

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA

Dr. Mohamedfadel Bleila¹ / Dr. Fernando Ernesto Trucco¹ / Dra. Dolores Yago Escusa²

¹ Medico residente de la Unidad Docente Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Facultativo del servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

CASO CLÍNICO

Varón de 58 años de edad con antecedente de hernioplastia epigástrica y laparotomía por hemoperitoneo masivo, acude a urgencias por dolor abdominal epi-mesogástrico de 12 horas de evolución, que ha ido aumentando progresivamente. A la exploración destaca abdomen con defensa y dolor a la palpación en epigastrio y vacío izquierdo.

Análítica, radiografía simple de abdomen y ECG normales.

En la ecografía abdominal (Fig. 1) se aprecia dilatación aneurismática de la arteria esplénica próxima al hilio esplénico con imágenes sugestivas de hematoma adyacente, por lo que se completa el estudio con TC abdominopélvico (Fig. 2, 3 y 4)



Fig. 1. Ecografía abdominal.

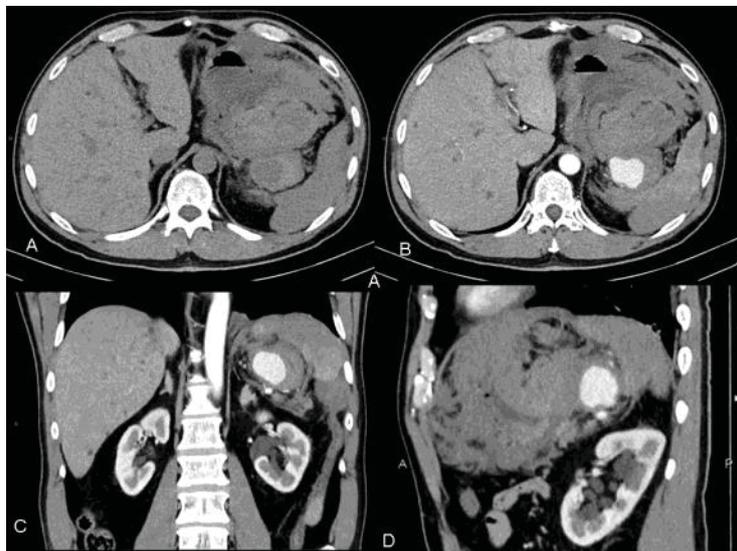


Fig. 2. A corte axial sin contraste. B corte axial con contraste. C corte coronal con contraste y D corte sagital con contraste



Fig. 3. Reconstrucción MIP (Proyección de máxima intensidad).

muestra aneurisma sacular en la arteria esplénica, próximo al hilio esplénico, de (6 x 4,5 cm) con cuello estrecho y rodeado por un anillo grueso de densidad de tejidos blandos que sugiere trombo mural, gran hematoma en hipocondrio izquierdo por rotura del aneurisma aparentemente contenida.

Se realiza tratamiento quirúrgico de urgencia, objetivándose síndrome adherencial de todo el paquete intestinal y gran hematoma desde porción superior de estómago hasta pared, se realiza esplenectomía. En la anatomía patología del material obtenido se describe una lesión mesenquimal benigna a nivel del hilio esplénico de estirpe fibroblástica compatible con tumor desmoide, que correlacionando con la imagen podría corresponder a la capa con densidad de tejidos blandos que rodea al pseudoaneurisma.

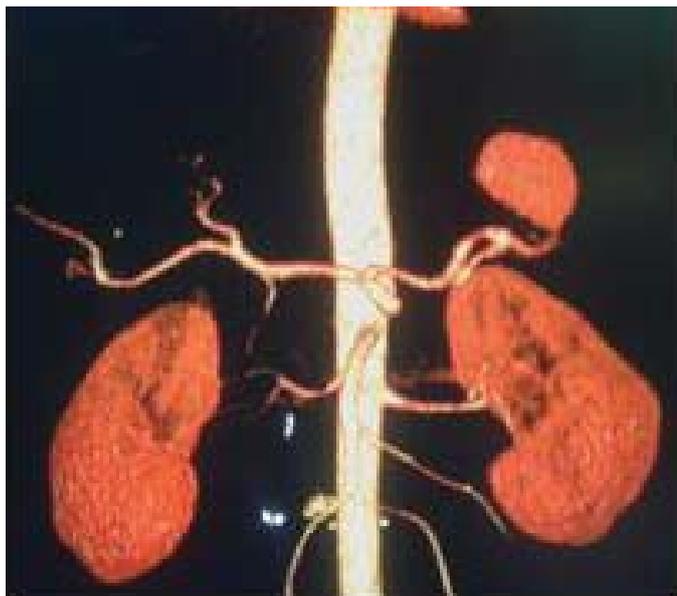


Fig. 4. Reconstrucciones volumétrica o 3D.

