido a la existencia de numerosos factores preoperatorios predictores de fracaso para una correcta exclusión endovascular, como eran el gran tamaño del cuello y del aneurisma, al igual que una excesiva tortuosidad de la arteria esplénica.

Mediante laparotomía subcostal izquierda, se procedió a la sección entre ligaduras del epiplón gastrocólico hasta llegar a la transcaudad de los epiplones y la posterior localización del aneurisma en la parte media de la arteria esplénica, adyacente al páncreas. Tras administración de 1 mg/kg de heparina sódica por vía intravenosa, disección y pinzamiento de los cabos proximal y distal de la arteria esplénica, se procedió a una aneurismectomía y la posterior revascularización directa mediante anastomosis término-terminal, con sutura continua de polipropileno 5,0, con buen resultado final y sin complicaciones (fig. 2). El paciente fue dado de alta a los 10 días tras la cirugía con recuento plaquetario (207.000/cc) y angio-TC normal. A los 6 meses permanece asintomático, con una angio-TC de control dentro de la normalidad.

Actualmente se están comunicando más casos incidentales asintomáticos de aneurismas viscerales debido al extenso uso de la ecografía y la TC como pruebas de imagen^{2,3}, aunque también pueden detectarse mediante radiografía, generalmente como calcificaciones ovoides. Los AAE suelen ser

saculares, de localización proximal en un 5%, media en un 35% y distales en un 60%. En el 20% de los casos la localización es múltiple, por lo que debe siempre debe realizarse cribado de aneurismas en otras localizaciones¹. En la mayoría de los casos son asintomáticos, con un riesgo de rotura del 2-46%, sobre todo en mujeres embarazadas o pacientes con hipertensión portal⁴. La mortalidad global para los AAE rotos es del 25-75%, mientras que la mortalidad ante cirugía reglada es del 0,5-1,5%^{4,5}. Generalmente, las indicaciones clásicas de cirugía son un tamaño superior a 2 cm, AAE sintomáticos o en mujeres embarazadas o que quieran estarlo (cualquier tamaño)⁶.

Existen varias modalidades de tratamiento, como la cirugía convencional abierta, la cirugía laparoscópica y el interventionismo intravascular, bien mediante embolizaciones con coils o con stents recubiertos. La elección del mismo depende de la localización y la accesibilidad del AAE, y del estado general del paciente⁷. La cirugía clásica abierta por laparotomía es un método de probada eficacia¹⁻⁵, pero relativamente

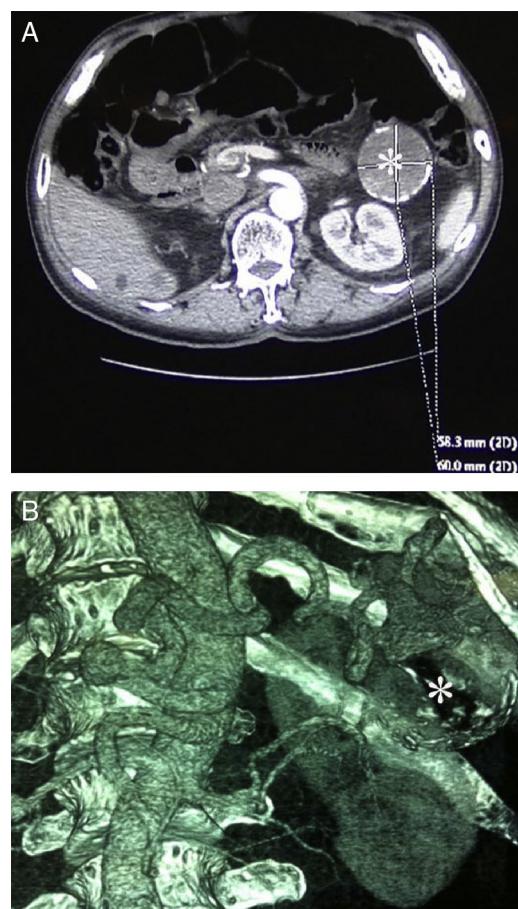


Figura 1 – Tomografía computarizada preoperatoria.
A) Imagen axial. AAE de 58 × 60 mm. B) Reconstrucción tridimensional (*: AAE).

