



CARTA CIENTÍFICA

Aneurisma de arteria esplénica roto y poliquistosis renal autosómica dominante. Caso clínico

Ruptured splenic aneurysm and autosomal dominant renal polycystosis. A clinical case

Serguei de Varona Frolov^{a,*}, Pedro Airam Betancor Heredia^a, Guido Volo Pérez^a, Efrén Martel Almeida^a y Juan Hernández Navarro^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria, España

Recibido el 28 de abril de 2012; aceptado el 25 de mayo de 2012
Disponible en Internet el 15 de julio de 2012

Los aneurismas de la arteria esplénica constituyen los aneurismas viscerales más frecuentes¹. Su prevalencia es desconocida pero numerosas series de autopsias recogen rangos entre el 0,01 y el 10,4% de la población^{1,2}. El 80% de los casos se diagnóstica de forma casual y el 20% restante se diagnostica por el estudio de un amplio espectro de síntomas inespecíficos que incluyen náuseas, vómitos y dolor abdominal. La mayoría se diagnostican entre la quinta y sexta década de la vida, siendo entre cuatro y cinco veces más frecuentes en mujeres que en hombres sobre todo en multiparas^{1,3}.

Presentamos el caso de un varón de 60 años con antecedentes de poliquistosis hepatorenal autosómica dominante, insuficiencia renal crónica en estadio IV. Nefrectomía derecha en el año 2000. Trasplante renal en el año 2000. Hipertensión arterial (HTA) severa en tratamiento con 3 fármacos. Anemia.

Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de inicio súbito tras maniobra de Valsalva y de 4 h de evolución, no refiere vómitos, fiebre u otra sintomatología acompañante.

A su llegada se observa presión arterial de 106/57 mmHg, frecuencia cardíaca de 77 latidos/min; saturación de O₂

del 91%, y la exploración abdominal evidencia distensión y defensa abdominal más silencio auscultatorio.

El hemograma mostró: hemoglobina 7,2 g/l (un mes antes 9,48 g/l), hematocrito 25,6%, plaquetas 178.000, leucocitos 13.280; bioquímica: glucemia: 226 mg/dl, creatinina: 3,94 mg/dl, urea 161 mg/dl, iones normales.

La radiografía de tórax muestra cardiomegalia y atelectasia basal izquierda, engrosamiento de paredes bronquiales. Granuloma calcificado en campo medio de pulmón derecho. Signos degenerativos en columna dorsal. La radiografía de abdomen revela desplazamiento de asas derecho sin otro hallazgo. La ecografía abdominal no es concluyente, por obesidad del paciente, y presencia de gran riñón poliúístico, es informada como abundante líquido perihepático y en fosa de Morrison. Ausencia de riñón derecho por antecedente quirúrgico. Injerto renal en fosa ilíaca derecha 12,2 × 6 cm que presenta adelgazamiento del grosor cortical con conservación de la diferenciación corticomedular, sustitución de riñón izquierdo por múltiples lesiones anecoicas compatibles con quistes, alguno mayor de 8 cm de diámetro. No se logra visualizar el área pancreática, así como tampoco el retroperitoneo vascular. No se realiza TC abdominal debido a insuficiencia renal crónica del paciente.

Se realiza laparotomía media supraumbilical, en la que se observa riñón poliúístico que ocupa el hemiabdomen izquierdo del paciente con desplazamiento de las asas intestinales a la derecha, hemoperitoneo escaso, con gran hematoma retroperitoneal en zona de ligamento

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: serguey79@hotmail.com
(S. de Varona Frolov).



Figura 1 Riñón poliquístico gigante que desplaza todo el intestino.

gastrocólico (fig. 1). Se realiza sección cuidadosa del ligamento siguiendo la curvatura mayor del estómago y se objetiva hematoma extenso de diferentes estadios de evolución, siendo más organizado en la periferia y más fresco conforme nos acercamos a la zona media del cuerpo del páncreas, donde presenta sangrado activo a través de aneurisma sacular de 2 cm de diámetro en tercio medio de la arteria esplénica. Se disecciona y se clampa la arteria esplénica a ambos extremos del aneurisma y se realiza resección del aneurisma y ligadura de ambos extremos de la arteria esplénica.

Se procede a realizar la esplenectomía mediante sección del ligamento gastroesplénico y ligadura de los vasos breves, sección del ligamento esplenorrenal y sección previa ligadura del pedículo esplénico, procedimiento realizado por el servicio de cirugía general.

Se remitió el aneurisma y el bazo a anatomía patológica que es informada como segmento de arteria de 4,5 cm de longitud con placas de ateroma, y formación sacular de 1,5 × 1,5 cm diámetro parcialmente rota (fig. 2). En el bazo se observa intensa despoblación linfoide y leve hemorragia capsular, sin otras alteraciones.

