

VARIANTE ANATÓMICA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA Y FALSA LESIÓN NODULAR PANCREÁTICA

Jiménez Sáenz M.

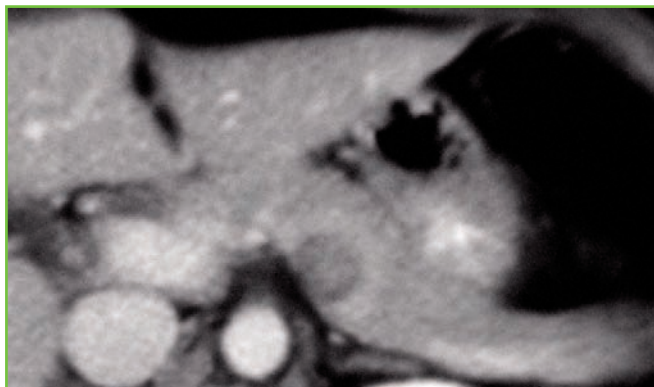
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Una mujer de 37 años, portadora asintomática de un déficit de Proteína S, había sido diagnosticada de urolitiasis izquierda y tratada con litotripsia. Un mes después, el dolor persistía en hipocondrio izquierdo y la paciente consultó a su gastroenterólogo. La exploración física demostró una discreta distensión abdominal, sin otros hallazgos destacables. El hemograma, el tiempo de protrombina, las pruebas de función hepática y renal, la amilasa sérica y los niveles de CA 19.9 eran normales. En una colonoscopia no se encontraron hallazgos. Una TAC abdominal con contraste revelaba una imagen focal, redondeada (3 x 2 cm), con realce periférico, en el cuerpo pancreático. La paciente fue enviada a nuestro hospital para la práctica de una ecoendoscopia y una evaluación diagnóstica final. Sin embargo, un detallado análisis de las imágenes aportadas por la paciente, demostraba una desaparición precoz del realce de contraste perilesional en la fase venosa, lo que sugería su probable relación con la irrigación arterial del páncreas a través de la arteria esplénica (Figuras 1A y 1B). Una TAC 3-D (Figuras 2A y 2B), demostró un origen normal en el tronco celiaco de la arteria esplénica,

que adoptaba un trayecto tortuoso, formando un asa en su tercio proximal, que se introducía en el parénquima pancreático y daba la falsa imagen radiológica de un lesión focal. La paciente fue diagnosticada finalmente de colopatía funcional y tratada con prokinéticos.

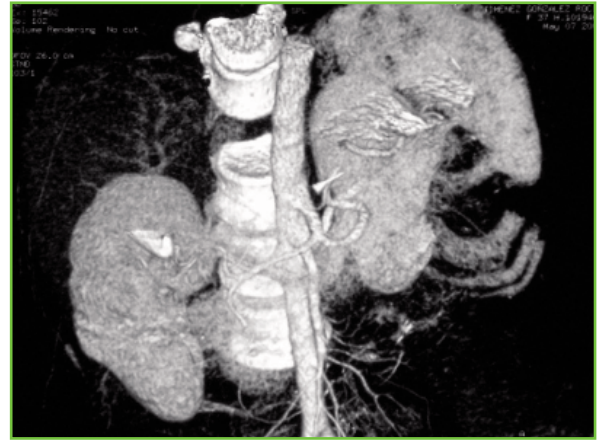
En años recientes, los avances en las técnicas radiológicas no invasivas han permitido un mejor abordaje in vivo para el estudio de la circulación pancreática. Ello ha contribuido al entendimiento de ciertas complicaciones de las pancreatitis agudas, y lo que es más importante, ha representado un paso definitivo en el desarrollo de la cirugía pancreática. Por otra parte, un conocimiento detallado de las variantes anatómicas de la arteria esplénica, el principal afluente vascular del páncreas, puede también evitar errores diagnósticos en la clínica diaria.

En la mayoría de los casos la arteria esplénica se origina en el tronco celiaco y tiene un curso suprapancreático en el 75% de los sujetos, con una tortuosidad significativa



Figuras 1A y 1B

El TAC con contraste mostraba una lesión redondeada (3 x 2 cm) en cuerpo pancreático (A), con realce periférico de contraste (B).



Figuras 2A y 2B

Un TAC 3-D multidetector demostró que el signo de “anillo periférico” era debido a un asa del tercio proximal de la arteria esplénica (A), que adoptaba un curso tortuoso intrapancreático (B).

en el 10%-50% de los adultos. Menos frecuentemente se observa un trayecto anteropaneático (18%), intrapancreático (4.6%), o retropancreático (2.8%). Pero excepcionalmente, en el 0.63% de los casos, la parte proximal de la arteria esplénica hace un asa, que es embebida por el parénquima pancreático, como se apreciaba en esta paciente. Estas variaciones en el origen, en el trayecto, y en el patrón de ramificaciones terminales de la arteria esplénica han sido investigadas en estudios de necropsia⁽¹⁻³⁾, pero su adecuado conocimiento es fundamental para un correcto trabajo diagnóstico en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Daisy Sahni A, Indar Jit B, Gupta CN, Gupta DM, Harjeet E. Branches of the splenic artery and splenic arterial segments. *Clin Anat* 2003, 16:371-377.
2. Pandey SK, Bhattacharya S, Mishra RN, Shukla VK. Anatomical variations of the splenic artery and its clinical implications. *Clin Anat* 2004, 17:497-502.
3. Ozan H, Onderoglu S. Intrapaneatic course of the splenic artery with combined pancreatic anomalies. *Surg Radiol Anat* 1997, 19:409-411.