
Estenosis crítica de tronco celíaco y mesentérica superior, tratada con liberación de tronco celíaco y by-pass aorto-mesentérico

E. Tovar Martín - A. Tovar Pardo - M. Marini - P. E. Díaz Pardeiro - I. Iglesias Negreira

Hospital Juan Canalejo. Hospital Santa Teresa
La Coruña (España)

RESUMEN

La enfermedad oclusiva arteriosclerosa presenta una localización aorto-iliaca del 25% en personas mayores de 60 años y en aproximadamente el 1-2% se manifiesta a nivel de troncos digestivos, Mesentérica Superior y Tronco Celíaco de uno o ambos troncos. El papel de la Mesentérica Inferior es más limitado.

A pesar de los progresos habidos en el diagnóstico de las enfermedades vasculares obliterantes, carótidas, miembros inferiores, etc..., a nivel de troncos digestivos este diagnóstico es mucho más raro y la mayoría de las veces se hacen tardíamente, en fases de oclusión, asociadas a isquemia intestinal o cólica.

Presentamos un caso, en el que el diagnóstico de Estenosis Crítica Mesentérica y de Tronco Celíaco se realizó en el Laboratorio Vascular por medio de Eco-Doppler, fue confirmado por estudio angiográfico e intervenido con éxito de By-Pass Aorto Mesentérico; comprobando al año y medio la buena función y permeabilidad del By-Pass.

Palabras clave: Troncos digestivos; By-Pass aorto-mesentérico; Isquemia crítica.

SUMMARY

Twenty five percent of cases of atherosclerotic occlusive disease have aorto iliac involvement while only 1-2% patients of over 60 years age have an involvement of mesenteric trunks, either the superior mesenteric artery or

the coeliac trunk or both. The inferior mesenteric artery have a more limited role.

In spite of the progress made on the diagnosis of vascular stenotic diseases, carotids, lower limbs etc...; diagnosis is much delayed and infrequent on the mesenteric trunks; frequently it is only made after trunk occlusion associated with bowel ischaemia.

We present a case with non-invasive (Duplex-Doppler) diagnosis of superior mesenteric artery an coeliac trunk critical stenosis. This was confirmed by angiography. The patient was successfully operated upon, performing an aortic mesenteric By-Pass. In a 18 months follow up the graft is patent and in good order.

Key words: Mesenteric trunks; Mesenteric critical ischaemia; Aortic mesenteric By-Pass.

Introducción

El diagnóstico de estenosis mayor del 95% o crítica no es frecuente a nivel de troncos viscerales, ya que en general su clínica es mal interpretada, y el diagnóstico hecho en fase oclusiva con lesiones irreversibles.

El difícil acceso exploratorio de los troncos viscerales ha hecho este diagnóstico raro hasta estos últimos años en que la exploración con Eco-Doppler en manos expertas ha permitido este diagnóstico más frecuentemente y, lo que es más importante, en una fase útil para el tratamiento antes de que se establezca una lesión intestinal irreversible. La confirmación del diagnóstico se realiza por angiografía, en posiciones oblicuas, y la terapéutica de elección es la quirúrgica si las condiciones del paciente lo permiten. La técnica varía entre la TED o el By-Pass y, en la actua-

lidad, la angioplastia percutánea tiene un indudable papel en su tratamiento.

Caso clínico

Paciente de 65 años, fumador de un paquete diario hasta hace un año, e intervenido de hidrocele.

Refiere padecer dolores abdominales desde hace seis meses y señala que se le han agudizado en las últimas dos semanas. Los dolores comienzan una hora después del desayuno, persisten a lo largo del día y se exacerban en los períodos postprandiales.

El paciente había sido estudiado en digestivo con tránsito intestinal y determinación de grasa en heces, con resultados normales.

Ha perdido 18 Kg. de peso en los últimos seis meses.

Refiere claudicación a los 50 m., presentando dolor en masa gemelar, donde presenta calambres nocturnos.

En la exploración de troncos supraaórticos (TSA) no se detectan soplos; en miembros superiores (MM.SS.), pulsos grado III a todos los niveles. Auscultación cardíaca (AC) rítmica, sin soplos; auscultación pulmonar (AP), disminución de murmullo vesicular generalizado; abdomen blando y depresible, sin masas o megalias; soplos epigástrico 4-5/6, ilíaco bilateral 2-3/6. En miembro inferior derecho (MID) pulso femoral grado II con soplo 4/6; resto ausente. Miembro inferior izquierdo (MII), pulso femoral y poplíteo grado III, distales ausentes.

Doppler MM.II.: Ondas bifásicas femoral Dr. y ambas tibiales posteriores, índices TB en reposo 0,46 Dr.; 0,63 Izq.; Post-ejercicio 0,38 Dr. y 0,5 Izq. Dúplex arterias mesentéricas: Se objetiva la oclusión de tronco celíaco (TC) y estenosis crítica de mesentérica superior (MS). Estenosis ilíaca derecha.

