

Aneurisma Roto de la Arteria Esplénica. Presentación de un Caso Clínico.

Roberto Covarrubias-Espinoza*
Gilberto López-Armenta*
Héctor Hernández-Alvarado*
Mario Cordero-Irribé*
Hipólita Pineda-Félix*
Mónica Nuño-Vega*

RESUMEN

En la enfermedad vascular abdominal, los aneurismas viscerales no son muy frecuentes. Es de importancia conocerlos y tenerlos presentes por la posibilidad de ruptura y presencia de hemorragia masiva, poniendo en riesgo la vida de los pacientes. Se presenta el caso de un adolescente de 12 años de edad con aneurisma roto de la arteria esplénica. Se revisa literatura con el objetivo de comunicar alternativas diagnósticas para ofrecer tratamientos oportunos.

SUMMARY

In abdominal vascular disease, visceral aneurysms are not very frequent. It is of importance to know them and have them present for the possibility of rupture and presence of massive hemorrhage, putting at risk the lives of patients. The case of a boy of 12 years of age with ruptured aneurysm of splenic artery is presented. Review literature in order to communicate diagnostic alternatives to provide timely treatment.

Caso Clínico: Masculino de 12 años de edad es originario de Hermosillo, y residente de Agua Prieta, Sonora. Cursa 6to año de primaria; presentó cuadro de sarampión varicela a los 2 y 3 años de edad, niega alergias, enfermedades crónicas degenerativas, así como antecedentes quirúrgicos. Su padecimiento lo refiere de dolor abdominal, difuso y más localizado en mesogastrio, se acompaña en ocasiones de hematemesis y melenas de 1.5 años previo a este ingreso, fue tratado en su lugar de origen con antiácidos, inhibidores de la bomba de hidrogeno de la mucosa gástrica, ya que se le había realizado una endoscopia alta y se había corroborado un diagnóstico de gastritis.

Su evolución continuó a pesar del tratamiento y fue enviado para su estudio. A su ingreso se sospechó una pancreatitis, los reactantes no estaban muy elevados, por lo que se sospecha de sangrado de tubo digestivo bajo y un cuadro de probable pancreatitis crónica, con una Hb de 3.9 gr/dl, leucocitos de 7,700/uL, plaquetas de 275,000/uL, pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación normal. Se realiza un gammagrama intestinal con guayaco, ambos fueron positivos, el ultrasonido dopler abdominal (Figura 1), la angiografía de abdomen con presencia de un gran aneurisma en inicio de arteria esplénica de 23x21x24 mm la cual muestra coágulos

* Servicio de División de Pediatría, Centro Médico Dr. Ignacio Chávez.

Correspondencia: Dr. Roberto Covarrubias Espinoza. drcova03@hotmail.com Centro Médico Dr. Ignacio Chávez. Juárez y Aguascalientes, Hermosillo Sonora, México.

que la rodean en relación con sangrado previo al mismo, datos en relación con proceso inflamatorio pancreático con pérdida de su morfología a nivel de cola y cuerpo sugestivo de zonas de necrohemorrágicas a ese nivel (Figuras 2 y 3). Existe la sospecha clínica de que esté presente una conejera por páncreas y con salida duodenal ya que las cantidades de sangrado en sus vómitos eran masivas (aproximadamente 1 a 1.5lts), así mismo el ultrasonido reporta plastrón en cabeza del páncreas con manifestaciones de sangrado. La tomografía axial abdominal de multicortes reporta necrosis extensa del páncreas formación del aneurisma, probablemente secundario a proteólisis enzimática de la pared arterial por la pancreatitis (Figura 4). Durante su hospitalización requirió varias transfusiones y una fue en quirófano por su sangrado abundante donde presentó un cuadro shock por hipovolemia, ameritó varias unidades de sangre y pasó a Unidad de Cuidados Intensivos. Se corrobora Crcl 110



Figura 1



Figura 2

**Figura 3****Figura 3**

ml/min con AMCl muy elevado de 162.8%, con transaminasemia e hiperbilirrubinemia predominio de la directa de 6.5.

