



Iatreia

ISSN: 0121-0793

revistaiatreia@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Esteban-Zubero, Eduardo; Flamarique-Pascual, Álvaro
Disección aneurismática del tronco celíaco, una entidad infrecuente
Iatreia, vol. 30, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 194-198
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180550477008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Disección aneurismática del tronco celíaco, una entidad infrecuente

Eduardo Esteban-Zubero¹, Álvaro Flamarique-Pascual²

RESUMEN

La disección aislada y espontánea de la arteria celíaca es una entidad clínica rara. Es la cuarta causa de aneurismas abdominales por detrás de los que ocurren en las arterias esplénica, hepática y mesentérica superior. Es importante sospechar el diagnóstico de esta enfermedad cuyos síntomas son inespecíficos. Presentamos el caso de un varón de 60 años de edad atendido en nuestro hospital por esta enfermedad, y hacemos una revisión del tema con énfasis en el diagnóstico y en los diferentes tratamientos disponibles.

PALABRAS CLAVE

Aneurisma; Arteria Celíaca; Disección; Tronco Celíaco

SUMMARY

Isolated celiac trunk aneurysm dissection: A rare entity

Spontaneous and isolated celiac artery dissection is a rare clinical disease. It is the fourth cause of abdominal aneurysms behind those that occur in the splenic, hepatic, and superior mesenteric arteries. It is important to suspect the diagnosis of this entity whose clinical symptoms are unspecific. We report the case of a 60 year-old male treated in our hospital because of this illness, and present a review of this pathology, specially focused on the diagnosis and the different treatments available.

KEY WORDS

Aneurysm; Celiac Artery; Celiac Trunk; Dissection

¹ Medicina Familiar y Comunitaria, Sector Zaragoza III, Zaragoza, España.

² Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Correspondencia: Eduardo Esteban Zubero; eezubero@gmail.com

Recibido: abril 20 de 2016

Aceptado: abril 22 de 2016

Cómo citar: Esteban-Zubero E, Flamarique-Pascual A. Disección aneurismática del tronco celíaco, una entidad infrecuente. *iatreia*. 2017 Abr-Jun;30(2):194-198. DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n2a08.

RESUMO

Dissecção aneurismática do tronco celíaco, uma entidade infrequente

A dissecção isolada e espontânea da artéria celíaca é uma entidade clínica rara. É a quarta causa de aneurismas abdominais por detrás dos que ocorrem nas artérias esplénica, hepática e mesentérica superior. É importante suspeitar o diagnóstico desta doença cujos sintomas são inespecíficos. Apresentamos o caso de um homem de 60 anos de idade atendido no nosso hospital por esta doença, e fazemos uma revisão do assunto com ênfase no diagnóstico e nos diferentes tratamentos disponíveis.

PALABRAS CLAVE

Aneurisma, Artéria Celíaca, Dissecção, Tronco Celíaco

INTRODUCCIÓN

La disección aislada y espontánea de la arteria celíaca es una entidad clínica rara. En la literatura se han reportado menos de 100 casos (1). Atendiendo a su prevalencia, la disección aórtica a nivel del tronco celíaco representa menos del 4 % del total de los aneurismas arteriales abdominales, siendo el cuarto en prevalencia por detrás de los aneurismas de las arterias esplénica, hepática y mesentérica superior. Su incidencia dentro del total de los aneurismas oscila entre el 0,005 % y 0,2 % (2). Los casos informados han tenido diferentes etiologías (3,4), así como varias manifestaciones clínicas (2,3,5). A lo largo de los años, se han desarrollado diferentes tratamientos. Debido a los pocos casos descritos, es difícil aclarar cuál es la mejor opción terapéutica (4). A propósito de un caso, hacemos una revisión de los aneurismas del tronco celíaco.

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años con antecedentes de hernia de disco a nivel de 4^a y 5^a vértebras lumbares (L4-L5) y 5^a lumbar y 1^a sacra (L5-S1), y lobectomía inferior derecha debido a una tuberculosis a los 18 años; acudió a Urgencias por cuadro de dolor epigástrico de 4 horas de evolución, constante, irradiado a la espalda, y rebelde

al tratamiento analgésico. No presentaba náuseas, vómitos o fiebre.

A la exploración física, presentaba una ligera palidez de piel y mucosas con tensión arterial de 220/110 mm Hg sin taquicardia. En el abdomen se destacaba dolor epigástrico sin defensa, pero con un soplo a la auscultación. Pulsos pedios conservados y simétricos.

En las pruebas de laboratorio se destacaba una leucocitosis (14 900 células/ μ L) con neutrofilia (84,6 % de neutrófilos); los valores de las enzimas cardíacas y la amilasemia estaban dentro del rango normal. El electrocardiograma y las radiografías de tórax y abdomen fueron normales.

