



CARTA CIENTÍFICA

Disección espontánea de tronco celiaco con extensión a arteria hepática y esplénica en paciente aparentemente sano

Spontaneous coeliac artery dissection extending to the hepatic and splenic artery in an apparently healthy patient

R. Láinez Rube^{a,*} y E. Doiz Artázcoz^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^b Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz, Cádiz, España

La disección aislada del tronco celiaco es una entidad poco frecuente dentro de las complicaciones de las ramas viscerales. En los últimos años, con la generalización de los equipos de TC multidetector, asistimos a un notable incremento en su descripción.

La presentación clínica más frecuente es un dolor abdominal agudo, de intensidad variable, ocasionalmente irradiado a la espalda, aunque hasta en un tercio de los casos el diagnóstico es incidental. Se ha encontrado una débil correlación entre la intensidad del dolor y la longitud de la disección. No hay consenso sobre el manejo más adecuado, aunque el tratamiento conservador con anticoagulación oral parece la opción más adecuada ya que retrasa la trombosis de la luz falsa y la propagación de la disección. La cirugía convencional ha quedado relegada a un segundo lugar a favor de las técnicas endovasculares en aquellos pacientes sintomáticos o cuando la disección se complica.

Paciente de 39 años de edad, sin alergias medicamentosas, fumador de 30 cigarrillos al día, sin otros antecedentes de interés, que acude a urgencias de nuestro hospital por clínica de dolor abdominal de 4 días de evolución.

El paciente define el dolor como muy intenso centrado en epigastrio, no irradiado ni acompañado de otra sintomatología. En el momento del ingreso se encuentra afebril, normotenso (120/82 mmHg). La FC es de 98 lat./min, auscultación cardíaca y pulmonar normal. La exploración física muestra un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, mesogastrio, con defensa voluntaria. Ruidos intestinales conservados, no se palpan masas ni megalias, sin hiperpulsatilidad ni soplo. Desde el punto de vista vascular los pulsos están presentes y simétricos en miembros inferiores y superiores y TSA. Se realiza un eco-Doppler abdominal urgente que se informa como normal a nivel hepático, vesícula, vía biliar, páncreas y bazo. Imagen lineal en arteria esplénica y raíz de tronco celiaco indicativa de disección y trombosis parcial de la arteria hepática. Aorta normal. Sin otros hallazgos de interés.

Con la sospecha diagnóstica de disección del tronco celiaco ingresa a nuestro cargo para completar estudios y filiar la etiología del cuadro. Se realiza angio-TC abdominal donde se observa dilatación fusiforme del tronco celiaco que mide 12,4 mm; posteriormente se visualiza una línea hipodensa en el interior de la luz de la arteria esplénica que se extiende desde el origen hasta la porción más distal de la misma en relación con disección. La arteria hepática presenta una reducción importante de su luz que se acompaña de un trombo mural en probable relación con disección y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rociolainezrube@hotmail.com
(R. Láinez Rube).

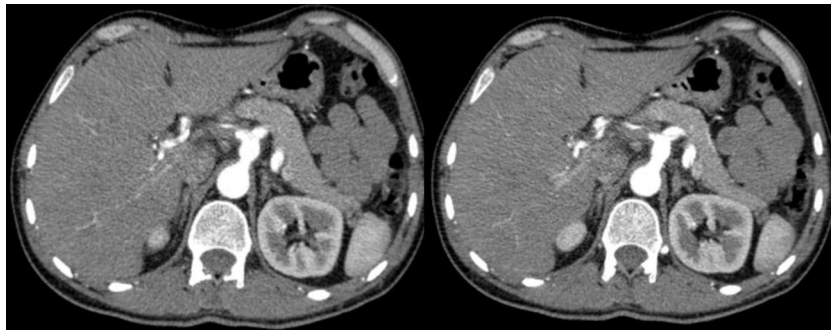


Figura 1 Dilatación fusiforme del tronco celiaco, disección de arteria esplénica y hepática (con trombosis parcial de la luz falsa).

trombosis de la luz falsa asociada. En el resto del estudio no se observan otras alteraciones de interés (fig. 1).

Tras confirmar el diagnóstico de disección espontánea de tronco celiaco con extensión a arteria hepática (trombosis parcial de la luz falsa) y esplénica, se inicia tratamiento médico conservador mediante anticoagulación con HBPM y control de síntomas. Se solicita valoración por el servicio de medicina interna solicitando estudios de enfermedad infecciosa, inmunidad (inmunoglobulinas, complemento), proteinograma y estudio de trombofilia. Pasados 3 días de ingreso y dada la estabilidad hemodinámica, así como la ausencia de clínica abdominal, se decide alta con anticoagulación oral y seguimiento en consultas externas de nuestro servicio y de medicina interna en espera de resultados analíticos. A los 6 meses el paciente acude a revisión en consultas externas de medicina interna, acusando pérdida de fuerza de días de evolución del miembro inferior izquierdo, resultado de estudio de hipercoagulabilidad con déficit de proteína C y S, resultados positivos de serología de sífilis y *Borrelia*, decidiendo ingreso a su cargo para repetir los mismos, realizar punción lumbar e inicio de tratamiento empírico con ceftriaxona 2 g, durante 9 días, siendo dada el alta y diagnosticada de sífilis terciaria con serología para *Borrelia* dudosa.

