

# ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA ESPLÉNICA CON AFECTACION PANCREATICA

## GIANT ANEURYSM OF THE SPLENIC ARTERY WITH PANCREATIC INVOLVEMENT

Gómez Sánchez J<sup>1</sup>, de Castro Monedero P<sup>1</sup>, Rubio López J<sup>2</sup>, Álvarez Conde JL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Jaen, Jaén.

<sup>3</sup>Complejo Asistencial de Palencia, Castilla y León.

### Resumen

Los aneurismas de la arteria esplénica son los aneurismas viscerales más frecuentes. Suelen ser asintomáticos y su diagnóstico es con frecuencia incidental. Aparecen con mayor proporción en el sexo femenino y su complicación más grave y potencialmente mortal es la rotura espontánea. La aparición de aneurismas gigantes es extremadamente rara, pero en ocasiones, su tamaño y su localización anatómica producen la aparición de síntomas compresivos que requieren de tratamiento quirúrgico. A continuación describimos la imagen y clínica de un aneurisma gigante esplénico con afectación pancreática.

**Palabras clave:** aneurisma esplénico, páncreas, cirugía.

### Abstract

Splenic artery aneurysms are the most frequent visceral aneurysms. Usually, they are asymptomatic and their diagnosis is often incidental. They appear with a higher proportion in the female sex and its most serious and life-threatening complication is spontaneous rupture. The appearance of giant aneurysms is extremely rare, but sometimes, its aneurysm size and its anatomical location produces the appearance of compressive symptoms, which require surgical treatment. We present the image and symptoms of a giant splenic aneurysm with pancreatic involvement.

**Keywords:** splenic aneurysm, pancreas, surgery.

#### CORRESPONDENCIA

Javier Gómez Sánchez  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[javiergomezsanchez.jg@gmail.com](mailto:javiergomezsanchez.jg@gmail.com)

Fecha de envío: 18/03/2020

Fecha de aceptación: 07/04/2020

### Introducción

Los aneurismas de la arteria esplénica son los aneurismas viscerales más frecuentes. Su incidencia se estima entre un 0,01-0,2 %<sup>1,2</sup> y su prevalencia inferior al 1%<sup>1,2</sup>. Suelen ser asintomáticos y su diagnóstico es con frecuencia incidental. Aparecen con mayor proporción en el sexo femenino y su complicación más grave y potencialmente mortal es la rotura espontánea<sup>1</sup>. En ocasiones, el

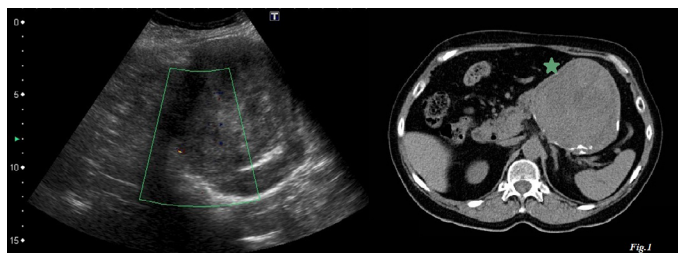
tamaño de estos aneurismas y su localización anatómica producen la aparición de síntomas compresivos. A continuación describimos la imagen y clínica de un aneurisma gigante esplénico con afectación pancreática.

## Caso clínico

Se presenta a mujer de 56 años de edad, múltipara, sin enfermedades asociadas ni tratamiento activo, que inicia estudio por parte de atención primaria ante episodios de dispepsia y dolor abdominal recurrente tras la ingesta alimentaria tanto a líquidos como a sólidos.

La exploración abdominal mostraba una tumoración a nivel de hemiabdomen izquierdo. Presentaba bioquímica, hemograma y coagulación sanguínea sin alteraciones.

Se realizó ecografía abdominal evidenciándose en hipocondrio izquierdo una lesión de aspecto sólido heterogénea, con presencia de calcificaciones y con un tamaño aproximado de 10 centímetros. Se completó mediante tomografía abdominal con contraste, que confirmó la existencia de una tumoración en relación con vasos esplénicos de 11,5 centímetros de diámetro con márgenes calcificados y efecto masa sobre cola de páncreas y estómago (Figura 1).



**Figura 1**

Imágenes radiológicas complementarias en las que se detecta por ecografía tumoración de unos 10 centímetros, confirmada mediante tomografía de abdomen, que depende de la vascularización esplénica, y produce desplazamiento sobre el cuerpo y cola de páncreas.

