

## Aproximación al manejo de la disección del tronco celiaco



### Approach to the management of celiac trunk dissection

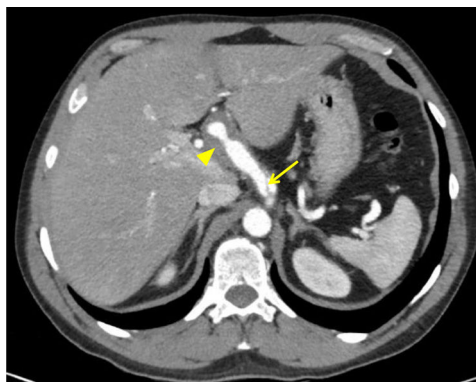
El dolor abdominal constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de Urgencias y de Aparato Digestivo. Además, el diagnóstico diferencial supone un importante reto, dado el amplio abanico de entidades clínicas que pueden provocarlo, algunas de ellas con un pronóstico desfavorable. En este sentido, en algunas cohortes no se ha llegado a un diagnóstico específico en más de un 30% de los casos<sup>1,2</sup>.

Se presenta el caso de un varón de 40 años, fumador activo desde hace más de 20 años, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés, excepto traumatismo cerrado abdominal hace cuatro años, que no seguía tratamiento farmacológico habitual. Presentaba dolor abdominal epigástrico continuo e irradiado hacia ambos hipocondrios, de ocho horas de evolución. No asociaba ictericia mucocutánea ni coluria o acolia, tampoco náuseas ni vómitos ni alteraciones en el ritmo y características de las deposiciones. No presentaba fiebre, síndrome constitucional ni otra sintomatología asociada.

A la exploración física destacaba dolor a la palpación de epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, con peristaltismo y pulsos distales conservados. Asimismo, no presentaba signos de colagenopatía. Para una primera aproximación diagnóstica se realizó analítica de sangre, destacando como únicos hallazgos ligera alteración del perfil hepático (AST 66 U/L, ALT 58 U/L, GGT 106 U/L, FA 76 U/L) con amilasemia, función renal, iones y hemograma normales. Dados los hallazgos observados, se solicitó una ecografía abdominal urgente, detectando una masa hipocóica periportal, que estenosaba su calibre y que se extendía hasta el proceso uncinado, sin objetivar coledocitis, dilatación de vía biliar ni otras alteraciones significativas. Por consiguiente, se realizó una tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica con contraste para filiar detalladamente los hallazgos ecográficos y completar el estudio de extensión, evidenciando un «*flap intimal*», sugestivo de disección del tronco celiaco que se extendía hacia la arteria hepática con pseudoaneurisma de esta última, así como disección del tercio medio de la arteria mesentérica superior, sin participación de la arteria aorta (fig. 1). No se observaron alteraciones a nivel hepático ni en el área biliar-pancreática.

Ante dichos hallazgos, se contactó con los servicios de Angiología y Cirugía Vascular, decidiendo intervención quirúrgica programada con ligadura del pseudoaneurisma de la arteria hepática y realización de *bypass* aortohepático con vena safena derecha autóloga. En todo momento el paciente se ha encontrado clínica y hemodinámicamente estable, presentando un postoperatorio y evolución ulterior satisfactoria, incorporando ácido acetilsalicílico como tratamiento de mantenimiento.

Una causa poco frecuente de dolor abdominal, pero importante por sus implicaciones pronósticas, es la disección del tronco celiaco. Por un lado, es importante distinguir



**Figura 1** TC corte transversal a nivel del tronco celiaco: «*flap intimal*» (flecha) sugestivo de disección del tronco celiaco, que se extiende hacia arteria hepática, la cual se encuentra englobada por un manguito hipodenso lobulado (punta de flecha), que puede corresponder con la falsa luz trombosada.

aquellos casos que asocian disección aórtica por sus implicaciones terapéuticas. Por otro lado, es preciso identificar la presencia de algunos factores de riesgo asociados, tales como ser varón de media edad, la hipertensión arterial, los traumatismos, las colagenopatías o la iatrogenia. En este caso, a pesar del antecedente traumático del paciente hace cuatro años, no se puede descartar que la disección arterial se trate de un hallazgo incidental en el curso del estudio de un dolor abdominal de otro origen<sup>3,4</sup>.