DISCUSIÓN

El pseudoaneurisma de la arteria esplénica es una entidad patológica poco frecuente. Se puede definir como un hematoma pulsátil reparable y encapsulado en comunicación con la luz de un vaso dañado, generalmente secundario a antecedentes traumáticos, inflamatorios o iatrogénicos. La sangre diseca los tejidos adyacentes a la arteria dañada y se origina un saco contenido por la media o la adventicia y en ocasiones solo por el tejido adyacente al vaso^{1,4}.

La diferencia entre un aneurisma y un pseudoaneurisma se encuentra en la pared, ya que el primero preserva las tres capas de la pared arterial. Los aneurismas verdaderos suelen ser asintomáticos y asociados con aterosclerosis.

En los pseudoaneurismas viscerales el riesgo de ruptura espontánea es muy alto, independientemente de su tamaño, asociando alto porcentaje de mortalidad². El 60% presentan síntomas relacionados con hemorragia hacia el tubo

digestivo (hematoquecia, melena, hemorragia al conducto pancreático o hematemesis), el 20% con sangrado hacia un pseudoquiste pancreático, el 15% en hacia el retroperitoneo y un 10% con hemorragia en la cavidad abdominal³.

El diagnóstico puede realizarse con Ecografía Doppler, que permite diferenciar el aneurisma de otras entidades, su desventaja estriba en que es operador dependiente y está limitada en pacientes obesos o ante la presencia de gas intestinal o aterosclerosis. La TC con contraste endovenoso permite la correcta opacificación de los vasos y evaluar las posibles complicaciones. La arteriografía es considerada el estándar de oro y el método más sensible para identificar aneurismas y pseudoaneurismas, está recomendada antes de cualquier procedimiento quirúrgico⁴. Con ninguno de estos métodos radiológicos se puede diferenciar el aneurisma del pseudoaneurisma, ya que el diagnóstico es anatomopatológico.

En nuestro caso no se visualizó el aneurisma/pseudoaneurisma por abundante sangrado activo durante la intervención quirúrgica, indicativo de rotura del mismo.

Basándonos en el antecedente quirúrgico previo y la existencia de una TC abdominal dos años antes, en la que la arteria esplénica era de calibre y morfología conservada, sin ateromatosis ni otras alteraciones, pensamos que se trata de un pseudoaneurisma, contenido por el tumor desmoide adyacente.

Dado el riesgo de hemorragia abdominal se aconseja tratamiento, independientemente de su tamaño, sobre todo cuando sobrepasan los 2 cm. Actualmente las técnicas mínimamente invasivas han ido ganando terreno a la cirugía en esta patología. El tratamiento puede ser compresión ecodirigida, inyección percutánea de trombina intrasacular, técnicas endovasculares (embolización-stents) o cirugía^{2,4,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kapoor BS, Haddad HL, Saddekni S, Lockhart ME. Diagnosis and management of pseudoaneurysms: an update. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2009 Jul-Aug;38(4):170-88.
2. Ballinas-Oseguera GA, Martínez-Ordaz JL, Gisel Sinco-Nájera T, Caballero-Luengas C, Arellano-Sotelo J, Blanco-Benavides R. Manejo del pseudoaneurisma de la arteria esplénica. Informe de dos casos. *Cir Cir* 2011;79:268-273
3. Balsarkar DJ, Joshi MA. Rupture of splenic artery pseudoaneurysm presenting with massive upper GI bleeding. *Am J Surg* 2002;183:197-198.
4. Larraín de la C D, Fava P M, Espinoza G R. Aneurisma de la arteria esplénica. Diagnóstico diferencial y alternativas terapéuticas. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 943-946
5. Tulsyan N, Kashyap VS, Greenberg RK. The endovascular management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms. *J Vasc Surg*, 45 (2007), pp. 276-283.