El paciente ingresa en reanimación en el post-operatorio inmediato donde evoluciona favorablemente y le es dada el



Figura 2 Segmento de arteria esplénica con aneurisma sacular de 1,5 × 1,5 cm de diámetro.

alta a planta a los 10 días de ingreso y 5 días más tarde le es dada el alta a domicilio con diálisis cada 48 h por insuficiencia renal terminal.

Entre el 3 y el 10% de los aneurismas de arteria esplénica se rompen^{2,4} con una mortalidad de entre el 10 y 25%; esta se incrementa al 56% cuando coexiste hipertensión portal y se asocia a mortalidad del 70% para la madre y del 95% para el feto en caso de embarazo^{2,3,4}.

Cuando se produce la rotura, esta puede erosionar el tubo digestivo, el páncreas, la vena esplénica o puede sangrar directamente a cavidad peritoneal que es lo más frecuente³. Entre el 20 y el 30% de los pacientes presentan un fenómeno de doble rotura, o rotura en 2 fases; donde el paciente presenta dolor abdominal pudiendo acompañarse de síncope, posteriormente el paciente se estabiliza y mejora debido a que la sangre queda contenida en la transcavidad de los epiploones, hasta que minutos o días después la sangre escapa a la cavidad abdominal a través el foramen oval desembocando en shock hemorrágico y la muerte².

Se han descrito múltiples condiciones predisponentes para el desarrollo de un aneurisma de arteria esplénica⁵ dentro de las que se encuentra la poliquistosis renal autosómica dominante, pero en una revisión de la literatura médica publicada a día de hoy en Pubmed solo se recogen 3 casos aislados^{6,7}.

El diagnóstico clínico es difícil y requiere una gran sospecha. El diagnóstico de certeza se obtiene a través de la ecografía, el angio-TC, la resonancia magnética (RM), la arteriografía y la laparotomía exploradora¹⁻¹⁰. En la radiografía de abdomen se evidencia una calcificación semicircular o en anillo compatible con un aneurisma de la arteria esplénica hasta en el 70% de los pacientes, la cual no protege de la rotura^{2,3,8}. Si el paciente está estable es imperativo realizar una TC abdominal debido a que nos da el diagnóstico y nos ayuda a planear la estrategia a seguir.

El tratamiento debe ser urgente y la reparación clásica consiste en resección del aneurisma más esplenectomía en la mayoría de los casos, pero también se ha publicado el tratamiento eficaz mediante resección del aneurisma y anastomosis terminoterminal, resección aislada del aneurisma con ligadura de la arteria esplénica sin esplenectomía, embolización con *coils*, o la exclusión mediante endoprótesis cubierta¹⁰.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Chookun J, Bounes V, Ducassé JL, Fourcade O. Rupture of splenic artery aneurysm during early pregnancy: a rare catastrophic event. *Am J Em Med.* 2009;27:898.
2. Stork G, Pezzutti G, Recio S, Marchan P, Caviglia L. Abdomen agudo hemorrágico por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. La tomografía de abdomen en el diagnóstico. *Medicina.* 2001;61:267-70.
3. Alonso Formento E, Galve Royo F, Borao Aguirre MP, Castellote García JP, Torres Nuez J, Martínez Hernandez A. Pancreatitis hemorrágica como forma de presentación inicial de la ruptura de un aneurisma de la arteria esplénica. *Emergencias.* 2003;15:71-4.
4. Cantos M, Bruna M, Artigues-Sanchez de Rojas E, Fabra-Ramis R, Mir-Labrador J, Roig-Vila JV. Rotura espontánea de aneurisma de la arteria esplénica. *Angiología.* 2008;60:269-72.
5. Ha JF, Sieunarine K. Laparoscopic splenic artery aneurysm resection: review of current trends in management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009;19:e67-70.
6. Picazo M, Cuxart C, Sans R. Aneurisma de la arteria esplénica y disección arterial femoro-iliaca en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología.* 2007;27:223-4.
7. Kanagasundaram NS, Perry EP, Turney JH. Aneurysm of the splenic artery in a patient with autosomal dominant polycystic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant.* 1999;14:183-4.
8. Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, Gloviczki P, Oldenburg WA, Hallet JW, et al. Splenic artery aneurysms: two decades experience at Mayo Clinic. *Annal Vasc Surg.* 2002;16:442-9.
9. Pulli R, Dorigo W, Troisi N, Pratesi G, Innocenti AA, Pratesi C. Surgical treatment of visceral artery aneurysms: A 25-year experience. *J Vasc Surg.* 2008;48:334-42.
10. Hernandez-Lahoz I, Vilariño-Rico J, Vidal-Insua JJ, Beraza-Milicua A, Segura-Iglesias RJ. Tratamiento endovascular urgente de aneurisma esplénico roto. *Angiología.* 2005;57:353-6.