

CARTA CLÍNICA

Exploración con ultrasonidos del tronco celiaco en el dolor abdominal desde atención primaria



Ultrasound examination of the celiac artery in abdominal pain in primary care

Los aneurismas de las arterias hepáticas son una entidad poco frecuente pero potencialmente devastadora si no se trata a tiempo. Estos aneurismas forman parte de los llamados aneurismas espláncnicos o viscerales, que se definen como aquellos que afectan a las arterias celiaca, mesentérica superior o inferior y sus ramas. Son extremadamente raros, con una prevalencia documentada del 0,1-2%, afectando a 2 componentes del tronco celiaco, de forma más frecuente a la arteria esplénica y en segundo lugar a la arteria hepática. De los aneurismas existentes en la arteria hepática, la localización más frecuente corresponde a la arteria hepática común (63-65%), seguida de la arteria hepática derecha (28%) y la arteria hepática izquierda (5%). En un 75-80% de los casos estos aneurismas son extrahepáticos y solitarios, habiéndose descrito lesiones múltiples sólo en el 8% de estas series^{1,2}.

El caso que presentamos corresponde a una mujer de 89 años que acude a la consulta de atención primaria con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus en tratamiento con enalapril 10 mg y empagliflozina 10 mg, y clínica de dolor abdominal leve desde hace una semana, sin localización clara ni irradiación, de curso continuo, sin otra clínica acompañante y sin hallazgos patológicos en la anamnesis dirigida del tránsito intestinal. Las constantes eran normales; la exploración basada en los 4 pilares clásicos (inspección, auscultación, palpación y percusión) para el médico de familia no mostraba dato alguno de interés. Sin embargo, haciendo uso de los ultrasonidos como quinto pilar de la exploración física, destacamos la aparición de una lesión en el hilio hepático como hallazgo incidental. Dicha lesión presentaba el signo del Yin-Yang mediante Doppler color con flujo turbulento en su interior, correspondiendo a un vaso sanguíneo (fig. 1). En vista de los hallazgos encontrados, se deriva al hospital de referencia y se solicita angiotomografía computarizada como prueba gold standard para estos casos, objetivándose un aneurisma sacular de 50 mm de diámetro correspondiente a la arteria hepática, con trombo mural excéntrico de 18 mm (fig. 2).

La afectación de la arteria hepática presenta una predominancia significativa en hombres con respecto a mujeres (proporción de 3:2), cuya etiología suele ser la aterosclerosis como causa más común. No obstante, se ha comprobado mediante estudios retrospectivos que el riesgo de rotura es más frecuente en mujeres y en pacientes con vasculitis². Clásicamente, esta enfermedad vascular se presenta con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho que se irradia a la espalda acompañado de ictericia obstructiva y hemobilia, conocido como la tríada de Quincke. Excepcionalmente se han registrado casos que han comenzado en forma de epigastralgia y melenas³. Incluso si el aneurisma es suficientemente grande, se puede encontrar una masa pulsátil o un soplo abdominal durante la exploración abdominal.

La ecografía es una herramienta diagnóstica importante y útil, permitiendo medir y visualizar el flujo sanguíneo pulsátil o turbulento dentro del saco aneurismático. Al evaluarse mediante Doppler color, se obtiene una mezcla de colores correspondiente al movimiento circular anterógrado y retrógrado de la sangre, constituyendo el signo del Yin-Yang. La presencia del signo depende más del tipo de aneurisma, siendo más frecuente en los fusiformes, y según el plano de corte en el que es estudiado⁴.

Ante un aneurisma visceral verdadero mayor o igual a 5 cm en pacientes de alto riesgo quirúrgico, o mayor de 2 cm en pacientes de bajo riesgo quirúrgico, todos aquellos que presenten sintomatología o cuya velocidad de crecimiento sea mayor de 0,5 cm por año deben ser valorados por parte de cirugía vascular. Tanto en el contexto de urgencias como en el programado, las estrategias de tratamiento están cambiando. Antes, la intervención quirúrgica abierta era la de elección, consistiendo en la ligadura y resección del aneurisma con revascularización. Sin embargo, cada vez se recurre con más frecuencia a la intervención endovascular, que incluye la embolización con espirales o la inserción de endoprótesis, cuyos estudios ponen de manifiesto una alta tasa de éxito.

