

Aneurismas de la vena esplénica. A propósito de un caso y revisión de la literatura

C. Bernal, J. Ocaña, C. Gandarias, J. Haurie, M. Perera,
A. Osorio, P. Gallo, C. Mendieta, A. Utrilla, E. Aracil,
A. Chinchilla, C. Cuesta

ANEURYSMS OF SPLENIC VEIN. A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Summary. Splenic vein aneurysms are extremely rare and usually caused by portal hypertension. Symptoms are unusual, but may include thrombosis, rupture or abdominal pain. Most splenic vein aneurysms are incidental findings, diagnosis can usually be made either by means of duplex ultrasonography, computed tomography scanning or the venous phase of a splenic arteriogram. Treatment varies from noninvasive follow-up to aneurysm surgery. We report a case of a 50 years old woman with a 5 cm splenic vein aneurysm, no history of portal hypertension and the treatment was the aneurysm excision. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 28-32]

Key words. Aneurysm. Duplex ultrasonography. Splenic vein. Surgery.

Introducción

En 1953, Lowenthal et al [1] describieron el primer caso de aneurisma de vena esplénica; desde entonces se han publicado menos de 40 casos de aneurismas portales y solamente se han recogido en la literatura ocho casos de aneurisma de vena esplénica [1-8].

La etiología de los aneurismas del eje esplenoportomesentérico es desconocida, pueden tener un origen congénito o adquirido [9-12].

En cuanto a la clínica, la mayoría son asintomáticos y aparecen como hallazgos casuales en exploraciones abdomi-

nales; los pocos pacientes sintomáticos debutan por lo general con dolor abdominal en el cuadrante superior externo, ictericia y sangrado gastrointestinal [1-10,13,14].

Se desconoce el adecuado manejo de estas entidades, aunque varía desde el seguimiento, la plicatura o la escisión del aneurisma [4,8,13,15,16].

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 50 años en estudio por molestias abdominales difusas. En una ecografía convencio-

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Ramón y Cajal. Madrid, España.

Correspondencia:

Dra. Cristina Bernal Bernal. Residente del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar, km 9,100. E-28034 Madrid. E-mail: cbernal@openbank.es

© 2001, ANGIOLOGÍA

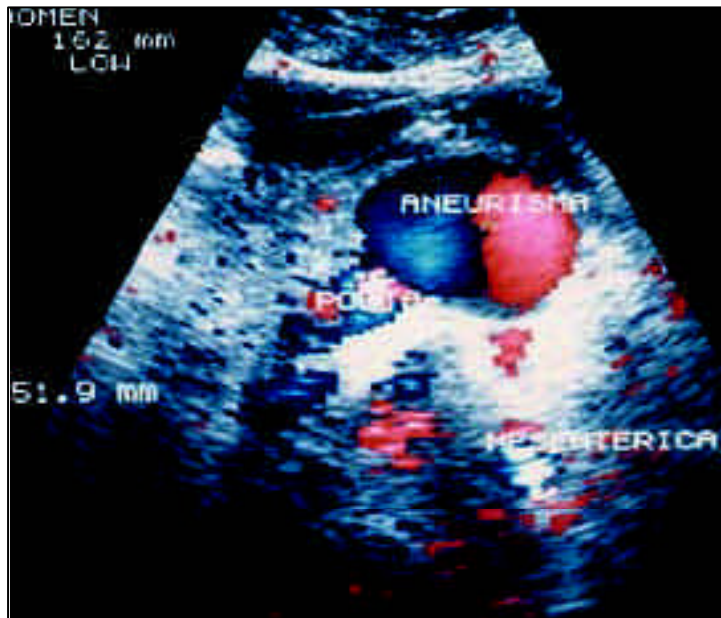


Figura 1. Flujo venoso de la cavidad aneurismática.



Figura 2. Aneurisma del tercio proximal de la vena esplénica.

nal se detecta una masa abdominal en vecindad con el páncreas, de ecogenicidad quística y de 5 cm de diámetro.

La TAC helicoidal con contraste pone de manifiesto en la porción teórica de la cabeza del páncreas una masa de 5 cm de diámetro que se rellena de contraste, y

que tanto en los cortes axiales como en la reconstrucción tridimensional parece conectada con el eje esplenoportal. Ante tales hallazgos, la enferma es remitida a nuestro servicio para estudio. Entre sus antecedentes personales cabe destacar un rasgo talasémico leve y antecedente quirúrgico de histerectomía y doble anexectomía hacía 7 años.

La exploración física es anodina, con discreta molestia a la palpación profunda en epigastrio y una exploración vascular normal.

En los hallazgos analíticos destaca una Hb de 10,9 g/dl; Htco 33,6%; VCM 60,8 fl (82,0-95,0); HCM 19,8 pgrs 825,0-35,0).

Se realizan otras pruebas complementarias para completar el estudio; la eco-Doppler color pone de manifiesto el flujo venoso de la cavidad (Fig. 1); y una arteriografía selectiva de la arteria esplénica muestra en su fase venosa una imagen aneurismática de aproximadamente 5 cm de diámetro en la confluencia de la vena esplénica con el origen de la vena porta y mesentérica superior, sin evidencia arteriográfica de oclusión trombótica.

