

ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

SPLenic ARTERY ANEURYSM: ENDOVASCULAR TREATMENT. CASE REPORT

MELISA AMONDARAIN¹, MATIAS RODRÍGUEZ GÓMEZ¹, ANDRÉS PRIOTTO¹, MARIANO MORO¹, FERNANDO ORDÓÑEZ².

¹Servicio de Cirugía General, Hospital Privado Del Sur. ²Servicio de Hemodinamia del Sur. Hospital Italiano Regional del Sur. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este trabajo es presentar un Caso Clínico de aneurisma de Arteria Esplénica (AAE) complicado y describir el enfoque terapéutico empleado. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 52 años que presentó dolor abdominal de 15 días de evolución y fue diagnosticado con aneurisma de arteria esplénica complicado. Se realizó un abordaje endovascular mediante 2 Stent Graft, lo que permitió cubrir la totalidad del cuello del aneurisma, excluyendo la circulación de la arteria esplénica y logrando un flujo arterial no turbulento. **Métodos:** Se realizó una evaluación clínica completa y se solicitaron estudios complementarios para el diagnóstico de aneurisma de arteria esplénica complicado. Se llevó a cabo un ateneo multidisciplinario para definir el abordaje terapéutico más adecuado. **Discusión:** En la evaluación de tratamientos del AAE complicado se logró definir que el enfoque terapéutico endovascular fue la alternativa segura y efectiva

para el manejo de este caso de aneurisma. **Conclusión:** El enfoque terapéutico endovascular debería ser considerado en un contexto multidisciplinario para definir un abordaje adecuado en cada caso.

Palabras clave: aneurisma arteria esplénica, tratamiento endovascular, stent graft.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to present a clinical case of complicated splenic artery aneurysm (SAA) and describe the therapeutic approach used. A 52-year-old male patient presented with 15 days of abdominal pain and was diagnosed with a complicated splenic artery aneurysm. An endovascular approach was performed using 2 stent grafts, which covered the entire neck of the aneurysm, excluding the circulation of the splenic artery and achieving non-turbulent arterial flow. **Methods:** A complete clinical evaluation was carried out and complementary studies were requested for the diagnosis of complicated splenic artery aneurysm. A multidisciplinary meeting was held to define the most appropriate therapeutic approach. **Discussion:** To evaluate which treatments are prioritized in this pathology in general and to demonstrate which one was suitable for this case. **Conclusions:** The endovascular therapeutic approach is a safe and effective

Correspondencia: Dra. Melisa Amondarain.

E-mail: amondarainmelisa@gmail.com. Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675, Bahía Blanca, Provincia Buenos Aires. Argentina.

Recibido: 21 de abril de 2023.

Aceptado: 14 de septiembre de 2023.

tive alternative for the management of complicated splenic artery aneurysm and should be considered in the context of a multidisciplinary meeting to define the most appropriate therapeutic approach in each case.

Keywords: splenic artery aneurysm, endovascular treatment, stent graft.

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas vasculares de ramos viscerales de la aorta abdominal son raros (1). Cuando el origen es la arteria esplénica, representan la tercera causa de aneurisma abdominal. Los AAE son más frecuentes en mujeres (incidencia de 4:1), siendo tres veces más propensos a ruptura en hombres (1-3). El 80% se produce en pacientes mayores de 50 años, asociado a aterosclerosis (32%) y a enfermedades crónicas (2).

También aquellas enfermedades que aumentan el flujo esplácnico, como fistulas arteriovenosas e hipertensión portal, con una prevalencia del 6% al 20% (3). Suelen ser asintomáticos, por lo que se desconoce su verdadera incidencia; cuando se manifiestan lo hacen de manera inespecífica con dolor abdominal, dispepsia, vómitos y/o anorexia, pero debemos tener presente que 3% a 10% de ellos pueden debutar con ruptura espontánea y condicionar un riesgo de vida. Este aumenta en aquellos AAE mayores a 2 cm (1).

El desarrollo y perfeccionamiento de técnicas complementarias como la angiografía computada con reconstrucción 3D, resonancia magnética y ecografía, permiten identificar factores de riesgo de ruptura para implementar tratamiento (3).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años, que consulta por cuadro de dolor abdominal de 15 días de evolución. Localizado en

epigastrio e irradia al dorso, de intensidad progresiva 8/10, acompañado de anorexia, adinamia, vómitos y pérdida de peso. Traía una Resonancia magnética solicitada en otra Institución: “Lesión ovoidea, de bordes netos, de 42 x 56 mm, entre cola de páncreas y sector medial del bazo”.

“Esta formación presenta señal heterogénea, con una periferia hiperintensa en T1 e hipointensa en T2; en su seno se advierte la presencia de la arteria esplénica con una dilatación de 23 mm en el sector distal”.

Se solicita Ecografía doppler abdominal donde se observa dilatación aneurismática sacular en tercio medio/distal de la arteria esplénica (Figura 1) y una Angiotomografía Computada que evidencia la presencia de un AAE, complicado y parcialmente trombosado, con extensión hacia hilio esplénico (Figura 2). La imagen es compatible con Pseudoaneurisma de la arteria esplénica.

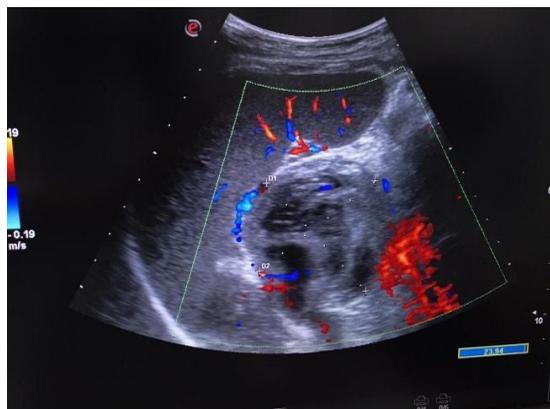


Figura 1. Ecografía doppler abdominal. Extenso hematoma mural heterogéneo con áreas laminares anecoicas en su interior, sin señal vascular, con un diámetro de 59mm x 54mm. El flujo distal conservado (IR) 67mm.



Figura 2. Angiotomografía computada. Imagen de doble luz continuándose con un vaso de características ectásicas; aneurisma parcialmente trombosado con un diámetro de 44,8mm x 52,6mm y una longitud de 59,5mm. El diámetro de la arteria proximal al aneurisma es de 11,4mm y distal de 6,8mm.

MATERIALES Y METODOS

Descripción de la Técnica

Se realiza abordaje endovascular, por vía de acceso braquial izquierda, progresando vaina de 9Fr hasta canular arteria esplénica de forma selectiva. En arteriografía control se observa AAE con pseudoaneurisma de gran tamaño en el tercio medio.

Se progresa catéter guía Berstein y Supracore de 0,035" hasta arterias intrahiliares del bazo, avanzando y desplegando en primera instancia un Stent BeGraft de 7mm x 36mm, desde el hilio del bazo hacia proximal (Figura 3) (3,4). Debido a la longitud y fundamentalmente a la diferencia de diámetros pre y post aneurisma, colocamos un segundo Stent BeGraft solapado al anterior de 10mm x 50mm.

Se cubre la totalidad del cuello del aneurisma, excluyéndose de la circulación de la arteria esplénica (Figura 4) (5, 6).



Figura 3. Progresión de catéter guía Berstein y Supracore de 0,035" hasta arterias intrahiliares del bazo. Se despliega Stent BeGraft de 7mm x 36mm, desde el hilio del bazo hacia proximal.



Figura 4. Se cubre la totalidad del cuello del aneurisma y se excluye de la circulación de la arteria esplénica.

DISCUSIÓN

Los aneurismas de las arterias viscerales tienen una incidencia del 0.1% a 0.2%. Los sectores arteriales más afectados en un 95% de los casos, son el tercio proximal y medio de la arteria esplénica, solitarios y de tipo sacular.

En el caso de nuestro paciente no sólo comprometía el tercio medio, sino que se extendía hasta el hilio esplénico, presentando segmento distal sano.

Si bien en el 80% de los casos los AAE suelen ser asintomáticos, la clínica está caracterizada por dolor abdominal a predominio epigástrico e hipocondrio izquierdo. El 3% de los aneurismas, puede comenzar con un cuadro súbito de dolor e hipotensión arterial (ruptura espontánea) generando una urgencia en el tratamiento resolutivo.

En la actualidad está aceptado indicar tratamiento en aquellos pacientes con aneurismas mayores a 20mm, embarazadas o en búsqueda de embarazo (7).

La etiología del presente caso fue desconocida, en coinciden-

cia con las series publicadas que informan un 60% de casos sin una causa etiológica aparente, siendo quizás la aterosclerosis el factor de riesgo desencadenante en estos pacientes.

En el desarrollo y perfeccionamiento de técnicas complementarias básicas y avanzadas, se refleja el descenso de ruptura espontánea del 10% al 3%, aportando información para la toma de decisiones terapéuticas. Los métodos de Ecografía doppler color y Angiotomografía, son mandatorios para el diagnóstico de certeza y su estadificación.

En la actualidad, el abordaje endovascular es de elección en estos casos, debido a la elevada tasa de éxito, bajo índice de complicaciones (infarto esplénico 3%), comparado con la cirugía y buenos resultados a largo plazo.

Dentro de las opciones de tratamiento, se destacan la embolización de la arteria esplénica, el uso de Stent Autoexpandible y el uso de Stent BeGraft, quedando reservada la cirugía para aquellos pacientes con urgencia abdominal por ruptura espontánea, compromiso del hilio esplénico o fracaso del tratamiento endovascular; estos suelen ser menores al 20% (8). A su vez los Stents pueden ser utilizados en aneurismas saculares como fusiformes (9,10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Larrain D, Fava M, Espinosa R. Aneurysm of the splenic artery. Differential diagnosis and therapeutic alternatives. Case report. *Rev Med Chile*. 2010;133:943-6.
2. Stambuk MJ, Zamarin J, Rosales JW. Splenic artery aneurysm. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2008;60(2):96-101.
3. Al-Habbal Y, Christophi C, Muralidharan V. Aneurysms of the splenic artery: A review article. *Surgeon*. 2010;8(4):223-31.
4. Maillard M, Novellas S, Baudin G, et al. [Splenic artery aneurysm: diagnosis and endovascular therapy]. *J Radiol*. 2010 Nov;91(11 Pt 1):1103-11. French. doi: 10.1016/s0221-0363(10)70155-4. PMID: 21178873.
5. Vanetta C, González Salazar E, Goransky J, et al. [Endovascular treatment of incidental and emergency splenic aneurysm]. *Medicina (BAires)*. 2021;81(1):96-8. Spanish. PMID: 33611250.
6. Zhu C, Zhao J, Yuan D, et al. Endovascular and surgical management of intact splenic artery aneurysm. *Ann Vasc Surg*. 2019;57:75-82.
7. Sachdev U, Baril DT, Ellozy SH, et al. Management of aneurysms involving branches of the celiac and superior mesenteric arteries: A comparison of surgical and endovascular therapy. *J Vasc Surg*. 2006;44(4):718-24.
8. Algar A, San Norberto E, Fidalgo L, et al. [Analysis of the endovascular treatment of splenic artery aneurysms]. *Rev Esp Investig Quir*. 2020;23(1):3-7. Spanish. PMID: 32078523.
9. Mariúba JVO. Splenic aneurysms: natural history and treatment techniques. *J Vasc Bras*. 2019 Dec 4;19:e20190058. doi: 10.1590/1677-5449.190058. PMID: 31839799; PMCID: PMC6904962.
10. Pararas N, Rajendiran S, Taha I, et al. Spontaneous rupture of a huge splenic artery aneurysm: A case report. *Am J Case Rep*. 2020;21:e923276. doi: 10.12659/AJCR.923276. PMID: 32736350; PMCID: PMC7380708.