El avance de la ecografía ha supuesto un cambio a la hora de afrontar al paciente por la inocuidad para la salud que presenta con respecto a otras pruebas diagnósticas, siendo ya considerada el quinto pilar de la exploración física⁵. La ecografía es también la modalidad de imagen inicial preferida para identificar los aneurismas en mujeres embarazadas porque no es invasiva y no tiene efectos adversos para el feto. Constituye una alternativa para determinar el origen

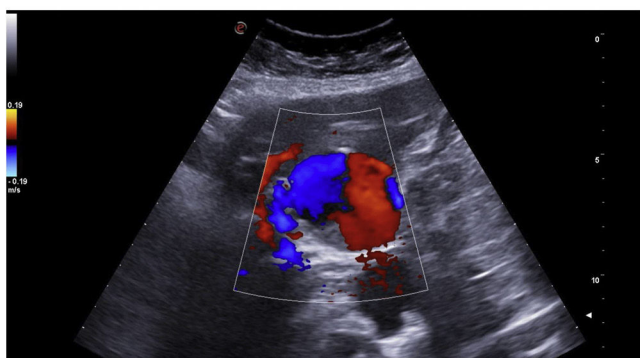


Figura 1 Ecografía dúplex de aneurisma de arteria hepática. Se puede apreciar una lesión hipoeoica en el recorrido de la arteria hepática (imagen superior) con la sonda convexa en posición transversal en epigastrio, con contenido heterogéneo en su interior (imagen central), presentando flujo anterógrado y retrógrado mediante Doppler color (imagen inferior) correspondiente al saco aneurismático con la misma sonda y posición con movimientos de inclinación.

y las dimensiones de los aneurismas de la arteria hepática, aunque la principal desventaja de esta prueba de imagen es la dependencia del técnico, la obesidad y el gas intestinal suprayacente que presente el paciente, puesto que reducen su sensibilidad, especialmente para las lesiones más pequeñas.

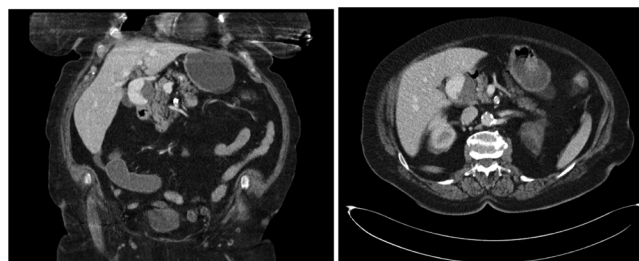


Figura 2 TC abdominal con contraste en fase arterial donde se aprecia aneurisma sacular de la arteria hepática con trombo mural excéntrico en su interior, visto en cortes coronales (imagen izquierda) y axiales (imagen derecha).

Consideraciones éticas

En este caso clínico no aparecen datos de la paciente ni implica otra razón por la que se necesite CEIC.

Financiación

No se ha disfrutado de financiación para la elaboración del caso clínico.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Hulsberg P, de la Garza-Jordan J, Jordan R, Matusz P, Tubbs RS, Loukas M. Hepatic aneurysm: A review. *Am Surg*. 2011;77:586–91.
2. Stark JC, Eisenberg N, Mafeld S, McGilvray I, Roche-Nagle G, Howe KL. Assessment of open surgical and endovascular management of true hepatic artery aneurysms over 20 years highlights increased rupture risk in females. *J Vasc Surg*. 2022;75:1334–42.e2.
3. Chen JL, Lee CH, Chou MC, Wu TC, Hsu YC, Huang YC. Hepatic artery aneurysm: Rare cause of epigastralgia and melena. *Postgrad Med J*. 2022;98:e23.
4. Badano F. Signo del Yin-Yang. *Rev Argent Radiol*. 2010;74:403–5.
5. Narula J, Chandrashekhar Y, Braunwald E. Time to add a fifth pillar to bedside physical examination: Inspection, palpation, percussion, auscultation, and insonation. *JAMA Cardiol*. 2018;3:346–50.

C. Montero-Peña^{a,*}, M. Carmona-González^a,
M. Carmona-Calderón^a y A.Á. Oviedo-García^b

^a Hospital Comarcal Don Benito Villanueva de la Serena,
Don Benito, Badajoz, España

^b Hospital Virgen de Valme, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristian.monpe@hotmail.com
(C. Montero-Peña).