

# ANEURISMA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA CON FISTULIZACIÓN ARTERIOVENOSA

**C. González-López**

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de la Linea de la Concepción. Cádiz.

## Introducción

En la enfermedad vascular abdominal, los aneurismas viscerales representan una fracción menor. Sin embargo, es importante conocerlos por la posibilidad de ruptura y hemorragia y el consiguiente riesgo para la vida.

Los aneurismas de la arteria esplénica son raros. Se consideran factores etiopatogénicos de su aparición el sexo femenino, la hipertensión arterial con esplenomegalia, la arteriosclerosis, el embarazo, los procesos infecciosos y los traumatismos.

Se ha comunicado la existencia de aneurismas de la arteria esplénica en asociación con embarazo, trasplante hepático, lupus eritematoso sistémico y coagulopatías. A menudo la ruptura es el primer y único síntoma.

Se describe que su tamaño tiene un promedio de 3 cm y tienen mayor riesgo de ruptura cuando sobrepasan los 2 cm. Entre las complicaciones pueden ocurrir sangrado digestivo y hemoperitoneo.

Son difíciles de diagnosticar por la clínica por lo que se requieren diferentes estudios de imagen. El tratamiento siempre es quirúrgico.

## Resumen

A continuación se describe el caso de una paciente de 24 años con trombopenia, que fue remitida a consultas de Digestivo por la existencia de estructuras vasculares serpiginosas y dilatadas a nivel del hilio esplénico así como datos de hipertensión portal intrahepática.

Se le diagnosticó un aneurisma de la arteria esplénica con signos de fistulización arteriovenosa y como tratamiento de elección se le realizó una esplenectomía subcostal con ligadura de arteria esplénica preaneurismática.

## Descripción del caso clínico

Mujer de 24 años sin antecedentes personales de interés, en seguimiento por hematológica debido a trombopenia leve, siendo remitida para estudio a digestivo por los siguientes hallazgos en ecografía de abdomen: la existencia de estructuras vasculares serpiginosas y dilatadas en el hilio esplénico. El bazo era de tamaño normal y ecoestructura homogénea. El hilio portal era bien visualizado, sin alteraciones valorables. La porta presentaba pequeña variación de calibre con maniobra de Valsalva. El hígado era de ecoestructura homogénea sin lesión ocupante de espacio.

Se realizó analítica, incluyendo serología viral, autoinmunidad, Alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina y estudio de hipercoagulabilidad, siendo normal.

En la fibrogastroduodenoscopia no había varices esofágicas. El estómago tenía buena distensibilidad, pero en cuerpo gástrico, sobre curvatura mayor existía un llamativo engrosamiento de pliegues, de varios centímetros de longitud

### CORRESPONDENCIA

Cristina González-López  
Urbanización El Bosque Edificio Veracruz 6° C  
Jerez de La Frontera. Cádiz 11405.  
Teléfono: 609552934

logocris@hotmail.com

y aspecto cerebriforme, sin eritema en su superficie, lo que hace pensar en varices gástricas dados los antecedentes, mas que en un engrosamiento de pliegues, ya que el resto de pliegues eran más bien atróficos. No existían varices fúndicas. Píloro, bulbo y segunda porción duodenal normales.

Tras dichos hallazgos se decidió hacer una ecoendoscopia apreciando circulación colateral abundante en hilio esplénico sin trombosis. Shunts intrahepáticos en lóbulo hepático izquierdo con colaterales que indicaban hipertensión portal intrahepática. Se apreciaba lesión ecogénica de 1 cm que sugería angioma e imagen de quiste simple de 15 mm ambas en el parénquima hepático. No se identificó con dicha técnica la presencia de varices gástricas.

En la Colangiografía resonancia magnética no se observa dilatación del árbol biliar intrahepático, siendo de calibre normal los conductos hepáticos derecho e izquierdo, así como el hepático común y colédoco. Vesícula biliar con cálculo en fundus.

En Angiografía resonancia de abdomen existen dos aneurismas de la arteria esplénica, uno que media 25 x 28 mm de diámetro, y otro en situación inferior de 35.8 x 31.8 mm, habiendo signos de fistulización arteriovenosa, con dilatación de estructuras venosas del hilio esplénico, hallazgos que conformaban esplenomegalia (Figuras 1 y 2). No se observaron alteraciones del calibre de la aorta abdominal, siendo normal la bifurcación iliaca y las iliacas comunes. Las arterias renales eran normales. La arteria mesentérica superior y la raíz del tronco celiaco normales.

La paciente fue remitida a servicio de Cirugía Cardiovascular, siendo sometida a esplenectomía subcostal con ligadura de arteria esplénica preaneurismática.

## Discusión

En la enfermedad vascular abdominal, los aneurismas viscerales representan una fracción menor. Sin embargo, es importante conocerlos por la posibilidad de ruptura y hemorragia y el consiguiente riesgo para la vida<sup>1</sup>.

