

DISECCIÓN ESPONTANEA DEL TRONCO CELIACO

Dr. Pedro Luis Sorribas Rubio¹ / Dr. José Luis Fraguas Oliva² / Dr. Víctor Abadía Gallego³

¹ Servicio de Urgencias. Centro Sanitario Cinco Villas. Ejea de Los Caballeros.

² Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

³ Servicio de Urgencias. Mutua Accidentes Zaragoza (MAZ). Zaragoza

Mujer de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial que acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico irradiado en cinturón. El cuadro clínico comenzó, de manera súbita, 2 días antes, siendo valorada en Urgencias y dada de alta con analgesia tras realización de analítica de sangre y radiografía simple de abdomen, que resultaron normales. Ante la persistencia e intensificación clínica, acude de nuevo, mostrando a la exploración importante distensión abdominal, con dolor difuso de predominio en hemiabdomen superior sin datos de irritación peritoneal. Los resultados de las pruebas complementarias (analítica sanguínea, radiografía simple de abdomen y ecografía abdominal) son anodinos, por lo que, ante la persistencia clínica, se decide la realización de TC Abdominal con contraste (Fig. 1), que muestra disección del ostium del tronco celiaco que se extiende hasta arteria hepática común, hepática propia y hepática derecha, junto con pequeño aneurisma sacular en el origen de la arteria hepática común. Tras valoración por cirugía vascular y cirugía general, se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos. Se realiza arteriografía abdominal siendo imposible la colocación de endoprótesis en tronco celiaco por episodio de vasoespasmo (Fig. 2), optando por tratamiento conservador, con evolución favorable y siendo dada de alta 13 días después con anticoagulación oral.

La disección espontánea de arterias viscerales es rara en ausencia de disección concurrente de la aorta, lesión iatrogénica o traumatismo¹. Existen factores de riesgo como la hipertensión arterial o el tabaquismo y, en la literatura se describen como posibles causas desencadenantes, la existencia de displasia fibromuscular, degeneración de la media y vasculitis². La presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal agudo, con irradiación dorso-lumbar e intensidad variable³. La tomografía computarizada (TC) permite el diagnóstico, además de predecir el riesgo de complicaciones y ayudar a adoptar la actitud más adecuada⁴. El tratamiento

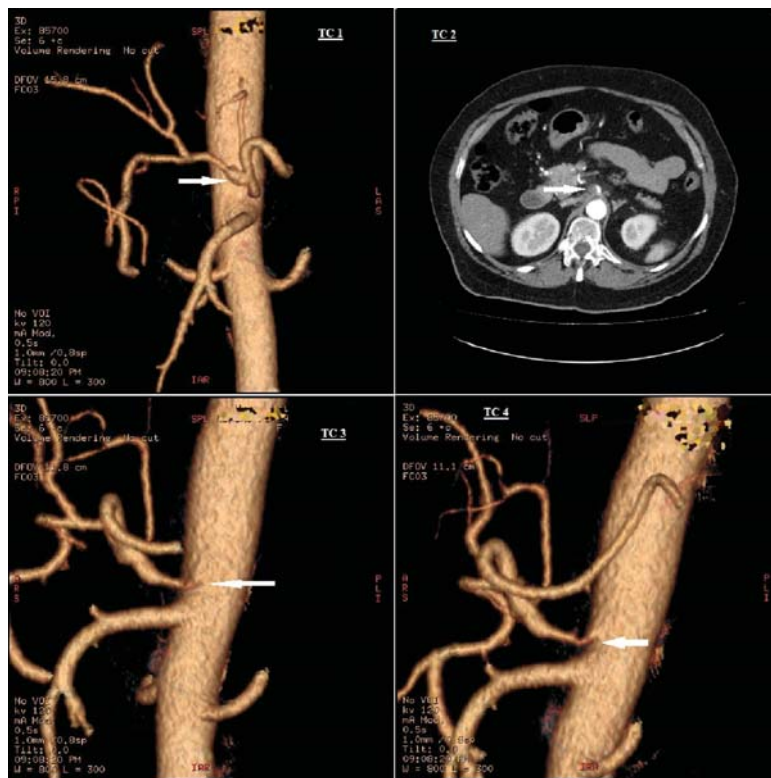


Fig. 1. TC1: reconstrucción 3D de TC en la que se aprecia hematoma-disección del tronco celiaco con aneurisma sacular en el origen de la arteria hepática común (flecha); TC2: corte longitudinal de TC con paso filiforme de contraste en el origen del tronco celiaco e hiperdensidad de la grasa que lo rodea (flecha); TC3-4: reconstrucción 3d de TC en la que se objetiva disección del origen del tronco celiaco con paso filiforme del contraste (flecha).

conservador con anticoagulación y control clínico es una estrategia eficaz en pacientes con esta entidad en los que no se observan datos de infarto intestinal o hemorragia por rotura arterial. Ante situaciones de infarto intestinal transmural o hemorragia activa, la indicación terapéutica es la cirugía urgente. Otra opción sería la colocación de endoprótesis o la embolización, teniendo en cuenta que ni ésta técnica ni la cirugía están indicadas de manera profiláctica⁵. No existe consenso acerca de la duración del tratamiento anticoagulante, considerando un periodo variable desde 3 semanas a 6 meses en dependencia de los síntomas y de los hallazgos de las técnicas de imagen⁶.

