

DISECCIÓN DEL TRONCO CELIACO CON EXTENSIÓN A ARTERIA ESPLÉNICA: ROTURA ESPLÉNICA COMO COMPLICACIÓN

**MARÍA RABELO FERNÁNDEZ¹, PABLO FERNÁNDEZ
TEJADO², SARAY FERNÁNDEZ GÓMEZ³, MARÍA
PÉREZ JAÉN⁴, ANTONIO BERMEJO BOTE⁵, MARIA
GUADALUPE RUEDA MONAGO⁶**

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz.

OBJETIVO DOCENTE

La disección aislada del tronco celiaco es una entidad poco frecuente que es necesario conocer y describir para permitir un mejor estudio de la misma que ayude a predecir curso y el pronóstico de la disección, así como de las complicaciones que pueden ser potencialmente mortales como la extensión de la misma a la arteria esplénica que acabe por rotura de la capsula esplénica con desestructuración del bazo y hemorragia intraabdominal (hemoperitoneo).

REVISIÓN DEL TEMA

ANATOMÍA

El tronco celiaco es la primera rama arterial visceral de la aorta abdominal, a la altura de D12-L1, inmediatamente después del hiato aórtico. se proyecta anterior, y tras un par de centímetros de su origen se dividen dando sus tres ramas principales. Irriga el intestino anterior a través de numerosas ramas colaterales, el hígado, páncreas, vesícula, bazo, estómago, esófago distal y duodeno proximal. Sus tres ramas principales son:

1. La arteria hepática común se dirige a la derecha dividiéndose en sus dos principales ramas: arteria hepática propia y arteria gastroduodenal, con un trayecto inferior a la primera.
2. La arteria gástrica izquierda que se dirige por la curvatura menor, dando ramas esofágicas, hasta anastomosarse con la arteria gástrica derecha (rama de la arteria hepática común).
3. La arteria esplénica que presenta un recorrido tortuoso hacia el bazo, a lo largo del borde superior del páncreas. De ella se originan arterias gástricas cortas y la arteria gastroepiploica izquierda. Al llegar al hilio esplénico se divide en dos ramas terminales.

