

ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA ESPLÉNICA

Mauro, Alberto MAAC* ; Pataro, Eduardo MAAC; Pataro, Marcelo MAAC; Dándolo, Marcelo; Lacour, Guillermo y Lucilli, Norberto MAAC, FACS**

Servicio de Cirugía Vascular y Terapéutica Endovascular, Sanatorio Profesor Itoiz, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

Presentación de caso:

Presentamos a un paciente varón de raza blanca, de 66 años de edad, el cual estaba en tratamiento ambulatorio por padecer un cáncer de la próstata con buena evolución clínica. Concurrió a la consulta derivado por su urólogo al descubrir una masa circular calcificada laterovertebral izquierda en una Rx directa del abdomen, totalmente asintomática y sin semiología abdominal alguna.

La tomografía computada (B) mostraba un aneurisma de 4.2 cm. en su diámetro mayor en posición retro-gástrico sin signos de ruptura u otra complicación. La formación parecía desarrollarse a partir de la arteria esplénica.

La arteriografía selectiva del tronco celiaco (A) evidenció una tortuosidad en el extremo distal de la arteria esplénica que confirmó el diagnóstico de presunción.

Previo inmunización para Neumococo y H.Influenza el paciente fue sometido a una intervención quirúrgica electiva. Los hallazgos intraoperatorios (C-D) mostraron una importante fibrosis perianeurismática que comprometía el estómago, el páncreas y el bazo obligando a la resección del aneurisma con la inevitable esplenectomía en block.

Desarrolló una fistula pancreática en el postoperatorio inmediato que requirió drenaje percutáneo e inhibidores de la secreción pancreática exócrina (octeotridos) con total resolución de la complicación a los 20 días de postoperatorio. El control clínico al año de operado fue satisfactorio.

Los aneurismas de la arteria esplénica suelen ser un hallazgo ocasional, pero están relacionados a un importante riesgo de ruptura, descompensación hemodinámica y mortalidad (1).

En un estudio retrospectivo de 42 aneurismas viscerales, 19 (42.2%) eran de la arteria esplénica (2), éstos rara vez exceden los 3 cm. de diámetro y generalmente se originan por procesos arterioscleróticos, fibrodisplasia o enfermedad micótica (3).

El tratamiento de elección es siempre quirúrgico “a cielo abierto” o endovascular, las técnicas endovasculares para colocación de stent o embolización selectiva representan la mejor opción, pero requiere de una rigurosa selección de los pacientes.

La desfavorable anatomía para el tratamiento endovascular en este caso fue la principal razón por la cual nosotros elegimos la cirugía abierta.

* *Jefe del Servicio de Cirugía Vascular*

**** Jefe del Servicio de Cirugía General**

Summery

A 66 years old male was admitted for a calcified circle mass discovered in a Rx abdominal. The patient was totally asymptomatic.

CT scan showed a 4.2 cm. aneurysm splenic artery, after confirmed in a selective celiac arteriography. This man underwent an operation, the peri aneurismatic fibrosis that compromised stomach, pancreas and spleen obliged the complete resection of the aneurysm with necessity esplenectomy.

A pancreatic fistulae appeared at the immediate postoperative which required percutaneous drainage and pancreatic secretion inhibitors with total resolution at 20 days.

References

1.- Pagliariccio G, Carbonari L, Angelini A, Faragona S, Alo FP. Giant aneurysm of the splenic artery: case report and review of the literature. Ann Ital Chir. 2003 Mar-Apr, 74(2): 203-7.

2.- Sessa C, Tinelli G, Porcu P, Aubert A, Thony F. Treatment of visceral artery aneurysms: description of a retrospective series of 42 aneurysms in 34 patients. Ann Vasc Surg. 2004 Nov 18(6): 695-703.

3.- Bornet P, Medjoubi SA, Tissot A, Jurado A, Hibon J, Terris C. Giant aneurysm of the splenic artery. A case report. Angiology. 2000 Apr;51(4): 343-7.

Imágenes:







