



## CARTA CIENTÍFICA

### Rotura de aneurisma gigante de arteria esplénica

### Giant splenic artery aneurysm rupture

J. Elias Mingot\*, M.A. Jimenez Olivera, P. Altés Mas,  
P. Perez Ramirez y S. Llagostera Pujol



Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Los aneurismas de la arteria esplénica (AAE) son responsables hasta el 60% de los aneurismas espláncnicos y es el tercer aneurisma abdominal más común (después de los de aorta y arterias ilíacas). Se define como la dilatación anormal de la arteria esplénica de más de 1 cm de diámetro. La incidencia de este varía desde el 0,1 al 10,4% en la población general y presenta un ratio 4:1 favorable al sexo femenino.

Los factores de riesgo incluyen: trauma, embarazo, fibrodilatación, infección, arterioesclerosis e hipertensión portal. Los pacientes que presentan este último tienen mayor riesgo presentando una incidencia que oscila entre el 7-13%.

Varón de 52 años, con dislipemia como único antecedente médico-quirúrgico de interés. Es derivado a nuestro centro por dolor abdominal de aparición súbita de 4 h de evolución en epigastrio. A la exploración presenta mal estado general; con facies álgica, y franca palidez e hipotermia generalizada; pulso en 60 min; presión arterial en 80/50 mmHg, frecuencia respiratoria en 20 min y con una temperatura de 36 °C, además se observa una masa abdominal pulsátil. Ante este cuadro de abdomen agudo con sospecha de rotura aneurismática se decide realizar TC de urgencias.

Se realiza el estudio TC que evidencia una imagen sugestiva de AAE sacular gigante (9-10 cm) roto junto con esplenomegalia (figs. 1 y 2). Además se observan trombosis de vena porta y varices periesplénicas.

Se decide intervenir al paciente mediante laparotomía transversa izquierda, y realizar una ligadura proximal y



Figura 1 Tomografía axial computarizada, rotura de AAE con hematoma perilesional.

distal el AAE, excluyéndolo del torrente sanguíneo y preservando el bazo.

En el postoperatorio el paciente sufre una evolución tórpida, se realiza nuevo TC que evidencia un infarto parcial del bazo por lo que requiere esplenectomía. Se decide dejar la pared abdominal abierta con terapia VAC para reducir las presiones intraabdominales y cerrarla de manera diferida.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jem45961@hotmail.com](mailto:jem45961@hotmail.com) (J. Elias Mingot).



Figura 2 Imagen de reconstrucción 3D de AAE.

La anatomía patológica de la pared del aneurisma confirmó la etiología arterioesclerosa de este y el cultivo del trombo mural fue negativo.

A la semana de de la intervención fue derivado a su hospital de referencia para continuar con el período de rehabilitación, siendo dado de alta a los 15 días posteriores de la cirugía.

Los aneurismas viscerales más comunes son los de la arteria esplénica (48%), los de las renales (30%), de las hepáticas (6%) y los de la mesentérica superior (6%). Aunque pueden aparecer a cualquier edad, suelen diagnosticarse en la sexta década de la vida. La arterioesclerosis es su principal etiología, aunque la fibrodisplasia de la media, la hipertensión portal y la esplenomegalia pueden estar implicadas en su desarrollo, tal y como hemos descrito en nuestro caso clínico.

Cabe destacar que la rotura de un AAE durante el embarazo es muy infrecuente y conlleva una alta mortalidad materna y fetal, en torno al 70 y 85%, respectivamente.

En general, los AAE se identifican como un hallazgo casual en estudios realizados por otros motivos, estando el 83% de los pacientes asintomáticos en el momento del diagnóstico. Las manifestaciones clínicas de los AAE no complicados son inespecíficas, tales como un dolor vago epigástrico o de hipocondrio izquierdo. Habitualmente, el examen físico es normal, pudiéndose auscultar un soplo en menos del 10% de los casos.

Cuando los AAE generan síntomas agudos, lo pueden hacer por fistulización (a páncreas, vena esplénica o tubo digestivo), embolia, trombosis, compresión de otras estructuras, etc., o más frecuentemente es que lo hagan por su rotura, presentándose el paciente con un cuadro de abdomen agudo asociado a *shock* hipovolémico. El riesgo de

rotura aumenta cuando el tamaño del aneurisma supera los 2 cm.

Dentro de las exploraciones complementarias, actualmente, el TC helicoidal con contraste intravenoso constituye el *gold standard* en el diagnóstico de esta patología, además de evaluar con precisión la existencia de hematomas retroperitoneales, lesiones esplénicas y líquido libre intraabdominal. El TC permitió establecer el diagnóstico etiológico exacto en el caso que presentamos, advirtiendo además abundante cantidad de líquido libre y del tamaño del aneurisma (10 cm), lo que facilitó la actitud quirúrgica urgente. La arteriografía, por otro lado, puede ayudar a establecer el diagnóstico exacto y preciso en localización y tamaño, así como evaluar la existencia de otros aneurismas viscerales y guiar una terapéutica posterior.

El tratamiento de los AAE es un tema controvertido, aunque la mayoría de los autores recomiendan la exéresis de aquellas lesiones sintomáticas y mayores de 2 cm, realizando un seguimiento y control evolutivo de los aneurismas asintomáticos y de menores dimensiones.

La técnica de elección en la cirugía programada de estas lesiones supone la ligadura del aneurisma con su exclusión y una posterior revascularización, o esplenectomía cuando esté afectada la porción más distal de la arteria esplénica (aunque son muchos los autores que recomiendan el manejo endovascular como primera opción de tratamiento si es técnicamente posible). La ligadura arterial con o sin esplenectomía por vía laparoscópica es una técnica empleada hoy en día con buenos resultados.

El manejo endovascular, como se ha mencionado anteriormente, representa una alternativa a la cirugía abierta. Pueden aparecer complicaciones como infartos esplénicos (con posible aparición de abscesos) y la posibilidad de recanalización del saco aneurismático tras el procedimiento quirúrgico, por lo que se precisa un control periódico mediante técnicas de imagen (TC). Constituye, sin embargo, un tratamiento mínimamente invasivo, con una elevada tasa de éxito técnico y que permite conservar la circulación esplénica, evitando la esplenectomía y como resultado la inmunosupresión del paciente.

La intervención quirúrgica urgente sobre aneurismas complicados presenta mayor morbimortalidad (12,5%) que el tratamiento quirúrgico programado de los aneurismas esplénicos no rotos (5,1%). Si la rotura es contenida y la situación hemodinámica del paciente lo permite, es posible en ocasiones realizar un tratamiento endovascular, dado que conlleva menor morbimortalidad.

La cirugía del aneurisma roto ha de pretender controlar la hemorragia mediante la ligadura de la arteria, exéresis del aneurisma y, a menudo, la realización de una esplenectomía en el mismo acto, aunque en nuestro caso se realizó de manera diferida debido a la actitud conservadora que se decidió adoptar.

En conclusión, la rotura espontánea de un AAE es una urgencia quirúrgica infrecuente, con una elevada morbimortalidad. Debemos tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con cuadro de *shock* hipovolémico y abdomen agudo, en los que, si la situación hemodinámica lo permite, la realización de pruebas de imagen como el TC helicoidal con contraste intravenoso de forma urgente facilita el diagnóstico etiológico precoz y permite establecer una correcta actitud terapéutica.

## **Responsabilidades éticas**

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.