

CASOS CLINICOS

Isquemia visceral secundaria a estenosis de tronco celíaco-mesentérico único**Visceral ischemia secondary to stenosis of a common celiomesenteric trunk**

Javier Sánchez Abuín, Juan Vidal Insúa, Lina Cal Suárez, José A. Cachaldora del Río, Francisco J. Rielo Arias, Salvador Luján Huertas, Manuel Alonso Pérez, Eduardo Díaz Vidal y Ramón J. Segura Iglesias.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
(Jefe de Servicio: Ramón J. Segura Iglesias.)
Complejo Hospitalario Juan Canalejo.
A Coruña (España)

RESUMEN

La isquemia mesentérica crónica es un cuadro de diagnóstico difícil. El tronco celiaco-mesentérico es una rara variante anatómica que se presenta en menos del 1% de la población.

El artículo presenta el caso de un paciente en el que se produjo una extensa isquemia visceral debido a una única lesión en un tronco celiaco-mesentérico. Se presentan los detalles del caso, así como el tratamiento realizado y se discuten otras alternativas terapéuticas que podrían haberse empleado.

Palabras clave: Isquemia mesentérica; tronco celiaco-mesentérico.

SUMMARY

Chronic mesenteric ischemia has a difficult diagnosis. The common celiomesenteric trunk is a rare anatomical variant that occurs in less than 1% of the population.

The article reports the case of a patient who suffered an extensive visceral ischemia due to a single lesion in a common celiomesenteric trunk. A detailed description and management of this case is presented, with a discussion on the different therapeutic alternatives that could have been implemented.

Key Words: Mesenteric ischemia; celiomesenteric trunk.

Introducción

La isquemia mesentérica crónica (IMC) es un cuadro controvertido y raro a pesar de la frecuencia de lesiones ateroscleróticas en la población (alrededor del 78% en ancianos) (1). Su diagnóstico es difícil y, generalmente, en estadios avanzados de la enfermedad o retrospectivamente tras un cuadro agudo. Usualmente se admite que para producirse deben afectarse por lo menos dos de las tres ramas viscerales de la aorta (2).

El tronco celiaco-mesentérico único (TCM) es una rara variante anatómica que se presenta en menos del 1% de la población. Su origen es la persistencia de la anastomosis ventral entre las distintas ramas de la aorta fetal que originan las arterias mesentéricas (3).

Nuestro caso corresponde a un paciente que presentó IMC debido a una única lesión aterosclerótica en un TCM.

Descripción del caso

Se trata de un paciente varón con antecedentes de tabaquismo, sin datos de enfermedad aterosclerótica en territorio coronario (por electrocardiograma), troncos supra-aórticos (por Eco-Doppler) ni en miembros inferiores. Presentaba desde un año antes episodios de dolor abdominal postprandial, generalmente en epigastrio, que cedían con antiácidos. Posteriormente se hicieron más intensos, sin respuesta al tratamiento con supresores de la secreción gástrica, y se acompañaron de un síndrome general con pérdida de peso.