Dentro de estos los más habituales son los de la arteria esplénica, que representan alrededor del 60%. Los factores etiológicos más importantes son: fibrodilatación de la arteria esplénica, hipertensión portal con esplenomegalia, embarazo y arteriosclerosis<sup>2</sup>. Hoy se consideran de mayor riesgo los aneurismas mayores de 2 cm, los pacientes sintomáticos y los trasplantados, los asociados a procesos inflamatorios y las mujeres embarazadas. Generalmente son asintomáticos, en ocasiones los pacientes refieren un dolor en el epigastrio o retroesternal, y solo se llega al diagnóstico por estudios de imagen. En el caso que nos ocupa la paciente estaba asintomática en todo momento, de hecho, la trombopenia y los hallazgos ecográficos fueron un hallazgo casual, pero debido al tamaño de los aneurismas (mayor a 2 cm) se optó

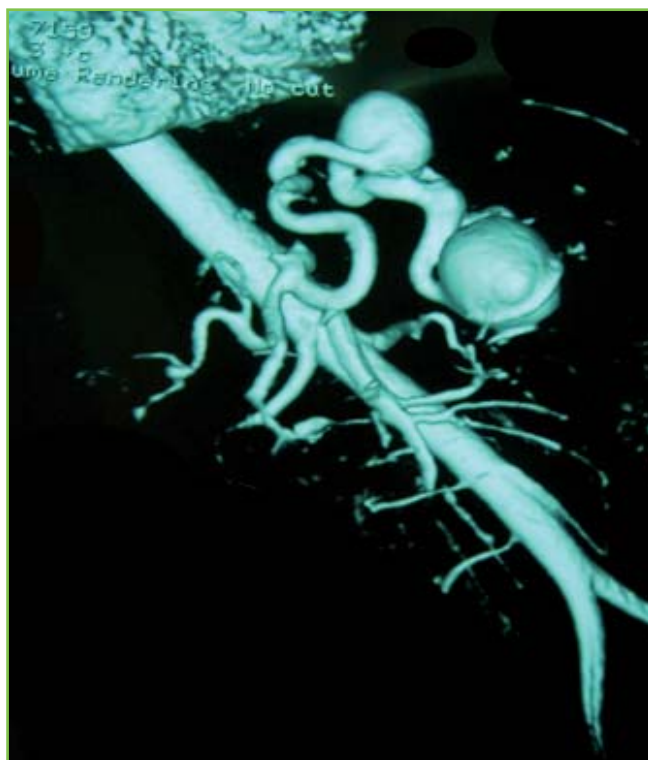


Figura 1

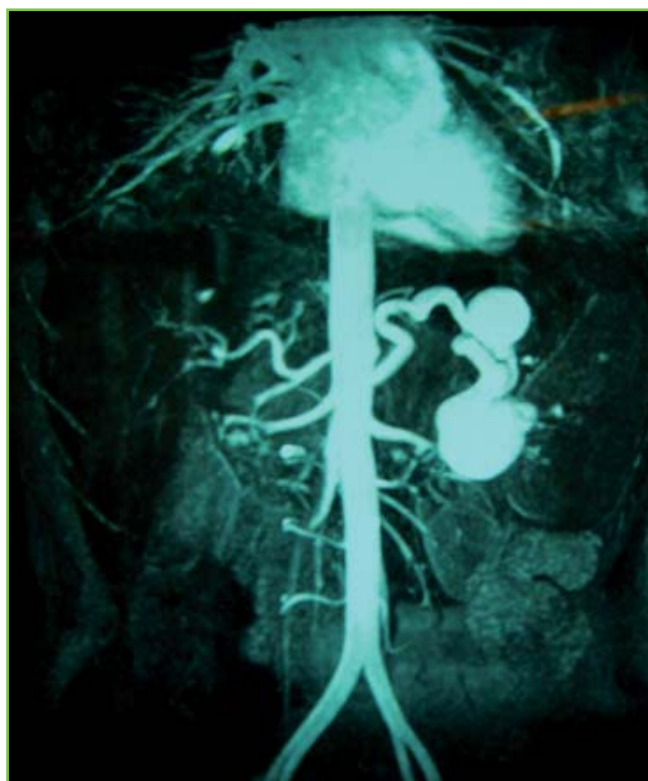


Figura 2

por el tratamiento quirúrgico. Pueden aparecer manifestaciones agudas cuando ocurre una ruptura del aneurisma. Dicha rotura puede ser a: a) Peritoneo libre con hemoperitoneo y shock hemorrágico o bien rotura con hemorragia localizada inicialmente en la transcavidad de los epiplones. b) Estómago

con hematemesis y melenas. c) Colon con melenas y cuadro de hemorragia digestiva baja. d) Vena esplénica con fístula arteriovenosa<sup>3</sup>, complicación que en este caso desarrolló nuestra paciente.

Dada la posibilidad de rotura y la alta mortalidad de esta complicación con o sin tratamiento, los aneurismas esplénicos deben tratarse. Los aneurismas rotos y sintomáticos, se tratan de forma urgente y preferente respectivamente. Los aneurismas asintomáticos o silentes también deben intervenirse. La mayor parte de estos aneurismas tiene un diámetro de 2 cm y a partir de esta cifra consideramos indicada la intervención<sup>4</sup> por lo que la esplenectomía subcostal con ligadura de arteria esplénica preaneurismática fue el tratamiento de elección en nuestra paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Suso Ki, Shimura T, Asao T, Nomoto K. Laparoscopic resection of splenic artery aneurysm: a case report. *Hepatogastroenterology*. 2002; 49.1520-2.
2. Abad C, Montesdeoca-Cabrera D, Sáez-Guzman T. Aneurisma de la arteria esplénica. Revisión de dos casos intervenidos quirúrgicamente. *Anales de Medicina Interna*. 2006; Vol 23.130-132.
3. Abad C, Botey A, López-Pedret J, Mulet J. Aneurysm of the gastroduodenal artery. Surgical treatment in an asymptomatic case. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1985; 33.188-90.
4. Zelenock GB, Stanley JC. Splachnic artery aneurysms. *Vascular Surgery*. 2000; 1369-82.