



COMUNICACIÓN BREVE

Disección aislada y espontánea de arterias viscerales

M.A. Corral*, J. Encinas y G.C. Fernández-Pérez

Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

Recibido el 25 de octubre de 2010; aceptado el 31 de diciembre de 2010
Disponible en Internet el 2 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Disección arterial;
Tronco celiaco;
Arteria mesentérica superior;
TC multidetector

KEYWORDS

Arterial dissection;
Celiac trunk;
Superior mesenteric artery;
Multidetector CT

Resumen Presentamos dos casos de disección aislada y espontánea de arterias esplácnicas en varones, diagnosticados con TC multidetector. Comenzaron con dolor agudo, más intenso y duradero en el caso de disección de tronco celiaco, que presentaba cambios periarteriales. En el caso de disección de arteria mesentérica superior se asociaba una estenosis en el origen del tronco celiaco. En ambos la sospecha clínica fue de disección aórtica.

Fueron dos disecciones cortas con luz falsa permeable de forma sacular y luz verdadera de calibre reducido. Este tipo morfológico es uno de los más infrecuentes de esta de por sí rara entidad. En los últimos años, no obstante, se aprecia un aumento en el número de casos publicados, sugiriendo que pudiera ser infradiagnosticada previamente a la generalización del uso de la TC multidetector.

Discutimos las dos clasificaciones morfológicas existentes y la necesidad de adecuar el manejo terapéutico a las circunstancias particulares de cada caso.

© 2010 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Isolated spontaneous dissection of visceral arteries

Abstract We present the cases of two men with isolated spontaneous dissection of visceral arteries diagnosed by multidetector CT. In the first patient, dissection of the celiac trunk was associated with periarterial changes. In the second patient, dissection of the superior mesenteric artery was associated with stenosis at the root of the celiac trunk. Both patients presented with acute pain, which was more intense and longer lasting in the first patient. Aortic dissection was suspected clinically in both patients.

Both dissections were short and had patent saccular false lumens and reduced caliber of the true lumens. This morphological type is one of the most uncommon within this rare entity. However, in recent years, the number of cases published is rising. This suggests that this entity may have been underdiagnosed before the widespread use of multidetector CT.

We discuss the two morphological classifications of dissection of the visceral arteries and the need to adapt therapeutic management to the particular circumstances of each case.

© 2010 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: migcorral@hotmail.com (M.A. Corral).

Introducción

Desde la primera descripción, en 1947, de una disección aislada de la arteria mesentérica superior (AMS), dentro de una serie de disecciones aórticas¹, fueron inicialmente excepcionales los casos publicados de disección de arterias esplánicas. En los últimos años, con la generalización de los equipos de TC multidetector (TCMD), asistimos a un notable incremento en su descripción²⁻⁷.

Aunque hay tendencia hacia actitudes conservadoras, no hay consenso en el manejo de estos pacientes, que debe adecuarse a cada caso.

La TCMD 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.

Presentación de los casos

Caso 1

Varón de 42 años con dolor epigástrico irradiado a la espalda sin peritonismo, de 24 horas de evolución, progresivamente más intenso pese al tratamiento. No era hipertenso conocido, pero al ingreso sus cifras de tensión arterial (TA) eran 140/106. Con la sospecha de disección aórtica se realizó TCMD (equipo de 40 detectores, Brilliance Philips, Best, The Netherlands) (fig. 1) con contraste IV (140 cc a 4 cc/s, con detección automática de bolo en aorta torácica). La aorta era normal, pero se apreciaba una disección aislada corta del tronco celiaco (TrC), cerca de su origen, con permeabilidad de ambas luces y discreta dilatación de la falsa. Se asociaba una sutil hiperdensidad en la grasa que rodeaba al