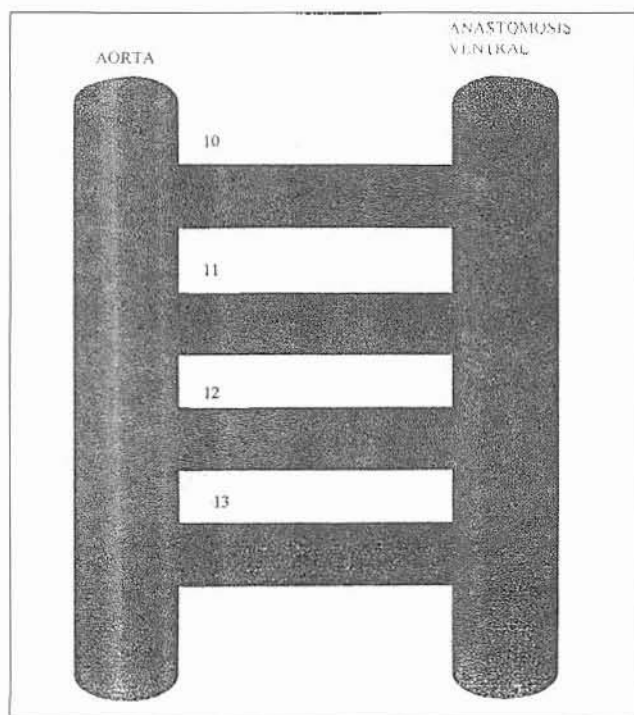


Fig. 1A

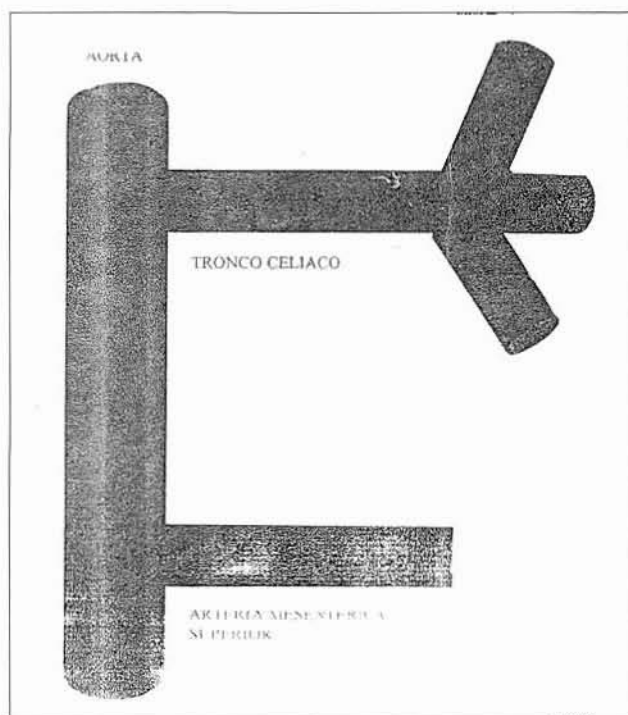


Fig. 1B

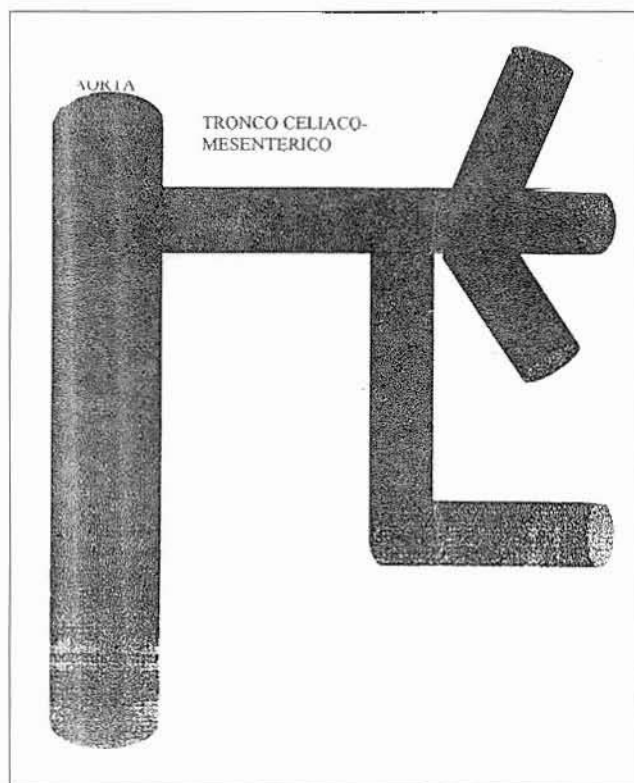


Fig. 1C

Exploraciones:

- gastroscopia: bezoar gástrico en cuerpo, gastritis y úlcera yuxtapilórica.
- TAC abdominal: engrosamiento mucoso y pared de algún asa intestinal, con burbujas aéreas; neumatosis intestinal. Vesícula en porcelana.
- tránsito intestinal: áreas de afectación de intestino delgado con zonas de retracción fibrosa y estenosis secundaria.
- las pruebas de heces, enzimáticas, marcadores tumorales y serológicos fueron negativas. Los datos analíticos fueron inespecíficos.

Ante estos hallazgos, es remitido a nuestro Servicio para realización de arteriografía y corrección quirúrgica si lo precisase.

La arteriografía mostró estenosis crítica de tronco celiaco (TC) y arteria mesentérica superior (AMS) en su origen, con buen lecho distal y saliendo ambas de un tronco común.

Se interviene bajo anestesia general, practicándose laparotomía transversa ampliada a xifoides. Se secciona el ligamento gastrohepático exponiendo la aorta supracelíaca. Se disea el TCM, el TC con sus ramas y AMS supra e infrapancreática. Tras heparinización sistémica,

se realiza clampaje lateral de aorta. Se efectúa anastomosis látero-terminal de aorta y prótesis bifurcada de Dacron de 14 x 7 mm, anastomosándose la rama derecha de forma término terminal al TC y, tras tunelización retropancreática de la rama izquierda, se realiza anastomosis término terminal a AMS. Comprobado el buen funcionamiento y latido de las arterias viscerales, se revisa el contenido abdominal, valorándose viables las asas intestinales que presentan lagunas isquémicas y practicándose colecistectomía por isquemia de la vesícula biliar.

El paciente presentó un postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta con buena función del injerto en la angiografía de control.

Anatomopatológicamente la placa confirmó su origen aterosclerótico.

En control a los ocho meses el paciente se encuentra asintomático y con ganancia ponderal de 11 Kg.

Discusión

Se trata de un paciente con un cuadro clínico típico de una IMC. Su interés radica en que una única lesión en un TCM provoca una severa isquemia abdominal. Su relación etiológica queda mostrada por: datos clínicos, exploraciones complementarias y hallazgos quirúrgicos.