En cuanto al diagnóstico, el angio-TC es la técnica más ampliamente utilizada, destacando el «*flap intimal*» y la luz falsa trombosada como hallazgos más frecuentes. También pueden ser útiles el eco-Doppler, la resonancia magnética y la arteriografía. Respecto al tratamiento, se requiere cirugía precoz en caso de sangrado intraabdominal o de importante daño orgánico secundario a una insuficiente perfusión. El *bypass* aortohepático ha presentado buenos resultados, no obstante, también ha mostrado resultados favorables el *stent*. Sin embargo, la tendencia actual se dirige hacia el tratamiento médico en la mayoría de casos lo cual incluye fluidoterapia, dieta absoluta, antihipertensivos, antiagregantes y/o anticoagulantes. En algunos estudios se ha demostrado que el uso de antihipertensivos no modifica el curso natural de la enfermedad, en cuanto al empleo de antiagregantes y anticoagulantes no existen unas indicaciones claramente definidas para su uso. Esta alternativa es razonable en caso de estabilidad del paciente y de ausencia de signos y síntomas de alarma, con controles mediante TC periódicos monitorizando la presencia de isquemia<sup>4,5</sup>.

En conclusión, es necesario individualizar en cada caso el tratamiento a aplicar, en función de las características del paciente, ya que dada la baja frecuencia de la enfermedad, no se disponen de estudios con un tamaño suficiente como para emitir recomendaciones sólidas al respecto<sup>5</sup>.

### Financiación

No se ha recibido financiación ni becas para la realización del trabajo

## Bibliografía

1. Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, Meschi T, Comelli I, Catena F, et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5.340 cases. *Ann Transl Med.* 2016;4:362.
  2. Yamashita S, Tago M, Katsuki NE, Nishi TM, Yamashita S. Relationships between sites of abdominal pain and the organs involved: a prospective observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10:e034446 [cited 2020 Jun 23]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32571855/>.
  3. DiMusto PD, Oberdoerster MM, Criado E. Isolated celiac artery dissection. *J Vasc Surg.* 2015;61:972–6.
  4. Kim SR, Park TK, Choi SH, Kim SM, Choe YH, Heo SH, et al. Natural history of spontaneous isolated celiac artery dissection after conservative treatment. *J Vasc Surg.* 2018;68: 55–63.
  5. Birkel J, Kahl T, Thielemann H, Mutze S, Goelz L. Retrospective analysis and systematic review of isolated traumatic dissections of the celiac artery. *Ann Vasc Surg.* 2020;66: 250–62.
- Samuel Jesús Martínez-Domínguez<sup>a,\*</sup>,  
Cristina Borao Laguna<sup>a</sup>, Nuria Saura Blasco<sup>a</sup>,  
María Hernández Ainsa<sup>a</sup>, Sandra García Mateo<sup>a</sup>,  
Raúl Velamazán Sandalinas<sup>a</sup>, Gonzalo Hijos Mallada<sup>a</sup>,  
Daniel Abad Baroja<sup>b</sup>, Enrique Alfaro Almajano<sup>a</sup>,  
Pablo Cañamares Orbis<sup>c</sup> y Viviana Laredo de la Torre<sup>a</sup>
- <sup>a</sup> *Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa», Zaragoza, España*  
<sup>b</sup> *Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza, España*  
<sup>c</sup> *Servicio de Aparato Digestivo, Hospital «San Jorge», Huesca, España*
- \* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [samuelmartinez94@hotmail.com](mailto:samuelmartinez94@hotmail.com)  
(S.J. Martínez-Domínguez).
- <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.09.010>  
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.