Dado la complejidad del caso y las limitantes, se traslada al Hospital Infantil de México, Federico Gómez, donde se intervino quirúrgicamente de urgencias, ya que a su llegada a la ciudad de México presenta sangrado

masivo, durante la intervención la cual duro 12 hrs se retiró 2/3 partes del páncreas, esplenectomía y cierre de aneurisma. Su evolución ha sido favorable, a los 8 meses de distancia presentó un cuadro clínico de diabetes, hoy tiene 19 años de edad, se ha seguido controlando en la clínica de Enfermedades Crónica Degenerativas de la Infancia, del Centro Medico Dr. Ignacio Chávez.

Discusión: En los últimos 20 años la frecuencia de los aneurismas abdominales ha aumentado 7 veces y es la tercera causa de muerte cardiovascular. Los aneurismas de la arteria esplénica son poco comunes y ocupan el tercer lugar en frecuencia entre los abdominales, después de la aorta y la iliaca. Su frecuencia es mayor en las mujeres, con una relación 4 a 1 (estadísticas de adulto, siendo más rara en la edad pediátrica)¹. Dentro de los diagnósticos diferenciales que debemos tener son los tumores, pseudoquistes del páncreas, tumores neuroendocrinos.

En nuestro paciente existió la sospecha inicial de pseudoquiste por las enzimas poco elevadas que apoyaban una pancreatitis crónica. Sin embargo se sabe que son una causa infrecuente de dolor abdominal en la infancia; sin embargo en los últimos años ha aumentado el número de casos comunicados^{2,3}. En nuestro paciente no observamos lesiones quísticas solo la presencia de sangrado y la abertura del aneurisma en la angiotac.

La etiología de esta afección está dada, fundamentalmente por arterioesclerosis, fibrosis quística de la capa media, embolia por endocarditis, hipertensión portal, traumatismos, trasplantes hepáticos y pancreatitis crónica, así como los embarazos^{4,5}. Otro grupo de pacientes lo constituyen aquellos que presentan cambios inflamatorios de la pared vascular, como en el caso de la poliarteritis nodosa, pancreatitis aguda, endocarditis bacteriana y en los drogadictos⁶. En nuestro paciente se podría documentar una reacción inflamatoria crónica por la evolución, dolor y presentar alteraciones hematológicas del páncreas e hígado.

Las posibilidades de supervivencias son escasas; en 1992 se describieron solamente 11 casos en la literatura internacional y solamente sobrevivió un paciente⁷. En caso de ruptura del aneurisma, la mortalidad asociada se eleva hasta 36%, por lo que es muy importante estar al tanto de su presencia⁶. Generalmente son asintomáticos. En ocasiones los pacientes refieren dolor en el epigastrio o

retroesternal, y solo se llega al diagnóstico por medio de estudios de imagenología¹.

Nuestro paciente tuvo evidencias de dolor abdominal y sangrado, que se confundió con una gastritis por los estudios de endoscopia realizados en su lugar de origen, ya en su hospitalización se sospechó de una pancreatitis crónica con sangrado de tubo digestivo probablemente de origen alto, por los vómitos y la cantidad de sangre fresca.

El tratamiento quirúrgico ofrece varias opciones. La ligadura y obliteración de la arteria esplénica, la esplenectomía, la escisión del aneurisma con reconstrucción arterial o sin ella y la aneurismografía con arterioplastia. En los casos no complicados se puede utilizar procedimientos endovasculares, como la embolización o la colocación de Stent, para evitar de esa manera una cirugía de gran envergadura^{1,4,6,7}.

También se ha empleado la vía laparoscópica realizando la ligadura de la arteria esplénica con esplenectomía o sin ella^{8,9,10}. Es una urgencia real, ya que son escasos los niños o adultos que han logrado sobrevivir a estas presentaciones clínicas, tal fue nuestro caso que ameritó una cirugía multidisciplinaria exclusiva de un tercer nivel. La mortalidad global de los aneurismas esplénicos rotos es del 10-25%^{11,12,13}. La realización de pancreatectomía distal, se realiza en procesos inflamatorios importantes, siendo mayor la realización de pancreatectomía y esplenectomía en aneurismas rotos¹⁴.