La paciente fue tratada quirúrgicamente. El abordaje fue subcostal bilateral para acceder a la trascavidad de los epiplones; en la cara anterior y tercio proximal de la vena esplénica se encontró una dilatación aneurismática sin compromiso portal ni mesentérico (Fig. 2), su reparación se realizó mediante una aneurismectomía tangencial y venorrafia. La paciente fue dada de alta a los seis días de la intervención. Actualmente, 12 meses después, se mantiene asintomática.

Discusión

Los aneurismas venosos son malformaciones atípicas raramente encontradas en la clínica habitual. La mayoría tienen su localización en cuello y piernas [15]; dentro de los viscerales los que afectan al sistema venoso portal son el tipo más frecuentemente encontrado [16-19].

La etiología de los aneurismas del eje esplenoportomesentérico es desconocida, se han propuesto diversas causas: aneurismas congénitos, que pueden ser atribuidos a una anomalía en el desarrollo embrionario del sistema portal cuyo origen sería la vena vitelina derecha; la debilidad congénita de la pared venosa podría formar una dilatación aneurismática incluso en situaciones de presión venosa normal [9-12]. Los aneurismas esplénicos adquiridos se han asociado a hipertensión portal, cirrosis, inflamación, cambios pospancreáticos, fístulas arteriovenosas y traumatismos previos [4,8,9,12,16,19]. Sin embargo, no todos los pacientes con hipertensión portal desarrollan dilataciones aneurismáticas, por lo que parece existir un mecanismo de acción multifactorial [8].

La relación causal entre aneurisma e hipertensión portal o daño del parénquima hepático es inconsistente. Leoncins y Siew [20], así como Barzilai y Kleckner [9] mantienen que los aneurismas venosos adquiridos son consecuencia de una hipertensión portal secundaria a una cirrosis hepática; sin embargo, las observaciones de Thomas [13] apoyan todo lo contrario, la hiperten-

sión portal es una consecuencia de un aneurisma congénito en ausencia de obstrucción intra o extrahepática.

En cuanto a la clínica, la mayoría de los aneurismas de vena esplénica son asintomáticos y aparecen como hallazgos casuales en exploraciones abdominales.

La historia natural y el comportamiento de estas malformaciones venosas se desconoce. La mayoría de los autores coinciden en la afirmación de complicaciones tales como rotura, ya notificado por Lowenthal en 1953 [1] cuando describió el primer caso de aneurisma de vena esplénica cuyo diámetro no excedía los 3 cm. Barzilai et al [9] y Thomas et al [13] documentaron casos de aneurismas rotos con diámetros de 2 cm y de 8x6x4 cm, respectivamente. Otra complicación recogida es la trombosis, tal como describen Glazer et al [16] en un caso de aneurisma de vena porta que se extendía a vena mesentérica superior y vena esplénica, tratada quirúrgicamente con trombectomía y aneurismorrafia. La hemorragia gastrointestinal [9,14] secundaria a varices esofágicas también ha sido recogido en la literatura, así como la compresión de estructuras adyacentes.

El diagnóstico puede hacerse por eco-Doppler color poniendo de manifiesto el flujo venoso del interior de la cavidad aneurismática, excepto en los casos con trombosis. La TAC helicoidal, además de proporcionar información sobre la masa y las estructuras en vecindad, puede ofrecer imágenes tridimensionales; y por último, la fase venosa de una arteriografía ayudaría a iden-

tificar con mayor precisión la trama vascular.

En nuestra paciente, el diagnóstico se realizó con una ecografía convencional y se confirmó con TAC helicoidal y eco-Doppler color; la arteriografía supuso el eslabón final previo a la cirugía.

La elección del tratamiento (conservador frente a cirugía) depende de varios factores. Parece aceptado por la mayoría de los autores que en casos de hipertensión portal el tratamiento más acertado sea un tubo de derivación portosistémico [13,14]. La controversia aparece en los casos sin hipertensión portal.

Puede haber pacientes con aneurismas de pequeño tamaño, sin trombosis y ausencia de síntomas; sin embargo, a este respecto se han documentado complicaciones con diámetros pequeños [9,13,15].

Cabe mencionar un caso de involución espontánea en un varón de 11 años con un aneurisma de vena esplénica de 3,5 cm de tamaño, diagnosticado de leucemia mieloide aguda asociada a esplenomegalia, que tras un año de tratamiento médico tuvo una regresión del aneurisma en paralelo con la resolución de la esplenomegalia [7].

Según nuestra experiencia, en el caso de una mujer sana de 50 años, con un aneurisma de 5 cm de diámetro en el tercio proximal de la vena esplénica, en ausencia de hipertensión portal y trombosis, y cuya clínica consideramos fue debida a la compresión de la cavidad aneurismática sobre estructuras adyacentes (dado que tras 12 meses desde la cirugía se mantiene asintomática), nos inclinamos hacia un tratamiento quirúrgico definitivo.

Bibliografía

1. Lowenthal M, Jacob H. Aneurysm of splenic vein. Report of a case. *Acta Med Orient* 1953; 12: 170-4.
2. Schild H, Schweden F, Braun B, Lang H. Aneurysm of the superior mesenteric vein. *Radiology* 1982; 145: 641-2.
3. Soo MS, Khoury MB, Lupetin AR. Splenic vein aneurysm: MR appearance. A case report. *Angiology* 1991; 42: 590-3.
4. Ohhira MO, Ono M, Ohhira MA, Matsumoto A, Ohta H, Namiki M. Case report: splenic vein aneurysm. Report of a lesion that progressively expanded. *Br J Radiol* 1994; 67: 656-8.
5. Schmidt HG. Splenic vein aneurysm: diagnosis with color coded duplex ultrasound. *Leber Magen Darm* 1995; 25: 227.
6. Shirohara H, Endo M, Sakai K, Tabaru A, Otsuki M. Enlarging splenic vein aneurysm associated with stagnation of splenic venous blood flow. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 385-7.
7. Tolgonay G, Ozbek SS, Oniz H, Suzer E, Yurdakul LO. Regression of splenic vein aneurysm following resolution of splenomegaly. *J Clin Ultrasound* 1998; 26: 98-102.
8. Torres G, Hines GL, Monteleone F, Hon M, Diel J. Splenic vein aneurysm: Is it a surgical indication? *J Vasc Surg* 1999; 29: 719-21.
9. Barzilai R, Kleckner MS. Hemocholecyst following ruptured aneurysm of portal vein. *Arch Surg* 1956; 72: 725-7.
10. Langman J. Venous system. In: Langman J, ed. *Medical Embriology*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1969. p. 224.
11. Shawker TH, Miller D. The persistent vitelline vein segment. Embriologic and ultrasound features. *J Ultrasound Med* 1988; 7: 681-5.
12. Lerch R, Wolfle KD, Loeprecht H. Superior mesenteric venous aneurysm. *Ann Vasc Surg* 1996; 10: 582-8.
13. Thomas TV. Aneurysm of the portal vein: Report of two cases, one resulting in thrombosis and spontaneous rupture. *Surgery* 1967; 61: 550-5.
14. Hermann R, Sahfer W. Aneurysm of the por-

- tal vein and portal hypertension: first reported case. *Ann Surg* 1965; 162: 1101-4.
15. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, Dougherty MJ, Savarese RP, Doerr KJ, McAfee S, Delaurentis DA. Venous aneurysm: surgical indications and review of the literature. *Surgery* 1995; 117: 1-6.
 16. Glazer S, Gaspar MR, Esposito V, Harrison L. Extrahepatic portal vein aneurysm: report of case treated by thrombectomy and aneurysmorrhaphy. *Ann Vasc Surg* 1992; 6: 338-43.
 17. Hagiwara H, Kasahara A, Lawrence T. Extrahepatic portal vein aneurysm associated with a tortuous portal vein. *Gastroenterology* 1991; 100: 818-21.
 18. Fulcher A, Turner M. Aneurysm of the portal vein and superior mesenteric vein. *Abdom Imaging* 1997; 22: 287-92.
 19. Brock PA, Jordan PH, Barth MH, Rose AG. Portal vein aneurysm: a rare but important vascular condition. *Surgery* 1997; 121: 105-8.
 20. Leonsins AJ, Siew S. Fusiform aneurysmal dilatation of the portal vein. *Postgrad Med J* 1960; 36: 570.

ANEURISMAS DE LA VENA ESPLÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Resumen. Los aneurismas de vena esplénica son extremadamente raros y habitualmente secundarios a hipertensión portal. Suelen ser asintomáticos, si bien pueden debutar con trombosis, rotura o dolor abdominal. En cuanto al diagnóstico, generalmente se trata de un hallazgo casual tras exploraciones tales como eco-Doppler color, TAC abdominal o fase venosa de una arteriografía abdominal. El tratamiento puede variar desde el seguimiento no invasivo a la escisión quirúrgica. Presentamos un caso de una mujer de 50 años con un aneurisma de vena esplénica de 5 cm de diámetro, sin antecedentes de hipertensión portal y cuyo tratamiento fue la extirpación quirúrgica. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 28-32]

Palabras clave. Aneurisma. Cirugía. Eco-Doppler. Vena esplénica.

ANEURISMAS DA VEIA ESPLÉNICA, A PROPÓSITO DE UM CASO. REVISÃO DA LITERATURA

Resumo. Os aneurismas da veia esplénica são extremamente raros e habitualmente secundários a hipertensão portal. Habitualmente são assintomáticos mas podem cursar com trombose, rotura e dor abdominal. Quanto ao diagnóstico, geralmente trata-se de um achado casual após exames, como eco-Doppler color, TAC abdominal ou fase venosa de uma artéria cerebral. O tratamento é variável desde o seguimento não invasivo à excisão cirúrgica. Apresentamos um caso de uma mulher de 50 anos com um aneurisma de veia esplénica de 5 cm de diâmetro, sem antecedentes de hipertensão portal e cujo tratamento consiste na extirpação cirúrgica. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 28-32]

Palavras chave. Aneurisma. Cirurgia. Eco-Doppler. Veia esplénica.