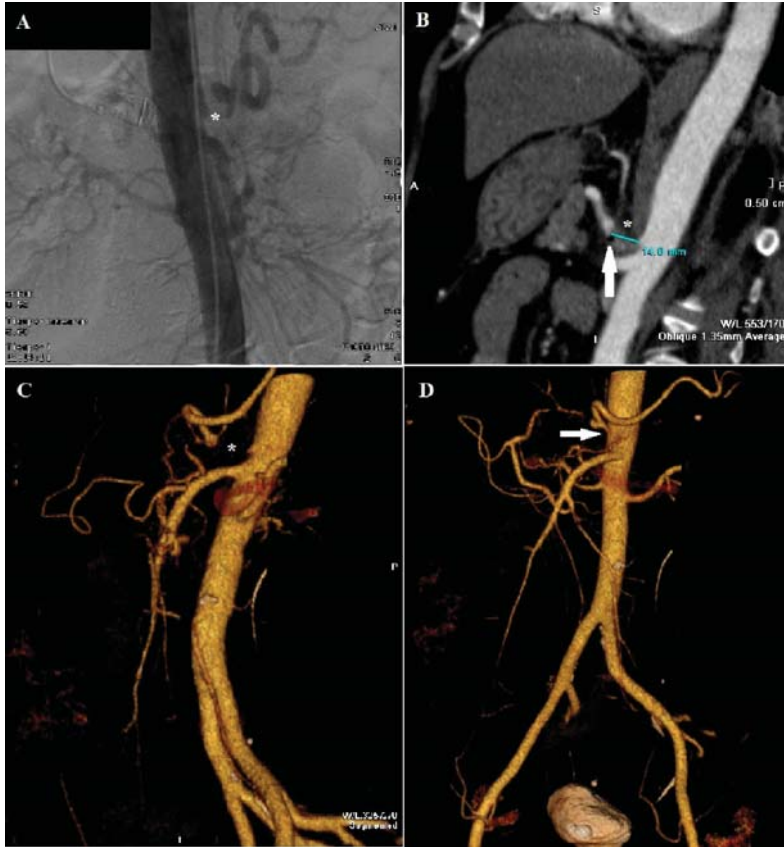


Fig. 2. A: imagen de arteriografía en la que se objetiva ausencia de relleno de contraste en origen del tronco celiaco en contexto de vasoespasmo durante el intervencionismo; B: corte sagital de TC realizada tras arteriografía, con estenosis de 14 mm en salida del tronco celiaco (*) e imagen compatible con burbuja de aire tras la manipulación durante la arteriografía; C, D: reconstrucción 3D de TC tras arteriografía con ausencia de contraste en la salida del troco celiaco (* y flecha).

En el caso presentado queda de manifiesto la necesidad de incluir esta patología en nuestro diagnóstico diferencial del dolor abdominal. La existencia de pruebas complementarias anodinas en el contexto clínico referido no excluye la existencia de procesos de gravedad significativa, por lo que debemos extremar nuestra pericia clínica para orientar el estudio urgente de forma óptima.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Thomas S, Riles MD, Judith C, Lin MD. Celiac artery dissection from heavy weight lifting. *J Vasc Surg.* 2011;53:1714-5.
- 2.- Lee TC, Wang HP, Lin JT, Lai IR, Hsieh SC. Unusual presentation of mesenteric vasculitis as isolated dissection of the superior mesenteric artery. *Rheumatol Int* 2006;26:1061-1062.
- 3.- Amabile P, Ouaiissi M, Cohen S, Piquet P. Conservative treatment of spontaneous and isolated dissection of mesenteric arteries. *Ann Vasc Surg.* 2009;23:738-44.
- 4.- Woolard JD, Ammar AD. Spontaneous dissection of the celiac artery: a case report. *J Vasc Surg.* 2007;45:1256-8.
- 5.- Batt M, Baque J. Successful percutaneous embolization of a symptomatic celiac artery dissection with aneurysmal dilation with detachable vascular plugs. *J Vasc Surg.* 2011;54:1812-5.
- 6.- Nagai T, Torishima R, Uchida A, Nakashima H, Takahashi K, Okawara H, et al. Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery in four cases treated with anticoagulation therapy. *Intern Med* 2004;43:473-478.