

## CARTA CIENTÍFICA

### Disección aislada de la arteria mesentérica superior: tratamiento endovascular mediante *stent* y embolización



### Isolated dissecting aneurysm of the superior mesenteric artery: Endovascular treatment using stent-assisted coil embolisation

M. Rubio Montaña<sup>a,\*</sup>, J. Blázquez Sánchez<sup>b</sup>, J. Ocaña Guaita<sup>a</sup> y C. Gandarias Zúñiga<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

La disección aislada de una arteria visceral es una enfermedad vascular raramente descrita en la literatura, y la encontramos asociada a las disecciones aórticas.

La relevancia de la disección de la arteria mesentérica superior (AMS) se debe a las consecuencias fatales que de ella se pueden derivar, como la hemorragia abdominal o la isquemia intestinal.

Se recogen, en la literatura, distintas formas de tratamiento en función de la clasificación radiológica, y de la clínica que presenta el paciente en la situación aguda y de su evolución posterior.

En este caso clínico se recoge una opción de tratamiento endovascular con *stent*, y una embolización del saco aneurismático con *microcoils*, del cual solo existía una referencia publicada en el año 2009, cuando realizamos esta técnica<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 55 años, hipertenso y anticoagulado por fibrilación auricular, al que se le realizó una angiogramografía por sospecha de enfermedad aneurismática aórtica, tras un estudio cardiológico. Se halló una

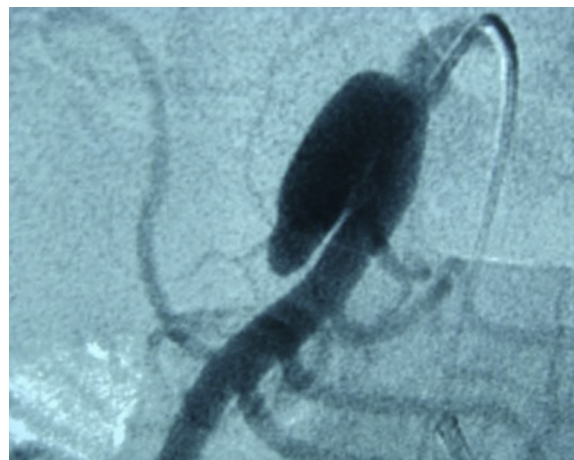


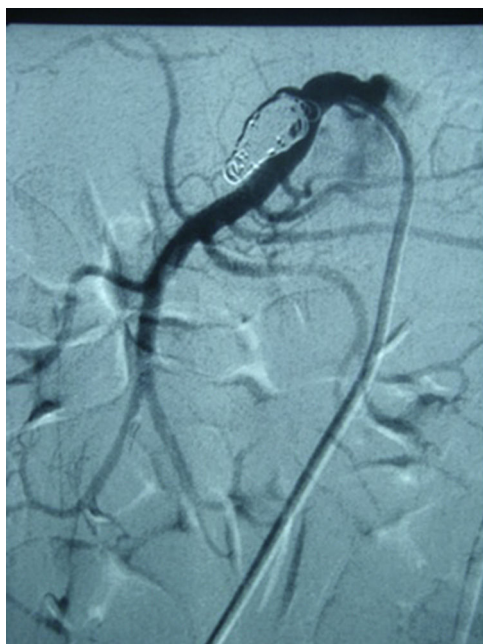
Figura 1 Arteriogramografía selectiva de la AMS.

disección de la AMS, con una dilatación aneurismática a 2 cm de su origen, de 13 mm de longitud y 21 mm de diámetro, sin trombosis de la falsa luz, y con reentrada distal (fig. 1). El paciente no refería clínica abdominal ni traumatismo previo.

Acorde a la bibliografía publicada, y según la clasificación anatomoclínica<sup>1,2</sup>, se consideró realizar tratamiento

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mrmmeduva@hotmail.com](mailto:mrmmeduva@hotmail.com)  
(M. Rubio Montaña).



**Figura 2** Imagen del tratamiento endovascular con *stent* y embolización. Se mantiene colateralidad permeable de la AMS.

endovascular de la lesión, preservando la colateralidad de la AMS. Se trató el aneurisma mediante la colocación de un *stent* autoexpandible Astron Pulsar<sup>®</sup> de 7 × 40 mm (Biotronik) en la luz verdadera, cubriendo la misma desde su origen. A través del entramado del *stent* con un microcatéter Fast Tracker<sup>®</sup>-325 (Boston Scientific), se rellenó la falsa luz para evitar un mecanismo de reentrada con 20 *coils* Interlocking Detachable Coil (IDC<sup>®</sup>) (Boston Scientific) de diferentes longitudes (fig. 2). El paciente, en la actualidad, continúa asintomático desde el tratamiento, sin crecimiento de la lesión aneurismática.

El tratamiento endovascular de los troncos viscerales por aterosclerosis está bien documentado en la literatura, y su uso se ha extendido a la enfermedad aneurismática<sup>3</sup>. En el año 2000 se describió el primer caso de *stent* sobre una disección corta del tronco principal de la AMS, por Leung et al.<sup>4</sup>, en un paciente con dolor abdominal agudo.