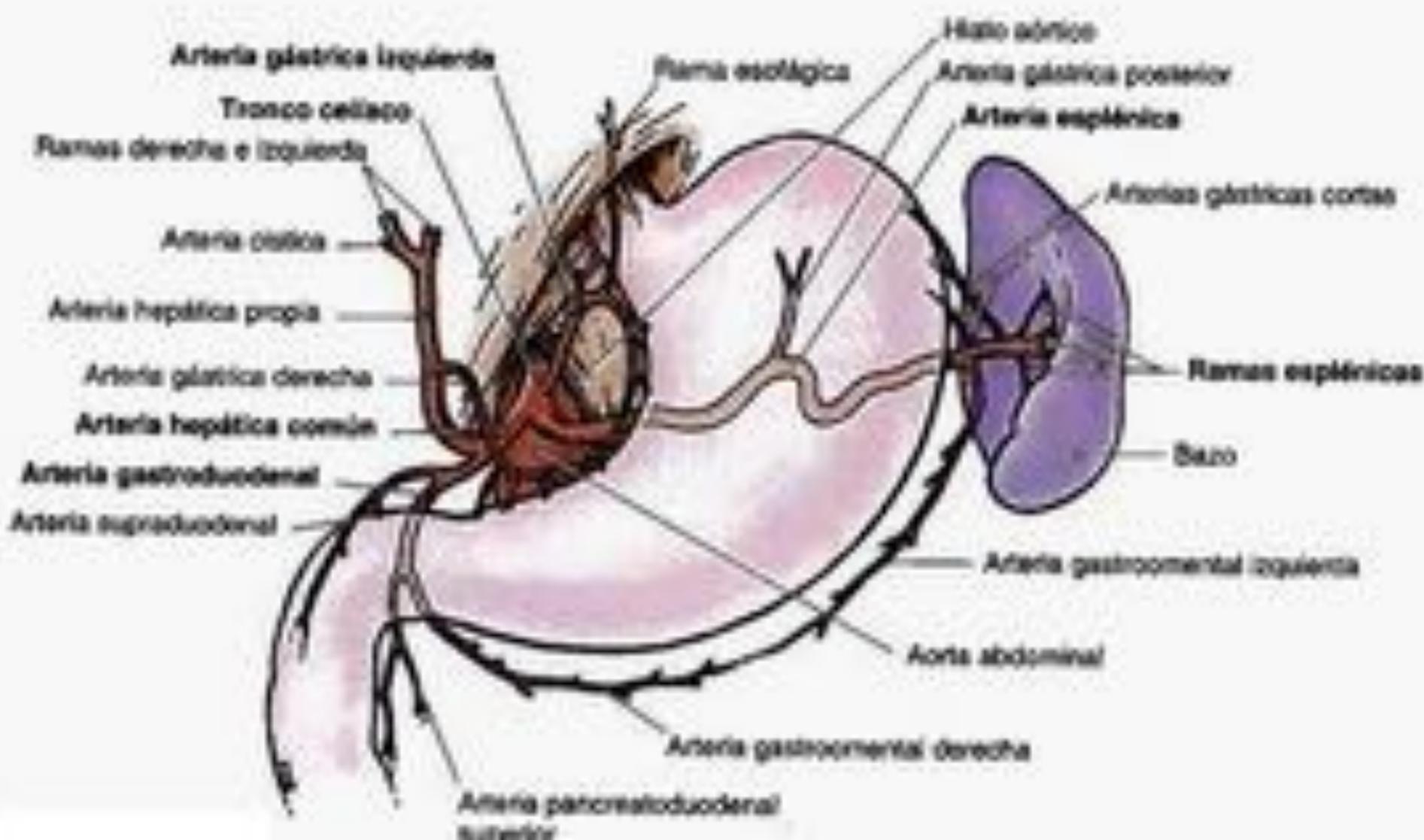


Figura 1: anatomía del tronco celiaco y sus ramas.

Patología

La disección aislada y espontánea del tronco celíaco es una entidad poco frecuente en ausencia de disección concurrente de la aorta, lesión iatrogénica o traumatismo, dentro de las complicaciones de las ramas aórticas viscerales. Su incidencia es menor que la disección de la arteria mesentérica superior, patología poco frecuente. Es más prevalente en varones (5:1) en la quinta-sexta década de la vida, con una edad media de 55 años.

En la literatura se describen múltiples causas como la hipertensión arterial, la ateromatosis, el tabaquismo, embarazo, displasia fibromuscular, enfermedad inflamatoria o infecciosa como la micosis, 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). Hay autores que hacen mención a causas mecánicas como factores de riesgo entre las que se encuentra la curvatura de las arterias y el ángulo de su nacimiento respecto a la aorta o el antecedente de cirugía abdominal o peritonitis que 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. Sin embargo, la mayoría de los casos no se encuentra la causa, ocurriendo en pacientes previamente sanos.

La presentación clínica más frecuente suele ser dolor abdominal agudo o subagudo en epigastrio y/o hipocondrio izquierdo, irradiado a escápula y hombro izquierdo con intensidad variable y de difícil control con analgesia de primer escalón. Puede evolucionar hacia un cuadro de irritación peritoneal y shock hipovolémico como consecuencia de las complicaciones que pueden presentarse. No obstante, existen casos asintomáticos, donde el hallazgo es incidental.

En los últimos años, el incremento del número de casos que presenta esta patología, hace sospechar que era infradiagnosticada, y que con el avance de los nuevos equipos de TC multidetector se ha permitido un aumento del conocimiento y una disminución de las complicaciones.

La prueba de elección es el angioTC de aorta y sus ramas mediante TC multidetector, ya que es una prueba no invasiva y de fácil acceso, que permite visualizar la disección, así como ayudar a predecir el riesgo de complicaciones y adoptar la actitud más adecuada. De igual forma, la angiografía por resonancia magnética y la angiografía convencional son también pruebas diagnósticas que se pueden utilizar. En el TAC el flap intimal es patognomónico (figura 2).



