



CARTAS CIENTÍFICAS

Dolor abdominal súbito durante un viaje en avión: pienso en lo más frecuente, pero, ¿y si se trata de una entidad infrecuente?

Sudden abdominal pain during an airplane flight: what if the horse turns out to be a zebra?

A. Reyes Valdivia*, C. Gómez Olmos, B. Castejón Navarro, A. Miguel Morrondo, T. Martín González y C. Cuesta Gimeno

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Paciente varón de 58 años de edad, natural de Canadá, referido a urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso y diaforesis profusa durante vuelo internacional, cursaba aproximadamente con cuadro clínico descrito 4 h hasta su llegada a urgencias.

Contaba dolor en zona hipogástrica, de característica punzante, de moderada intensidad, que irradiaba a hemicuerpo izquierdo, en hombro y con leve dificultad respiratoria.

Negaba pérdida de conciencia, fiebre ni otros síntomas asociados. No refería haber padecido de cuadro similar previamente.

Como antecedentes patológicos refiere: hipertensión, cardiopatía isquémica revascularizada en el año 2005 con implante de 2 stents y alergia a la codeína. Para ello se medicaba con clopidogrel 75 mg, atenolol 25 mg, aspirina 325 mg, y suplementos de calcio.

A su llegada a urgencias sus constantes vitales eran: presión arterial, 110/67 mmHg; frecuencia cardíaca, 72 lpm; Sat, 98%; afebril.

La exploración física fue normal, sin alteraciones destacables.

Analítica: leucocitosis con desviación izquierda, perfil hepático y troponinas sin alteraciones.

Durante su estancia en urgencias se realiza angiotomografía computarizada (angio-TC) pulmonar que se informa como negativo para tromboembolia pulmonar.

Valorado por el servicio de cardiología se realiza ecocardiograma, que se informa como disfunción contráctil en cara inferior con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada; se serían troponinas y se realiza electrocardiograma, que son negativos para síndrome coronario agudo.

Se realiza angio-TC toracoabdominal por sospecha de disección aórtica, se informa como aorta de calibre normal sin alteraciones en su morfología, tronco celíaco de 1 cm de diámetro con imagen de disección a 1 cm de su origen, se observan ramas viscerales (hepática, esplénica y gástrica) permeables y sin lesiones (figs. 1-3). No hay otros hallazgos de interés.

El paciente permanece estable durante su estancia en urgencias. No vuelve a presentar cuadro de dolor.

Es valorado por cirugía vascular, que decide ingreso con tratamiento anticoagulante y dieta absoluta hasta valorar progresión y evolución de la enfermedad.

Durante su ingreso en planta se continuó con tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular según peso y función renal. Controles analíticos de perfil hepático y marcadores miocárdicos negativos. Se decide tratamiento médico conservador dada la evolución del paciente, sin alteraciones analíticas, ni aparición de nuevos síntomas. Toleró adecuadamente la ingesta de alimentos. Ante la buena evolución clínica y la ausencia de aparición de dolor se de-

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cauzaza@hotmail.com (A. Reyes Valdivia).



Figura 1 Reconstrucción 3D MIP de vasos viscerales.

cide el alta y el seguimiento por su cirujano vascular de su país de origen.

La disección de las arterias viscerales es una entidad muy infrecuente, cuando se encuentra de manera aislada y no asociada a disección aórtica¹.

Actualmente, las técnicas de imagen no invasivas permiten un rápido y certero diagnóstico de esta patología, así como un adecuado seguimiento².

Hacia el año 2008 se encontraban tan solo 70 casos descritos en la bibliografía.

Se creía, hasta hace no mucho tiempo, que debía corregirse de manera urgente por la posibilidad de ruptura y/o isquemia/infarto de órgano blanco, ya sea intestinal, hepático o esplénico según su localización^{3,4}.

Algunos años atrás se inició el tratamiento de manera conservadora, con tratamientos anticoagulante y antiagregante asociados a un seguimiento clínico y de imágenes de forma estrecha, con resultados óptimos, es decir, con muy pocas complicaciones isquémicas y/o hemorrágicas^{5,6}. Se describe alrededor del 4-10% de complicaciones tras tratamiento conservador durante el seguimiento, entre 1-5 años, que requirieron tratamiento quirúrgico por vía abierta o endovascular⁷.

En cuanto al tratamiento endovascular, ya sea urgente o por las complicaciones posteriores (dilatación aneurismática o crecimiento de la falsa luz), se puede optar por colocación de *stent* o la embolización, según el caso lo precise.

Figura 2 Corte transverso con imagen de disección en TC.



Figura 3 Corte transverso con imagen de disección en TC.

Cabe mencionar que están descritos también casos de paciente jóvenes y totalmente sanos que, tras algún esfuerzo que asocie elevación de la presión abdominal y dolor súbito, han sido diagnosticados de esta patología^{8,9}.

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 en este artículo no aparecen datos de pacientes.

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

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Takayama T, Miyata T, Shirakawa M, Nagawa H. Isolated spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *J Vasc Surg.* 2008;48:329-33.
2. Seonok OH, Yong-Pil C, Ji-Hoon K, Shin S, Kwon T-W, Ko G-Y. Symptomatic spontaneous celiac artery dissection treated by conservative management: serial imaging findings. *Abdom Imaging.* 2011;36:79-82.
3. Takach TJ, Madjarov JM, Holleman JH, Robicsek F, Roush TS, Charlotte NC. Spontaneous splanchnic dissection: Application and timing of therapeutic options. *J Vasc Surg.* 2009;50:557-63.
4. Nordanstig J, Gerdes H, Kocys E. Spontaneous isolated dissection of the celiac trunk with rupture of the proximal splenic artery: a case report. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009;37:194e-7E.
5. Vaidya S, Dighe M. Spontaneous celiac artery dissection and its management. *Radiology Case.* 2010;4:30-3.
6. Zhang WW, Killeen JD, Chiriano J, Bianchi C, Teruya TH, Abou-Zamzam AM. Management of symptomatic spontaneous isolated visceral artery dissection: is emergent intervention mandatory? *Ann Vasc Surg.* 2009;23:90-4.
7. Ozaki N, Wakita N, Yamada A, Tanaka Y. Spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery.* 2010;10:656-8.
8. Woolard JD, Ammar AD. Spontaneous dissection of the celiac artery: A case report. *J Vasc Surg.* 2007;45:1256-8.
9. Wang J-L, Hsieh M-J, Lee C-H, Chen C-C, Hsieh I-C. Celiac artery dissection presenting with abdominal and chest pain. *Am J EmerG Med.* 2010;28:111.e3-5.