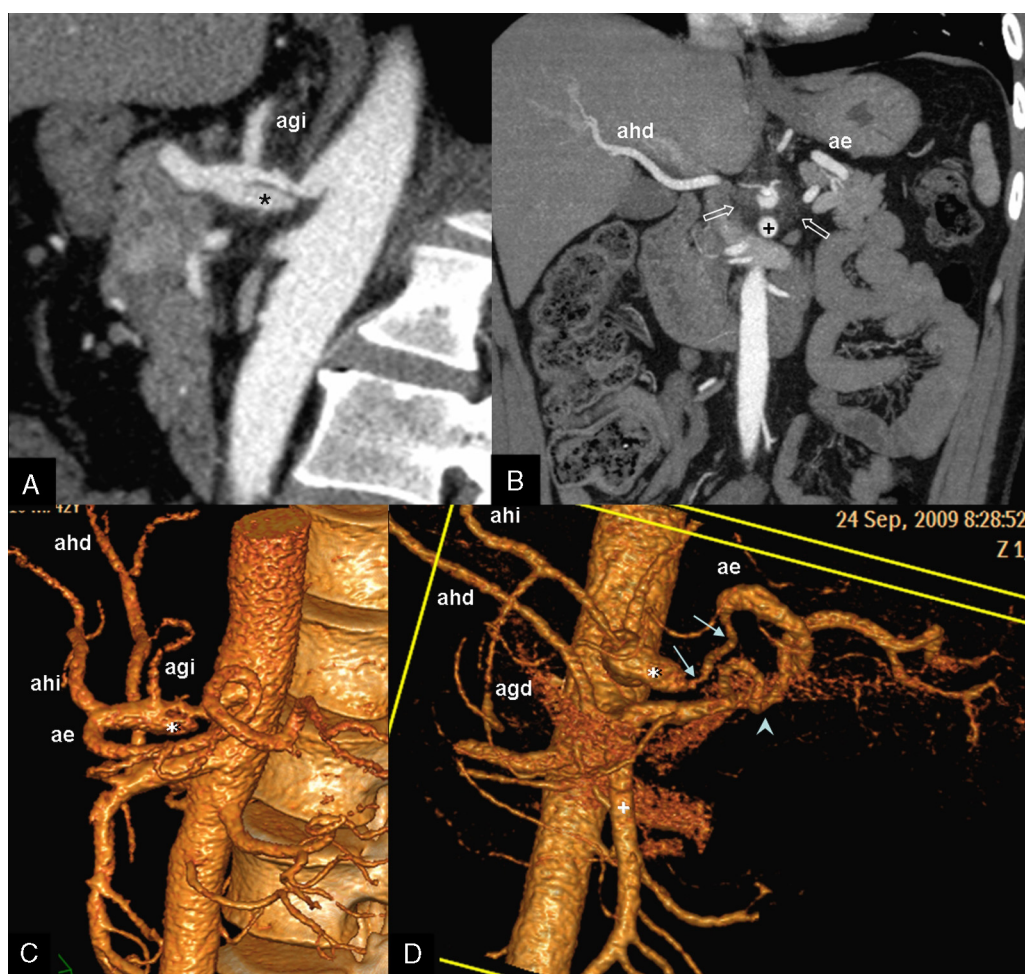


Figura 1 Caso 1. TC con contraste IV. A) Reconstrucción sagital oblicua en el plano del tronco celiaco. B) Reconstrucción coronal MIP de grosor fino. C) Reconstrucción volumétrica, visión oblicua izquierda. D) Reconstrucción volumétrica, visión frontal oblicua en el estudio de seguimiento realizado 82 días después. Se aprecia un defecto íntimo-medial a 20 mm de distancia del origen del tronco celiaco, con un *flap* que se propaga proximalmente desde este defecto con longitud de 14 mm. Queda una luz falsa sacular inferior (asteriscos) y una luz verdadera superior, con calibre marcadamente reducido. Las flechas huecas en B señalan al halo periarterial de sutil aumento de densidad de la grasa, probablemente responsable del intenso dolor del paciente. En el estudio de control se aprecia mayor dilatación de la luz falsa, con estenosis del tramo proximal de la arteria esplénica (flechas blancas), suplida distalmente por rama de la mesentérica superior (cabeza de flecha). +: arteria mesentérica superior; Ae: arteria esplénica; Agd: arteria gastroduodenal; Agi: arteria gástrica izquierda; Ahd: arteria hepática derecha, con origen en AMS (variante anatómica); Ahi: arteria hepática izquierda, con origen en TrC.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245222>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245222>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)