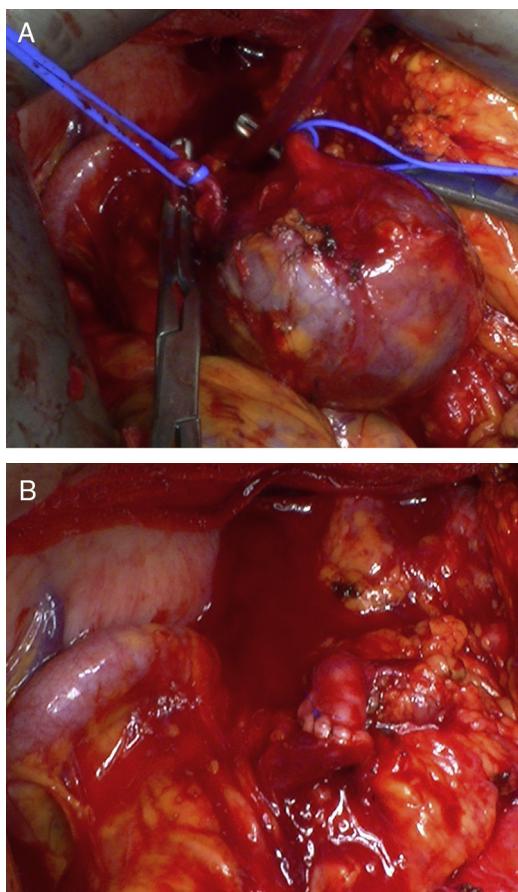


Figura 2 – Imágenes intraoperatorias. A) AAE en transcaudad de los epiploones. B) Reconstrucción arterial término-terminal.

traumático y con morbilidad. La vía laparoscópica es una alternativa excelente y poco agresiva, pero requiere de un cirujano experto⁸. El tratamiento percutáneo endoluminal tiene los inconvenientes de dificultad en la colocación del stent o embolización si la arteria esplénica es tortuosa y la probabilidad de recidiva o exclusión aneurismática incompleta (endofuga). Nosotros consideramos el tratamiento quirúrgico por vía abierta o preferiblemente laparoscópica, la mejor opción terapéutica en pacientes con riesgo quirúrgico razonable. Los pacientes con riesgo quirúrgico muy elevado o contraindicación a la cirugía pueden beneficiarse del tratamiento percutáneo intravascular, con excelentes resultados y baja morbilidad⁷.

La esplenectomía asociada fue considerada la terapia más común en el pasado⁶, pero debe evitarse para preservar la función hemato-inmunológica del bazo, aunque en el caso de los AAE distales suele ser concomitante a la aneurismectomía. En el caso de los AAE de tercio medio o proximal, se prefiere la aneurismectomía asociada a revascularización siempre que sea factible, bien mediante reimplante directo de arteria esplénica como el presente caso, bien mediante injertos

venosos o protésicos. A pesar de la rica circulación colateral existente en el bazo, se han comunicado casos de infarto esplénico y abscesificación ante ausencia de revascularización, y dada la factibilidad de la misma, la creemos indicada siempre que se pueda. En algunos casos, especialmente AAE inflamatorios, puede asociarse pancreatectomía parcial según la localización.

En conclusión, creemos que debe individualizarse el tratamiento en cada caso, y que la cirugía convencional continúa siendo el *gold standard*, pero el auge actual de las técnicas intravasculares y su baja morbilidad⁷ pueden hacer que esta situación revierta en un futuro cercano, si bien es el primer escalón en el tratamiento de los pacientes de alto riesgo con anatomía favorable.

B I B L I O G R A F Í A

- Zelenock GB, Stanley JC. Splachnic artery aneurysms. En: Rutherford RB, editor. Vascular surgery. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 1369–82.
- Carr SC, Pearce WH, Vogelzang RL, McCarthy WJ, Nemcek Jr AA, Yao JS. Current management of visceral artery aneurysms. Surgery. 1996;120:627–34.
- Mattar SG, Lumsden AB. The management of splenic artery aneurysms: experience with 23 cases. Am J Surg. 1995;169:580–4.
- Pulli R, Dorigo W, Troisi N, Pratesi G, Innocenti AA, Pratesi C. Surgical treatment of visceral artery aneurysms: A 25 year experience. J Vasc Surg. 2008;48:334–42.
- Marone EM, Mascia D, Kahlberg A, Brioschi C, Tshomba Y, Chiesa R. Is open repair still the gold standard in visceral artery aneurysm management? Ann Vasc Surg. 2011;25:936–46.
- Stanley JC, Wakefield TW, Graham LM, Whitehouse Jr WM, Zelenock GB, Lindenauer SM. Clinical importance and management of splanchnic artery aneurysms. J Vasc Surg. 1986;3:836–40.
- Kagaya H, Miyata T, Koshina K, Kimura H, Okamoto H, Shigematsu K, et al. Long-term results of endovascular treatment for splenic artery aneurysms. Int Angiol. 2011;30:359–65.
- Reardon PR, Otah E, Craig ES, Mathews BD, Reardon MJ. Laparoscopic resection of splenic artery aneurysms. Surg Endosc. 2005;19:488–93.

Emiliano A. Rodríguez-Caulo*, Omar Araji, Nuria Miranda, Juan C. Téllez y Carlos Velázquez

Servicio de Cirugía Cardiovascular, UGC Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(E.A. Rodríguez-Caulo\).](mailto:erodriguezcaulo@hotmail.com)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.01.013>