Debido a la presión arterial alta y el dolor abdominal intenso, se hizo una tomografía axial computarizada tóraco-abdominal (TAC) para el diagnóstico diferencial de abdomen agudo. La exploración mostró una disección aneurismática del tronco celíaco de 10 mm de diámetro con un trombo mural sin alteraciones aórticas (figura 1). Ante este diagnóstico, se hizo una embolización de la lesión con implantación de un manguito aórtico endovascular a través de la arteria femoral. En la arteriografía de control se observó exclusión correcta del aneurisma sin alteraciones en la arteria mesentérica superior. La irrigación del páncreas, el bazo y el intestino dependía de la vascularización de la arteria mesentérica superior. Un estudio eco-doppler mostró el aneurisma sin señal doppler en su interior.

DISCUSIÓN

La disección aórtica a nivel del tronco celíaco es una entidad infrecuente que representa menos del 4 % del total de los aneurismas arteriales abdominales, y entre el 0,005 % y 0,2 % del total de aneurismas (2). Debido a ello, su diagnóstico es a menudo casual, y entre 15 % y 20 % de los casos presentan ruptura del aneurisma en el momento del diagnóstico, que tiene una tasa de mortalidad del 80 % (5). Su prevalencia es mayor en hombres (5:1) y la edad media al diagnóstico es de 55 años (6).

Los casos reportados en la literatura muestran una etiología variada. Puede ser debido a iatrogenia, aterosclerosis, hipertensión, tabaquismo, traumatismo, embarazo, displasia fibromuscular, enfermedad



Figura 1. Tomografía axial computarizada (TAC). Se observan disección aneurismática del tronco celíaco de 10 mm de diámetro con un trombo mural, y un gran hematoma a nivel del citado aneurisma así como un hematoma localizado en la parte posterior del riñón izquierdo que progresó hacia la fascia generando un hematoma periesplénico, perihepático y peripancreático

inflamatoria o infecciosa, enfermedad congénita de la pared vascular (síndrome de Ehlers-Danlos), degeneración quística de la capa media (síndrome de Marfan), o conectivopatías (arteritis de células gigantes, síndrome de Takayasu, poliarteritis). Se ha observado que el antecedente de cirugía abdominal o peritonitis puede favorecer esta enfermedad debido a alteraciones en la pared del vaso, que se basan en fenómenos de microtraumatismos por las altas presiones abdominales generadas durante estos procesos (3,4). El 18 % de los pacientes presentan un aneurisma aórtico en el momento del diagnóstico, el 38 % lo tienen a otro nivel abdominal, y entre el 18 % y el 67 %, a nivel periférico (5,7).

Esta enfermedad suele ser asintomática debido a la circulación colateral realizada por la arteria mesentérica superior (8). Cuando hay síntomas, los más frecuentes son dolor epigástrico agudo o subagudo irradiado a la espalda (60 %) de difícil control con los analgésicos habituales. Puede asociarse con náuseas

y vómitos (21 %), diarrea, dolor torácico, disfagia, anorexia, pérdida de peso e ictericia. Puede presentarse simulando un cuadro sincopal, choque (4), pancreatitis aguda con aumento de la amilasemia por alteración de las arterias pancreáticas (9) o como un síndrome de Boerhaave (10).

Los hallazgos en la exploración física son inespecíficos y dependen del tamaño del aneurisma. Pueden aparecer elevaciones de la tensión arterial (aunque también se presenta con normotensión), una masa epigástrica pulsátil (30 %) y un soplito sistólico abdominal a la auscultación (2,3,5).

Entre las pruebas de imágenes, la radiografía abdominal tiene un valor limitado. A veces se puede observar una calcificación de la pared del aneurisma. La ecografía doppler proporciona más información para el diagnóstico, pero no la suficiente. La TAC y la resonancia magnética (RMN) con contraste dan más información sobre el tamaño y la localización

del aneurisma. Sin embargo, el diagnóstico definitivo requiere a menudo una arteriografía para determinar con mayor precisión la extensión de la lesión y evaluar la circulación colateral. El estudio angio-TAC ha demostrado ser el más específico y, en los últimos años, su uso se ha extendido por su menor costo (2,3).

El objetivo de todos los tratamientos consiste en evitar la progresión del aneurisma, controlar la presión arterial elevada y prevenir las complicaciones tromboembólicas. El tratamiento médico se basa en el uso de anticoagulantes, antiagregantes y analgesia (antinflamatorios) para evitar las complicaciones tromboembólicas, pero no es un tratamiento definitivo (6). Este último consiste en la reconstrucción quirúrgica, aunque tal opción solo es aplicable a los pacientes hemodinámicamente estables. La mortalidad intraoperatoria cuando hay rotura del aneurisma es de aproximadamente 40 % (5 % si en el momento del diagnóstico no hay disección) (5,6). Cuando el paciente presenta contraindicaciones quirúrgicas o no está hemodinámicamente estable, el tratamiento endovascular o embolización del aneurisma es otra opción terapéutica (3).