La disección aislada de una rama visceral, sin otra enfermedad arterial asociada, es infrecuente. En la mayoría de los casos no hay asociación con lesiones aneurismáticas, ateroscleróticas ni displasia fibromuscular. El factor de riesgo más frecuente asociado es la hipertensión arterial, y se trata de varones con una media de edad de 55 años, que no refieren ningún antecedente<sup>4</sup>. Parece que el origen pudiera estar en una degeneración de la media si bien, no se conoce su patogénesis<sup>5,6</sup>. El aumento del uso de las pruebas de imagen, ha hecho que se diagnostique con más frecuencia, y el síntoma más presente es el dolor abdominal agudo, aunque hay hallazgos asintomáticos<sup>7</sup>.

Sakamoto et al.<sup>2</sup> clasifican esta enfermedad en 4 tipos con un fin terapéutico: El tipo I son las disecciones con falsa luz permeable, con entrada y re-entrada distal como es el caso que se presenta. Requieren seguimiento por si desarrollan un aneurisma de la falsa luz; el tipo II son las que la falsa luz acaba en fondo de saco. Esto suele producir una oclusión brusca de la luz verdadera, y una isquemia

intestinal aguda; el tipo III son aquellas con trombosis de la falsa luz, y una o varias úlceras que comunican ambas luces. Generalmente no hay complicación aguda, pero también requieren seguimiento por si se produce dilatación, y el último tipo descrito hace referencia a la trombosis de la falsa luz, sin imágenes de comunicación entre ambas luces. Requieren observación, y se han descrito resoluciones del cuadro espontáneas. En los últimos años se han publicado algoritmos diagnóstico-terapéuticos con mayor especificación sobre esta enfermedad, en función de las imágenes radiológicas<sup>8</sup>.

Los pacientes con sintomatología aguda abdominal deben recibir tratamiento quirúrgico urgente, en el resto de casos, el manejo es muy variable. La persistencia de síntomas como el dolor abdominal difuso o crónico, y las complicaciones posteriores como la dilatación aneurismática (incremento del diámetro del 50% con respecto al diámetro de la zona sana arterial) se deben tratar por el riesgo de rotura arterial<sup>8</sup>, como el caso que describimos.

Según se han ido publicando casos clínicos sobre esta enfermedad, los autores han ido describiendo sus preferencias por un tipo de *stent*, pero sin evidencias significativas documentadas sobre el tipo más recomendable. Los *stent* más utilizados son los autoexpandibles para evitar una excesiva tensión sobre una pared arterial ya lesionada. Las características ideales serían un mínimo acortamiento, flexibilidad y que no se desplazaran con los movimientos de las asas intestinales<sup>4,9</sup>.

La embolización con *coils* es una técnica usada sola o complementaria para el tratamiento de aneurismas. Los IDC se han utilizado de forma segura en varias localizaciones arteriales<sup>10</sup>. Se decidió embolizar el saco aneurismático para evitar un mecanismo de reentrada. El tratamiento combinado *stent* más embolización evita la migración de las *coils*.

En conclusión, el tratamiento endovascular continúa siendo novedoso en esta enfermedad y un reto clínico-técnico.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Agradecimiento

Agradecimiento a mis compañeros de servicio.

## Bibliografía

- Ozaki T, Kimura M, Yoshimura N, Hori Y, Takano T, Kamura T, et al. Endovascular treatment of spontaneous isolated dissecting aneurysm of the superior mesenteric artery using

- stent-assisted coil embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2006;29:435-7.
2. Sakamoto I, Ogawa Y, Sueyoshi E, Fukui K, Murakami T, Uetani M. Imaging appearances and management of isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. *Eur J Radiol*. 2007;64:103-10.
3. Hemp JH, Sabri SS. Endovascular management of visceral arterial aneurysms. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2015;18:14-23.
4. Leung DA, Shneider E, Kubik-Huch R, Marincek B, Pfammatter T. Acute mesenteric ischemia caused by spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery: Treatment by percutaneous stent placement. *Eur Radiol*. 2000;10:1916-9.
5. Takayama T, Miyata T, Shirakawa M, Nagawa H. Isolated spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *J Vasc Surg*. 2008;48:329-33.
6. Gouëffic Y, Costargent A, Dupas B, Heymann MF, Chaillou P, Patra P. Superior mesenteric artery dissection: Case report. *J Vasc Surg*. 2002;35:1003-5.
7. Javerliat I, Becquemin JP, d'Audiffret A. Spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2003;25:180-4.
8. Li DL, He YY, Alkalei AM, Chen XD, Jin W, Li M, et al. Management strategy for spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery based on morphologic classification. *J Vasc Surg*. 2014;59:165-72.
9. Takahashi B, Nakayama Y, Shiroma S, Ido K. Three case report of spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery-with an algorithm proposed for the management. *Ann Vasc Dis*. 2015;8:120-3.
10. Reidy JF, Qureshi SA. Interlocking detachable platinum coils, a controlled embolization device: Early clinical experience. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 1996;19:85-90.