Figura 2: flap intimal en tronco celiaco que indica disección de la misma.

Sin embargo, no siempre se ve y el trombo excéntrico mural en la luz del tronco puede ser la única pista diagnóstica.

Una de las complicaciones que puede dar lugar este cuadro, es la progresión de la disección, extendiéndose a la arteria esplénica (figura 3) con la consiguiente afectación del órgano.



Figura 3: extensión de la disección a la arteria esplénica (flecha blanca)

Se puede producir infartos esplénicos (figura 4) que evolucionan dando lugar a una rotura esplénica con la desestructuración del bazo (figura 5) y con una hemorragia activa que puede dar lugar a un shock hipovolémico potencialmente mortal (figura 6). En estos casos es necesario una intervención quirúrgica de urgencia para controlar el cuadro.



Figura 4: infarto esplénico como complicación de la disección arterial.

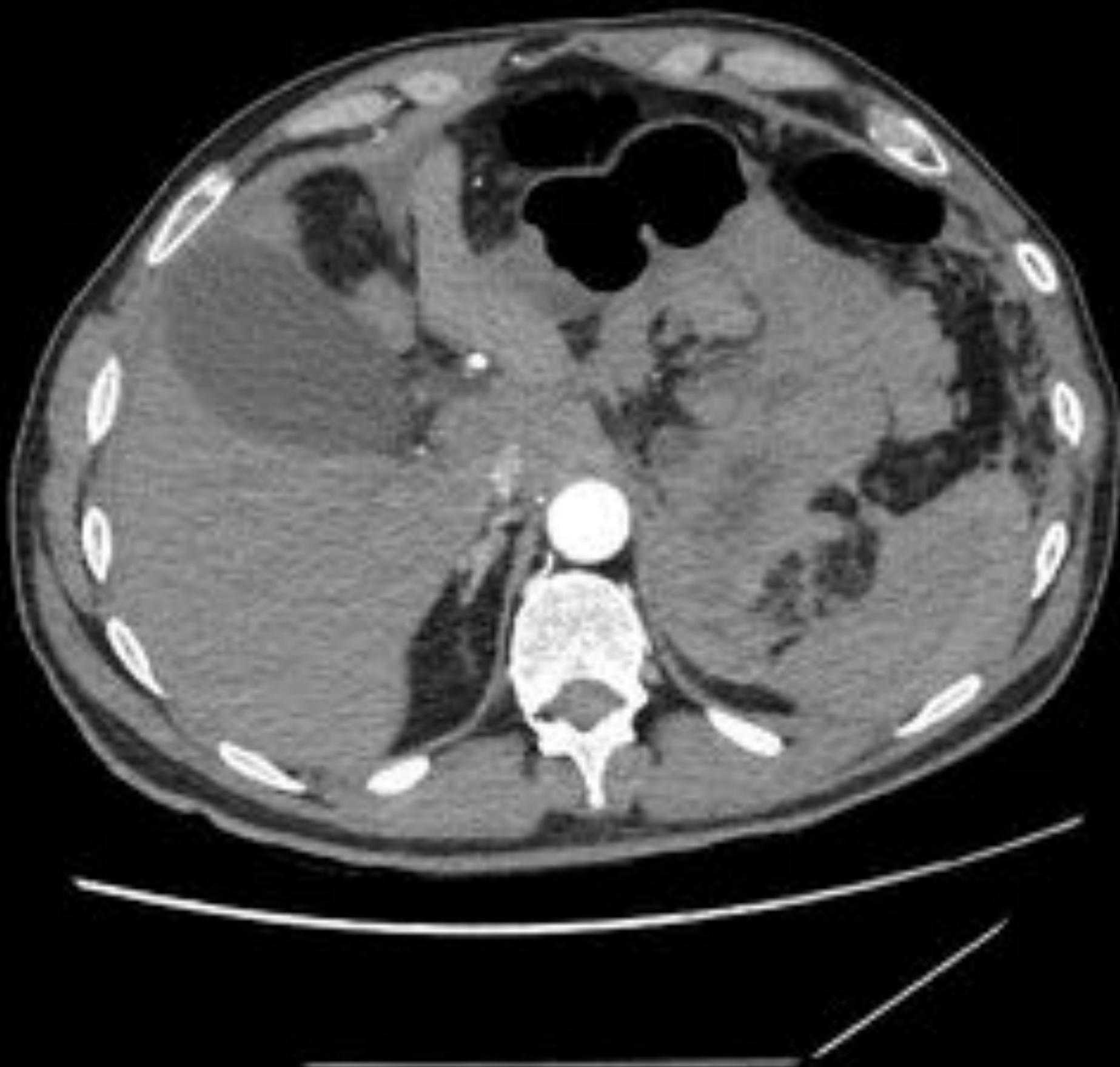


Figura 5:rotura de la capsula esplénica con desestructuración del bazo.



Figura 6: hemoperitoneo (flecha negra).

En el manejo de estos pacientes no hay un consenso, proponiendo adecuar el manejo a las circunstancias particulares del paciente, considerando la sintomatología, la evolución clínica y radiológica y los factores técnicos para que el abordaje percutáneo sea factible. De esta forma se planteará un tratamiento conservador con anticoagulantes con controles radiológicos, con abordaje percutáneo mediante *stent* para todos aquellos casos sintomáticos con datos de mala perfusión, propagación distal de la disección o expansión de la luz falsa en controles.

En aquellos casos de complicación como rotura esplénica será necesario un tratamiento quirúrgico de urgencia, quedando las técnicas quirúrgicas relegadas a la última opción.

CONCLUSIONES