Posteriormente es revisado en nuestras consultas externas, se solicita nueva angio-TC de control que se compara con estudio previo, persistiendo la discreta dilatación fusiforme del tronco celiaco sin presentar cambios significativos, así como la imagen compatible con

disección de arteria esplénica sin cambios igualmente. La arteria hepática se encuentra dilatada a escasos centímetros de su origen, presentando una obstrucción completa. Distalmente se rellena de contraste por colaterales (gastroduodenal). Esta imagen es compatible con la progresión de la marcada reducción de la luz que ya presentaba en el estudio previo, indicando una progresión de la trombosis de la luz falsa disecada llegando a la obstrucción completa, y estando compensada por colaterales. En el resto del estudio no se observaron otras alteraciones de interés (fig. 2).

La disección espontánea de arterias viscerales es rara en ausencia de disección concurrente de la aorta, lesión iatrogénica de instrumentación o traumatismo¹⁻⁴. Como complicaciones tardías, tenemos la progresión de la disección a vasos adyacentes (originando infartos esplénicos, renales) y desarrollo de aneurismas⁵⁻⁷.

En nuestro caso, describimos una disección espontánea de la arteria celiaca que fue identificada por angio-TC en un paciente aparentemente sano con dolor abdominal de inicio agudo y sin causas identificables de disección. El paciente fue tratado con éxito médicamente. Aunque el tratamiento endovascular o intervención quirúrgica es el tratamiento de elección para los casos complicados⁸⁻¹⁰, el tratamiento médico con un estrecho seguimiento es una estrategia aceptable y consensuada para los casos estables, sin complicaciones en la disección espontánea de la arteria celiaca y sus ramas. Según la bibliografía consultada, se debe realizar anticoagulación de forma indefinida o hasta

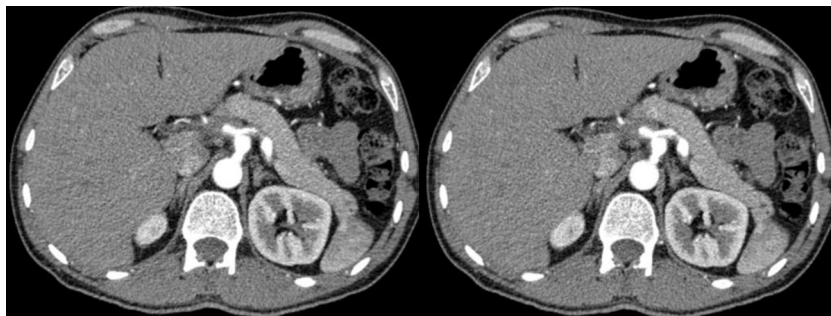


Figura 2 Angio-TC al año, dilatación fusiforme del tronco celiaco y disección de la arteria esplénica sin cambios significativos respecto a estudios previos. Dilatación en origen de arteria hepática con obstrucción completa y relleniéndose distalmente por colaterales.

la resolución del cuadro y el control estricto de la presión arterial^{7,8,10}. La modificación de los factores de riesgo cardiovascular limita la propagación de la disección y reduce el riesgo de rotura.

Algunos autores proponen realizar seguimiento con angio-TC hasta la resolución^{5,10}, entendiendo como tal la desaparición de la disección o la trombosis completa de la luz falsa. Los controles deberían ser más frecuentes en las disecciones con un solo punto de entrada, sin trombosis de la luz falsa, aunque tampoco hay consenso sobre su periodicidad. Si se alcanza una estabilidad se considerará disección crónica. Al no existir una normativa establecida, en nuestro caso repetimos el angio-TC a los 6 y 12 meses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

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 han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Quisiera transmitir un especial agradecimiento a mi compañera coautora de este artículo, por la inestimable ayuda prestada e interés puesto en este trabajo.

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. Kang TL, Teich DL, McGillicuddy DC. Isolated, spontaneous superior mesenteric and celiac artery dissection: case report and review of literature. *J Emerg Med.* 2011;40:21-5.
3. Park YJ, Park KB, Kim DI, Do YS, Kim DK, Kim YW. Natural history of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection derived from follow-up after conservative treatment. *J Vasc Surg.* 2011;54:1727-33.
4. Arnold M, de Marchis GM, Stapf C, Baumgartner RW, Nedeltchev K, Buffon F, et al. Triple and quadruple spontaneous cervical artery dissection: presenting characteristics and long-term outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009;80:171-4.
5. Corral MA, Encinas J, Fernández-Pérez GC. Disección aislada y espontánea de arterias viscerales. *Radiología.* 2011, doi:10.1016/j.rx.2010.12.017.
6. Takayama T, Miyata T, Shirakawa M, Nagawa H. Isolated spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *J Vasc Surg.* 2008;48:329-33.
7. Woolard JD, Ammar AD. Spontaneous dissection of the celiac artery: a case report. *J Vasc Surg.* 2007;45:1256-8.
8. Gorra AS, Mittleider D, Clark DE, Gibbs M. Asymptomatic isolated celiac artery dissection after a fall. *Arch Surg.* 2009;144:279-81.
9. 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.
10. Wayne W, Zhang J, Killeen D, Chiriano J, Bianchi C, Theodore H, et al. Tratamiento de la disección aislada, sintomática, de arterias viscerales: ¿Es aconsejable su corrección urgente? *Abou-Zamzam Anales de Cirugía Vascular.* 2009;23:100-4.