Con el diagnóstico de estenosis crítica de MS y obliteración del TC, obtenido por Eco-Doppler color, se efectúa estudio arteriográfico, que muestra los mismos datos que el Eco-Doppler: estenosis crítica de MS y obliteración de TC, con buena recanalización distal y ateromatosis aorto-ilíaca bilateral (Fig. 1).

Presenta signos radiológicos de Bronconeumopatía crónica obstructiva (BCO), y la exploración funcional respiratoria mostró un VEMS del 40% en su valor teórico y una CV del 65%. En el EKG, hipertrofia ventricular y auricular derecha.

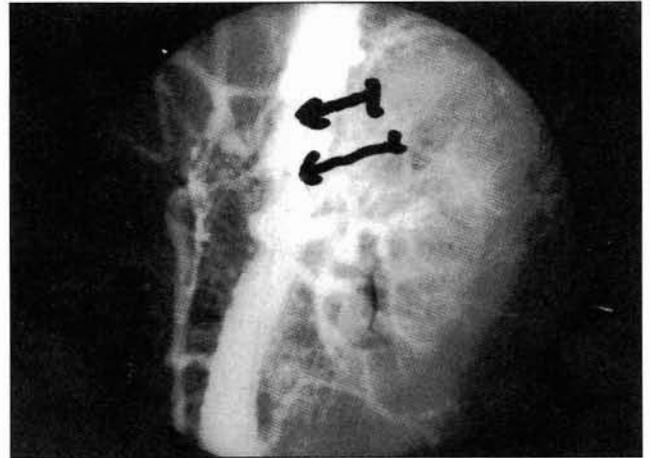


Fig. 1. Angiografía aorta-abdominal estenosis crítica TC y MS.

En la analítica se obtuvo una serie roja y blanca dentro de límites normales; glucosa de 90 mg.; creatinina 1,75 mg., con resto de bioquímica y coagulación normal.

Con el diagnóstico de Estenosis Crítica de TC y SM se somete a cirugía transperitoneal, con exploración de TC, que se libera y se logra un buen pulso y by-pass aorto mesentérico término-lateral, con prótesis de Gore-Tex 6 mm. *Stoney* ha demostrado en estos By-Pass cortos a la vena safena la superioridad del PTFE y Dacron.

En el postoperatorio, diarrea durante varios días, que se controla espontáneamente. Alta por curación heridas, sin dolor abdominal.

El paciente recuperó en un año el peso perdido y a los 22 meses, Febrero de 1995, hizo isquemia de MID, siendo sometido a angiografía, comprobando un excelente funcionamiento del By-Pass Aorto-Mesentérico y permeabilidad de TC. (Fig. 2) Su isquemia de MID fue tratada con un By-Pass Axilo Femoral Derecho.

Discusión

Como hemos mencionado, el diagnóstico de las estenosis de troncos viscerales no es frecuente, siendo en general diagnosticadas tardíamente, en fase oclusiva y con necrosis intestinal o cólica (1,2,3), en donde sólo la resección intestinal o cólica tienen indicación.

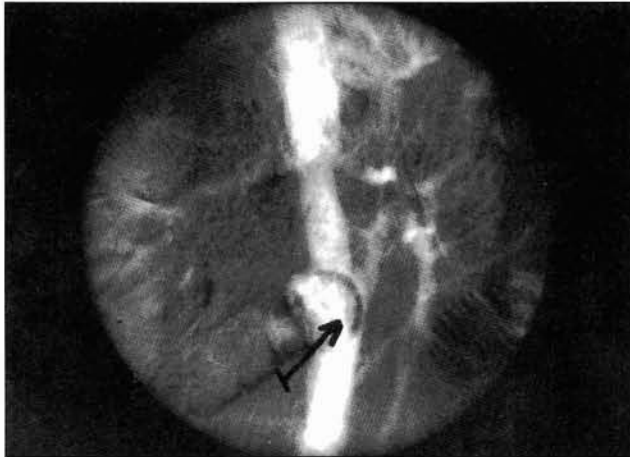


Fig. 2. By-pass aorto-mesentérico permeable, un año y medio después de implantado.

La clínica es muy importante en este diagnóstico y los principales síntomas son el dolor abdominal, con énfasis post-prandial y el adelgazamiento, ambos presentes en nuestro paciente (4, 5). El dolor puede ser mal interpretado, confundiendo con los de origen pancreático, úlcera péptica o carcinoma gástrico. La pérdida de peso se asimila a la mala absorción a enfermedad neoplásica (1, 3).

El diagnóstico de estos pacientes plantea problemas diferenciales con neoplasias y mala absorción.

Los estudios baritados y la biopsia intestinal son exploraciones con frecuencia utilizadas y que no contribuyen al diagnóstico.

Con síntomas de esta naturaleza deberemos pensar más en las arterias viscerales, TC, MS y MI, ya que pueden ser el origen de estos cuadros dolorosos. La patología de las arterias viscerales se asocia con frecuencia a la de la aorta abdominal, y puede ser aguda, trombosis o embolia, y crónica, estenosis de origen arterioscleroso (3, 6).