Con este hallazgo y ante la clínica de la paciente se decidió intervención quirúrgica. Mediante abordaje subcostal se identificó la arteria esplénica que presentaba un aneurisma de gran tamaño en íntimo contacto con el cuerpo y cola pancreáticos produciendo su desplazamiento. Se realizó ligadura y sección de la arteria esplénica en el origen del tronco celíaco con resección en bloque del aneurisma (Figura 2), asociándose pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dada de alta al octavo día postquirúrgico.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de aneurisma sacular de arteria esplénica. Tras varias revisiones en consultas la paciente permanece asintomática con un correcto calendario vacunal tras la esplenectomía.



**Figura 2**

Pieza quirúrgica resecada del aneurisma esplénico.

## Discusión

Los aneurismas de la arteria esplénica suelen ser asintomáticos y hasta en un 20% de los casos pueden presentarse como aneurismas múltiples<sup>3</sup>. Su diagnóstico es con frecuencia incidental, debido al empleo cada vez más sistemático y con mejor resolución de las técnicas de imagen<sup>2</sup>. Aparecen con mayor proporción en el sexo femenino, especialmente en múltiparas<sup>1,3</sup>, tal y como ocurre en nuestra paciente. Su complicación más grave y potencialmente mortal es la rotura espontánea, con una mortalidad que en algunas series supera el 28%<sup>4</sup>. Su etiología es desconocida, con diversos factores en su desarrollo, como son la arterioesclerosis, colagenopatías, el déficit de alfa-1antitripsina, cambios hemodinámicos y endocrinos durante el embarazo así como la hipertensión portal, traumatismos abdominales y pancreatitis crónicas<sup>3</sup>.

El riesgo de rotura varía entre un 3 y un 10%<sup>2</sup>, siendo directamente proporcional al tamaño del mismo e incrementándose en aneurismas mayores de 2 centímetros<sup>3</sup>, en pacientes con hipertensión portal, en el tercer trimestre del embarazo y en pacientes con déficit de alfa -1-antitripsina.

No existe un criterio unánime sobre su terapéutica pero se considera que el tratamiento de elección es la cirugía, aunque el abordaje percutáneo endovascular tiene a día de hoy gran relevancia. Como indicaciones de cirugía electiva se han propuesto<sup>5</sup> los aneurismas sintomáticos, los asintomáticos que presenten tamaño superior a 2 centímetros, un rápido crecimiento, o los que se diagnostican en la mujer gestante o en una mujer en edad fértil. En el caso que describimos, debido a la compresión que producía y su tamaño se optó por cirugía y no por tratamiento endovascular. Una alternativa a la cirugía abierta es el abordaje laparoscópico. En este caso por la afectación y desplazamiento del páncreas se prefirió el abordaje laparotómico.

La elección de la técnica quirúrgica va a depender de la localización y del tamaño del aneurisma. El bazo siempre que sea posible debe conservarse, ya que a pesar de la interrupción del flujo a través de la arteria esplénica, la irrigación a través de los vasos cortos gástricos mantiene al órgano viable<sup>1</sup>. Sin embargo la conservación del mismo en la cirugía del aneurisma roto es difícil<sup>4</sup>. La embolización arterial puede ser una técnica alternativa en aneurismas con características anatómicas favorables o en pacientes con elevado riesgo quirúrgico aunque se asocia con el riesgo de generar émbolos distales que ocasionen infartos esplénicos<sup>5</sup>.

Es importante individualizar el tratamiento de los aneurismas esplénicos según su localización, edad del paciente, riesgo quirúrgico y situación clínica, ya que a pesar de que se trata de una patología benigna o de diagnóstico incidental, su rotura puede derivar en una situación especialmente grave para el paciente, no solo por el planteamiento quirúrgico urgente, sino por la mortalidad cercana al 10% que presenta, un dato nada desdeñable.

## Bibliografía

1. Esteban C, Pérez P, Martorel A, Lisbona C, Lerma R, Callejas JM. Aneurismas de las arterias viscerales. *Cir esp* 2005;78(4):246-250.
2. Ruiz de la Hermosa A, Zorrilla Ortúzar J, Rodríguez-Martín M, Escat Cortés JL, Muñoz-Calero Peregrín A. Splenic aneurism associated with a hilar arteriovenous fistula. *Gastroenterol Hepatol*. 2011 Jun-Jul;34(6):393-7. doi: 10.1016/j.gastrohep.2011.02.006
3. Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, et al. Splenic artery aneurysms: two decades experiencia at Mayo Clinic. *Ann Vasc.Surg*.2002;16:442-449.
4. Agrawal A, Whitehouse R, Johnson RW, Augustine T. Giant splenic artery aneurysm associated with arteriovenous malformation. *J Vasc Surg*. 2006;44:1345-9.
5. Maillard M, Novellas S, Baudin G, Benzaken T, Karimdjee B, Anty R, et al. Splenic artery aneurysm: diagnosis and endovascular therapy. *J Radiol*. 2010;91:1103-11.