Debido a los pocos casos reportados de esta enfermedad en la literatura, su evolución es difícil de prever, pero las posibles complicaciones incluyen infarto esplénico, hemorragia intraabdominal e isquemia intestinal. Como resultado, el tratamiento clásicamente aceptado es la cirugía. Sin embargo, algunas series informan resultados aceptables en pacientes sometidos solo a tratamiento médico. El problema de estos estudios es el corto tiempo de seguimiento (11). En esta opción, se ha observado que el control estricto de la presión sanguínea puede frenar la propagación de la disección (12). Sin embargo, se observa que el uso de anticoagulantes se recomienda por un máximo de 6 meses. Pasado este tiempo, se recomienda el tratamiento quirúrgico (13). Estudios recientes han comparado los resultados de la terapia endovascular con los de la cirugía convencional, observando resultados similares, lo que implica una nueva opción terapéutica, ya que, de esta manera, puede ser posible reducir el tiempo de hospitalización y disminuir la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar esta teoría (4,14,15).

En conclusión, la disección aneurismática del troco celíaco es una entidad rara con alta tasa de mortalidad.

Debido a que su sintomatología y la exploración física no son específicas, el diagnóstico de sospecha es de especial relevancia. Cuando se sospecha esta enfermedad, la técnica de imágenes de elección es la TAC. Entre las opciones terapéuticas, el tratamiento médico no obtiene malos resultados, aunque no se recomienda la anticoagulación por períodos mayores de 6 meses. Debido a ello, los tratamientos de elección son el quirúrgico o el endovascular, pero se requieren estudios futuros para evaluar cuál de los dos es más efectivo así como para conocer las posibles complicaciones a largo plazo que de ellos puedan derivarse.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrett HE Jr. Options for treatment of spontaneous mesenteric artery dissection. *J Vasc Surg.* 2014 May;59(5):1433-9.e1-2. DOI 10.1016/j.jvs.2014.01.040.
2. Vasconcelos L, Garcia AC, Silva e Castro J, Albuquerque e Castro J, Mota Capitão L. Celiac artery aneurysms. *Ann Vasc Surg.* 2010 May;24(4):554.e17-22. DOI 10.1016/j.avsg.2009.11.010.
3. Wang HC, Chen JH, Hsiao CC, Jeng CM, Chen WL. Spontaneous dissection of the celiac artery: a case report and literature review. *Am J Emerg Med.* 2013 Jun;31(6):1000.e3-5. DOI 10.1016/j.ajem.2013.02.007.
4. Neychev V, Krol E, Dietzek A. Unusual presentation and treatment of spontaneous celiac artery dissection. *J Vasc Surg.* 2013 Aug;58(2):491-5. DOI 10.1016/j.jvs.2012.10.136.
5. Kamran A, Yaqoob N, Soomro R, Moizuddin. Celiac artery aneurysm. *J Pak Med Assoc.* 2009 Jan;59(1):51-3.
6. Vaidya S, Dighe M. Spontaneous celiac artery dissection and its management. *J Radiol Case Rep.* 2010;4(4):30-3. DOI 10.3941/jrcr.v4i4.408.
7. Stone WM, Abbas MA, Głowiczki P, Fowl RJ, Cherry KJ. Celiac arterial aneurysms: a critical reappraisal of a rare entity. *Arch Surg.* 2002 Jun;137(6):670-4.
8. Woolard JD, Ammar AD. Spontaneous dissection of the celiac artery: a case report. *J Vasc Surg.* 2007 Jun;45(6):1256-8.

9. Chaillou P, Moussu P, Noel SF, Sagan C, Pistorius MA, Langlard JM, et al. Spontaneous dissection of the celiac artery. *Ann Vasc Surg.* 1997 Jul;11(4):413-5.
10. Liu CY, Yang KW, Chen WK, Huang CH. Ruptured celiac artery aneurysm mimicking Boerhaave syndrome. *Am J Emerg Med.* 2013 Sep;31(9):1421.e5-6. DOI 10.1016/j.ajem.2013.05.014.
11. Glehen O, Feugier P, Aleksic Y, Delannoy P, Chevalier JM. Spontaneous dissection of the celiac artery. *Ann Vasc Surg.* 2001 Nov;15(6):687-92.
12. Ozaki N, Wakita N, Yamada A, Tanaka Y. Spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2010 Apr;10(4):656-8. DOI 10.1510/icvts.2009.219907.
13. Untereiner X, Kretz B, Carmin-Kretz A, Tibuleac A, Gu WM, Faller B, et al. Dissecting aneurysm of the celiac trunk: a case report. *Ann Vasc Surg.* 2014 May;28(4):1037.e1-4. DOI 10.1016/j.avsg.2013.08.017.
14. Obon-Dent M, Shabaneh B, Dougherty KG, Strickman NE. Spontaneous celiac artery dissection case report and literature review. *Tex Heart Inst J.* 2012;39(5):703-6.
15. DiMusto PD, Oberdoerster MM, Criado E. Isolated celiac artery dissection. *J Vasc Surg.* 2015 Apr;61(4):972-6. DOI 10.1016/j.jvs.2014.10.108.