Las operaciones terapéuticas que se barajaron fueron las siguientes:

1. Angioplastia transluminal percutánea: suele dar

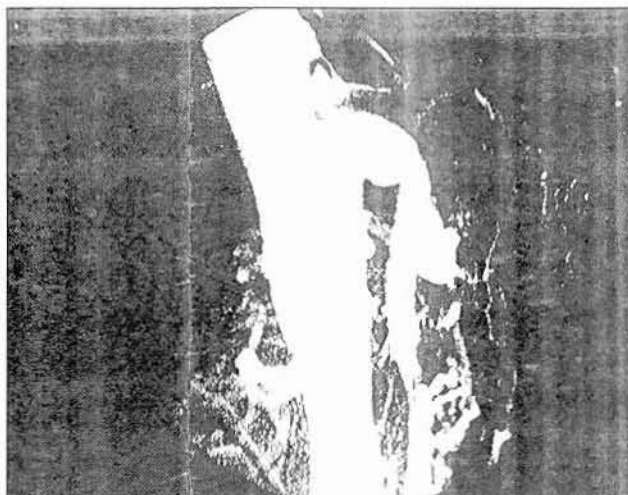


Fig. 2B. Aortografía postoperatoria.

buen resultado inmediato, aunque parezca presentar elevadas tasas de reestenosis a medio plazo (4), por lo que se desechó. Asimismo, tampoco se consideró al paciente subsidiario de este tratamiento debido a las pruebas de imagen que hacían precisa una exploración mediante laparotomía.

2. Corrección quirúrgica: se plantean diferentes opciones. La endarterectomía es a priori el tratamiento más atractivo por ser el más fisiológico. Su complejidad técnica hace que sólo se realice en casos seleccionados (5).

El by-pass con injerto protésico con orientación anterógrada se considera hoy el procedimiento de elección por encima del reimplante de arterias, injerto de safena o by-pass retrógrado (1, 2, 5), a pesar de no estar demostrada una mayor permeabilidad a largo plazo.

A favor de la forma anterógrada figuran el que presenta su origen en una aorta menos afectada por la aterosclerosis, un supuesto mejor resultado hemodinámico y menos dobles que comprometan el flujo a través del injerto. A favor del by-pass retrógrado se encuentra que es un acceso más familiar a la mayoría de cirujanos vasculares.

Conclusión

La IMC es rara y su diagnóstico escaso. La forma ideal de tratamiento no está debidamente establecida por

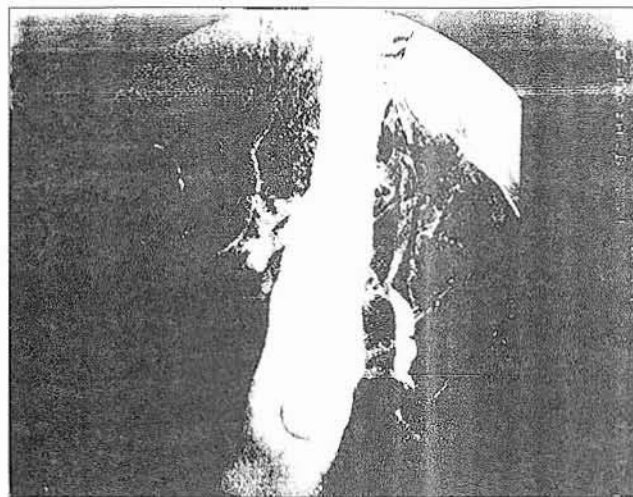


Fig. 2A. Arteriografía preoperatoria.

la escasa experiencia de la mayoría de equipos quirúrgicos.

Nuestro caso, del que no hemos encontrado referencias en la literatura (dos casos de aneurisma en un TCM) (6) muestra que una única lesión en un TCM puede provocar una isquemia de las vísceras abdominales de gran extensión.

BIBLIOGRAFIA

1. JHONSTON, K. W.; LINDSAY, T. F.; WALKER, P. M.; KALMAN, P. G.: Mesenteric bypass grafts: Early and late results and suggested surgical approach for chronic and acute mesenteric ischemia. *Surgery*, 1995; 118:1-7.
2. MOAWAD, J.; MCKINSEY, J. F.; WYBLE, C. W.; BAS-SIOUNY, H. S.; SCHWARTZ, L. B.; GEWERTZ, B. L.: Current Results of Surgical Therapy for Chronic Mesenteric Ischemia. *Arch. Surg.*, 1997; 132:613-619.
3. SAADON KADIR: Atlas of Normal and Variant Angiographic Anatomy. Philadelphia, W. B. Saunders, 1991.
4. ALLEN, R.; MARTIN, G. H.; REES, C. R.; RIVERA, F. J., et al.: Mesenteric angioplasty in the treatment of chronic intestinal ischemia. *J. Vasc. Surg.*, 1996; 24:415-423.
5. McMILLAN, W. D.; MCCARTHY, W. J.; BRESTICKER, M. R., et al.: Mesenteric artery bypass: Objective patency determination. *J. Vasc. Surg.*, 1995; 21:729-741.
6. DETROUX, M., ANIDJAR, S., and NOTTIN, R.: Aneurysm of a Common Celiomesenteric Trunk. *Ann. Vasc. Surg.*, 1998; 12:78-82.