La exploración física, la auscultación, puede orientar el diagnóstico al auscultar soplos periumbilicales o epigástricos que deben inducir a la realización de un ECO-Doppler que, a modo de Screening, puede contribuir al diagnóstico, como en nuestro caso. La angiografía en posiciones oblicuas confirma usualmente el diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico es el de elección en estos casos, habiendo sido *Dunphy*, en 1936, quien puso en relación la trombosis mesentérica con la angina intestinal. *Shaw y Maynard*, en 1958, publican el pri-

mer caso intervenido con éxito por medio de una TED de MS; sin embargo, la técnica del By-Pass ensayada por el grupo de *Houston, DeBakey, Crawford, Cooley y Morris*, popularizó el tratamiento y lo sistematizó (5). Hoy está ampliamente demostrado que la revascularización mesentérica cura la angina intestinal y previene el infarto intestinal irreversible (5, 6, 7, 8, 9).

La técnica de endarterectomía se aplica fundamentalmente en las lesiones que se localizan en el ostium de los vasos, por vía transaortica y extraperitoneal que facilita enormemente la técnica, con apertura diafragmática (7). En lesiones más distales la técnica de By-Pass, retrógrado o anterógrado, con vena o material protésico, es la técnica de elección (7, 8). En las lesiones del TC puede utilizarse el By-Pass Aorto-Esplénico o Aorto-Hepático. La frecuente asociación de lesiones Aorto-Iliacas hace que, a veces, se asocie a cirugía de este sector y que el By-Pass se tome de la prótesis aórtica. La mayoría de los autores (8, 9, 10) prefieren PTFE o Dacron en estos By-Passes cortos y con alto flujo, ya que dan mejores resultados que la vena, como ha señalado *Stoney* (8).

De todos modos, esta cirugía es poco frecuente, y así, en grandes Servicios con más de 1.000 casos de cirugía arterial anual, sólo logran acumular 15 o 20 casos (5, 8).

El Screening con ECO-Doppler, en casos de sospecha clínica, debe contribuir en el futuro a un mayor número de diagnósticos en fase estenótica.

Conclusiones

El presente caso demuestra la utilidad clínica del ECO-Doppler en el diagnóstico de la estenosis de TC y MS, y el buen resultado a medio plazo, clínico y funcional, del By-Pass con PTFE Aorto-Mesentérico.

BIBLIOGRAFIA

1. WILLIAMS, R.A.: Visceral Ischemia Syndromes in Vascular Surgery. A Comprehensive Review. (2nd ed). En: *Wesley Moore*, ed. Grune Stratton, 1986.

2. MOSKOWITZ, M.; ZIMMERMAN, H.; FELSON, B.: The meandering mesenteric artery of the colon. *Am. J. Roentgenol.*, 1964; 92:1.088.
3. PEARCE, W. H.; BERGAN, J: Acute Intestinal Ischemia. Chapter 94. Section XII. The management of Visceral Ischemic Syndromes. Edited by John J. Bergan. *Vascular Surgery*. Edited by Robert B. Rutherford. Third Edition. 1989.
4. MEKHJIAN, H. S.: Pathophysiology of Ischemic Bowel Disease. En: Cooperman M, ed. Intestinal Ischemia. *Futura Publishing Company Inc.* 1983; 2:11-28.
5. BERGAN, J. J.; YAO, J. S. T.: Chronic Intestinal Ischemia. En: Rutherford RB, ed. *Vascular Surgery* 1989; 95:1.097-1.103.
6. JAGER, L. A.; FORTNER, G. S.; THIELE, B. W., et al.: Non invasive diagnosis of intestinal angina. *J. Clin. Ultrasound*, 1984; 12:588 (abstract).
7. RAPP, J. H.; REILLY, L. M.; QVARFORDT, P. G.; GOLDSTONE, J.; EHRENFELD, W. K.; STONEY, R. J.: Durability of endarterectomy and antegrade graft in the treatment of chronic visceral ischemia. *J. Vasc. Surg.*, 1986; 3:799-805.
8. STONEY, R. M.; EHRENFELD, W. K.; WYLIE, E. J.: Revascularization methods in chronic visceral ischemia caused by atherosclerosis. *Ann. Surg.*, 1977; 186:468-475.
9. RHEUDASIL, J. M.; STEWARD, M. T.; SCHELLACK, K. V., et al.: Surgical treatment of chronic mesenteric arterial insufficiency. *J. Vasc. Surg.*, 1988; 8:495-500.
10. CRAWFORD, E. S.; MORRIS, G. C. Jr.; MYHRE, H. O., et al.: Celiac axis, superior mesenteric artery, and inferior mesenteric occlusion: surgical correction. *Surgery*, 1977; 82:856-866.
11. ATNIP, R. G.; NEUMYER, M. M.; DEAN, A. H., et al.: Combined aortic and visceral arterial reconstruction: risk and results. *J. Vasc. Surg.*, 1990; 12:703-713.