

## Aneurisma de la arteria esplénica. Resolución videolaparoscópica

### *Splenic artery aneurysm. Videolaparoscopic resolution*

Gustavo Moreno, José Melgar, Gonzalo Del Grego, Carlos Fontana, Lucía Vera Barros

Servicio de Cirugía  
General - Sanatorio  
Mapaci.

#### Introducción

El aneurisma de la arteria esplénica (AAE) se define como la dilatación de esta mayor de 1 cm de diámetro. Es el tercer aneurisma intraabdominal en orden de frecuencia luego de los de aorta y arterias ilíacas, y el más frecuente de la circulación esplénica. Su incidencia varía entre 0,1 y 10,4% en la población general y es cuatro veces más frecuente en mujeres.<sup>1</sup>

Los avances recientes en técnicas de diagnóstico por imágenes y tratamientos mínimamente invasivos han modificado el enfoque diagnóstico y terapéutico.

#### Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 35 años, sin antecedentes de jerarquía, con síntomas de dispepsia de larga evolución. Se realiza endoscopia digestiva alta en la cual se evidencia, en cara posterior de estómago y vecina a curvatura mayor, una lesión sobreelevada con mucosa normal (Fig. 1). Se toma muestra para anatomía patológica que informa gastritis crónica, sin displasia ni signos de malignidad.

En TC *multislice* se visualiza imagen compatible con aneurisma de la región distal de la arteria esplénica, adyacente al hilio, que provoca compresión extrínseca sobre la pared posterior del estómago, de 24,3 x 29,7 x 20 mm de diámetro. El resto del estudio sin alteraciones significativas (Figs. 2 y 3).

Considerando la localización del aneurisma vecino al hilio esplénico se decide resolución quirúrgica.

Se realiza esplenectomía videolaparoscópica con control del pedículo vascular proximal al aneurisma con clips de titanio y extracción del bazo en bolsa, previa morce-lación, por trocar de 12 mm

Recibido el  
16 de julio de 2013.

Aceptado el  
12 de septiembre 2013



VEDA. Lesión sobreelevada en cara posterior de estómago



TC multislice

FIGURA 3



TC multislice, reconstrucción vascular

FIGURA 4

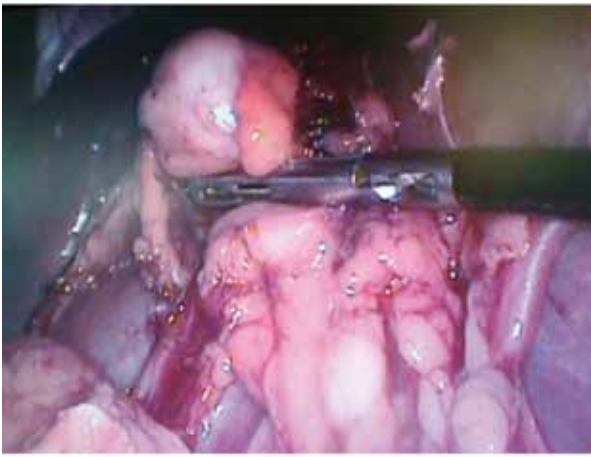


Imagen videolaparoscópica del aneurisma

evitando así una incisión de mayor tamaño (Fig. 4).

## Discusión

El AAE es el aneurisma visceral más frecuente. Su prevalencia -según los informes- es tan elevada como de un 10% en estudios basados en autopsias.<sup>2</sup>

La mayoría son asintomáticos (80%) y se descubren incidentalmente. El 20% restante puede presen-

tarse con dolor abdominal en epigastrio, hipocondrio izquierdo o con síntomas más inespecíficos como anorexia, náuseas y vómitos, que en general son atribuidos a otras patologías más prevalentes (hernia hiatal, litiasis vesicular, etc.).

El aumento en el diagnóstico incidental de esta entidad está vinculado con el envejecimiento de la población y el uso excesivo de estudios complementarios como ecografía e imágenes de corte transversal.

Tienen indicación terapéutica aquellos pacientes con aneurismas sintomáticos, asintomáticos mayores de 2 cm de diámetro, los que aumentan su tamaño durante el seguimiento, cualquier aneurisma detectado en pacientes sometidos a trasplante hepático y aquellos diagnosticados antes de una gestación planificada o durante ella.<sup>3</sup>

El abordaje terapéutico depende del modo de presentación, localización y tamaño del aneurisma. La cirugía convencional fue el pilar del tratamiento hasta la aparición de nuevas técnicas mínimamente invasivas. Estas incluyen: embolización endovascular, exclusión con *stent* del aneurisma y cirugía laparoscópica.

La embolización con *coils* se considera actualmente como el tratamiento de primera línea en la mayoría de los pacientes, particularmente en aquellos aneurismas asintomáticos diagnosticados incidentalmente, excepto los localizados en el hilio esplénico.<sup>4</sup>

Innovaciones recientes incluyen el uso de *stents* endovasculares. Sus principales limitaciones son el tamaño, tortuosidad y localización del aneurisma; son más adecuados para los ubicados proximalmente.

La indicación quirúrgica se reserva para los casos de aneurismas complicados y aquellos localizados en el hilio esplénico. El abordaje videolaparoscópico es una alternativa menos invasiva frente a la cirugía abierta pero que requiere mayor entrenamiento por parte del equipo quirúrgico; su principal contraindicación es la inestabilidad hemodinámica u otros signos de ruptura aneurismática.<sup>5</sup>

## Conclusión

El manejo actual del AAE está relacionado con la historia natural de la enfermedad y con los factores que aumentan el riesgo de ruptura espontánea.

El tratamiento mínimamente invasivo fue ganando terreno sobre la cirugía convencional, la cual actualmente queda reservada para los aneurismas complicados.-

## Referencias bibliográficas

1. McDermott VG, Shlansky-Goldberg R, Cope C. Endovascular management of splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1994; 17 (4):179-84.
2. Bedford PD, Lodge B. Aneurysm of the splenic artery. *Gut* 1960; 1:312-20.
3. Trastek VF, Pairolero PC, Joyce JW, Hollier LH, Bernatz PE. Splenic artery aneurysms. *Surgery* 1982; 91 (6):694-9.
4. Yamamoto S, Hirota S, Maeda H, Achiwa S, Arai K, Kobayashi K et al., Transcatheter coil embolization of splenic artery aneurysm. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2008; 31 (3):527-34.
5. Arca MJ, Gagner M, Heniford BT, Sullivan TM, Beven EG. Splenic artery aneurysms: methods of laparoscopic repair. *J Vasc Surg* 1999; 30:184-8.