Desde la primera descripción, en 1947, de una disección aislada de la arteria mesentérica superior, dentro de una serie de disecciones aórticas, fueron inicialmente excepcionales los casos publicados de disección de arterias esplénicas. En los últimos años, con la generalización de los nuevos equipos de TC multidetector, asistimos a un incremento en su descripción. El angioTC permite realizar el diagnóstico de esta entidad en los casos en que la clínica es atribuible a ella o de forma incidental, además de predecir el riesgo de complicaciones y ayudar a adoptar la actitud más adecuada.

Ante un varón de mediana edad, con dolor abdominal debemos considerar la disección del tronco celiaco como diagnóstico diferencial, siendo necesaria la realización de un angioTC de abdomen en el que veremos el flap intimal patognomónico. Sin embargo, no debemos de olvidarnos que no siempre se ve y el trombo excéntrico mural en la luz del tronco puede ser la única pista diagnóstica. Así mismo puede presentarse con extensión a la luz arterial esplénica que puede dar lugar a infartos esplénicos que pueden evolucionar a rotura de la capsula esplénica dando lugar a un hemoperitoneo, una complicación que necesita una cirugía urgente, ya que es potencialmente mortal.

REFERENCIAS

- D'Ambrosio N, Friedman B, Siegel D, Katz D, Newatia A, Hines J. Spontaneous isolated dissection of the celiac artery: CT findings in adults. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;188(6):W506-11.
- Glehen O, Feugier P, Aleksic Y, Delannoy P, Chevalier JM. Spontaneous dissection of the celiac artery. *Ann Vasc Surg*. 2001;15(6):687–92.
- Esteban-Zubero E, Flamarique-Pascual A, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Disección aneurismática del tronco celíaco, una entidad infrecuente. *IATREIA*. 2017;30(2):194–8.
- Láinez Rube R, Doiz Artázcoz E. Disección espontánea de tronco celíaco con extensión a arteria hepática y esplénica en paciente aparentemente sano. *Angiología*. 2014;66(2):94–6.
- Thomas S, Riles MD, Judith C, Lin MD. Celiac artery dissection on from heavy weight lifing. *J Vasc Surg*. 2011;53:1714-5.
- Parra R, Eldabe A, Viana M. Disección espontánea del tronco celíaco con extensión completa hacia la arteria esplénica e infarto esplénico asociado. Cómo manejarlo. *Rev Acircal*. 2015; 2 (3): 74.