Conclusión: Evidentemente el diagnóstico de estos pacientes es difícil, sin embargo se requiere una destreza clínica en discernir sobre los padecimientos frecuentes y raros. Y este se hace en base a los estudios ya comentados, sin embargo no todos podrán correr la misma suerte, por lo que nosotros estamos sugiriendo a través de esta presentación el motivar al clínico a tener presente este problema sobre todo cuando hay trauma abdominal, ya que hoy está de moda el bullying en las escuelas así mismo se debe realizar los estudios pertinentes para cada caso.

La ruptura de aneurisma de la arteria esplénica debería estar incluida en los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal agudo, especialmente si se asocia a hipotensión con shock.

REFERENCIAS

- 1.- Morgado Pérez A, Hernández Cañete CM, Carvajal Rodríguez M. Aneurisma disecante de la arteria esplénica. Presentación de un caso. *Angiología*. 2004; 56(1): 46-50.
- 2.- Corbally MT, Blake NS, Guiney EJ, Management of pancreatic pseudocyst in childhood: an increasing role

forpercutaneousexternaldrainage. JR CollSurgEdinb 1992; 37: 169-71.

3.- Hall KN. Pediatricpancreaticpseudocyst: a case report and review of the literatura. J EmergMed 1992; 10: 573-6.

4.- Smith JA, Macleish DG, Collier NA. Aneurysm of visceral arteries. Aust NZ J Surg. 1989; 59: 329-34.

5.- Schoen FJ, Cotrams RS. Vasos sanguíneos. In: Cotrams RS, Kumar V, Collins T, Robbins E. Patología estructural y funcional. Madrid: McGraw-Hill; 1999. Pp. 551-6.

6.-Larrain D, Fava M, Espinosa R. Aneurisma de la arteria esplénica. Diagnóstico diferencial y alternativas terapéuticas. Caso clínico. Revmed Chile. 2005; 133: 943-6.

7.- Merrel SW, Gloviski P. Splenicarterydissection: a case report and review of the literatura. J VascSurg 1992; 15: 221-5.

8.- Arca MJ, Cagner M, Heniford BT. Splenicarteryaneurysmsmethods of laparoscopicrepair. J VascSurg. 1999; 30: 184-8.

9.- Suso KI, Shimura T, Asao T, Nomoto K, Kanoh K, Tuboi K. Laparoscopicresection of splenicarteryaneurysm: a case report. Hepatogastroenterology. 2002; 49: 1520-2.

10.- Hernández- Lahoz I, Vilaríño-Rico J, Vidal-Insua JJ, Beraza-Milicua A, Segura-Iglesias RJ. Tratamiento endovascular urgente de aneurisma esplénico roto. Angiología. 2005; 57: 353-6.

11.- Cantos-Pallares M, Bruna-Esteban M, Artigues-Sánchez de Rojas E, Fabra-Ramis R, Mir-Labrador J, Roig-Vila JV. Rotura espontanea de aneurisma de la arteria esplénica. Angiología. 2008; 60: 269-72.

12.- Rabal HB, Agarwal GR, Sagal RP, Dave AN, Patel VD. Rupturesplenicarteryaneurysm. Ind J RadiolImag. 2006;4: 543-4.

13.- Zubaidi A. Rupture of multiplesplenicarteryaneurysms: A commonpresentation of a rarediseasewith a review of literatura. SaudiJourGastroenterol. 2009; 15: 55-8.

14.- Abbas M, Stone W, Fowl R, Glioviczki P, Oldenburg W, Pairolero P. Splenicarteryaneurysms: Twodecadesexperience at Mayo clinic. Ann VascSurg. 2002; 16: 442-9.