

Disección espontánea de arteria mesentérica superior complicada con hemorragia abdominal. Tratamiento endovascular

Spontaneous dissection of superior mesenteric artery

Daniel Paolantonio, Gerardo Sansoni, Andrés Rodríguez

Resumen

La disección espontánea de la arteria mesentérica superior es una patología infrecuente de etiología poco conocida y sin consensos en la actualidad en cuanto al tratamiento.

Presentamos el caso de una paciente que presentó disección espontánea con la particularidad de que se complicó con ruptura y hemorragia abdominal, lo que lo hace un caso más raro aún. La estrategia terapéutica seleccionada fue el tratamiento endovascular con *stentgraft*, Advanta V12 (Atrium) balón expandible, con buen resultado angiográfico.

Palabras clave: *disección mesentérica, stentgraft, tratamiento endovascular.*

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2013;4(4):242-244

CASO CLÍNICO

La disección espontánea de la arteria mesentérica es una patología infrecuente, con pocos casos comunicados en la bibliografía. Su etiología y prevalencia son inciertas y no existe una metodología de tratamiento consensuada. El caso que presentamos a continuación se trata de una disección aislada que se asoció a hemorragia abdominal, lo que la hace más infrecuente aún. Se trata de un paciente sexo femenino de 56 años, con antecedentes de HTA en tratamiento con enalapril. No se registra otro antecedente de jerarquía. Refiere dolores abdominales de 48 horas de evolución que progresan asociados a vómitos por lo cual es admitida, en otra institución, con diagnóstico presuntivo de

pancreatitis. Fue tratada médicamente con buena evolución hasta el sexto día de internación, cuando súbitamente presenta dolor abdominal, asociado a distensión abdominal, hipotensión y caída del hematocrito, cuadro clínico que se logró estabilizar con transfusiones y tratamiento médico.

Se realiza angio-TAC (**Figura 1**), que mostró hematoma retroperitoneal y abdominal con imagen en la reconstrucción compatible con disección de la arteria mesentérica superior. Es derivada a nuestra institución para realización de angiografía digital diagnóstica en la cual se confirma la disección del segmento proximal de la arteria mesentérica superior (AMS) con compromiso del flujo en tercio medio por compresión de la verdadera luz, sin imagen que evidenciara sangrado activo al momento de realizar el estudio (**Figura 2**). Para su tratamiento entre las opciones evaluadas y según la angiografía, y dado que la paciente se encontraba clínicamente estable, se decide realizar terapéutica endovascular con implante de prótesis cubierta.

A las 24 horas del diagnóstico se realiza el procedimiento. Por femoral derecha se inserta un introductor 5 F valvulado por donde se avanza un catéter *pigtail* 5 F para realizar controles intraprocedimiento, como

1. Servicio de Diagnóstico y Terapéutica Endovascular. Hemodinamia Rosario. Hospital Español Rosario, Argentina.

✉ Correspondencia: Daniel Paolantonio | Sarmiento 3150, (2000) Rosario, Argentina | Tel/Fax: 0341-4858724 | danielpaolantonio@hotmail.com

Conflictos de intereses: no existen.

Recibido: 6-5-2013 | Aceptado: 30-9-2013

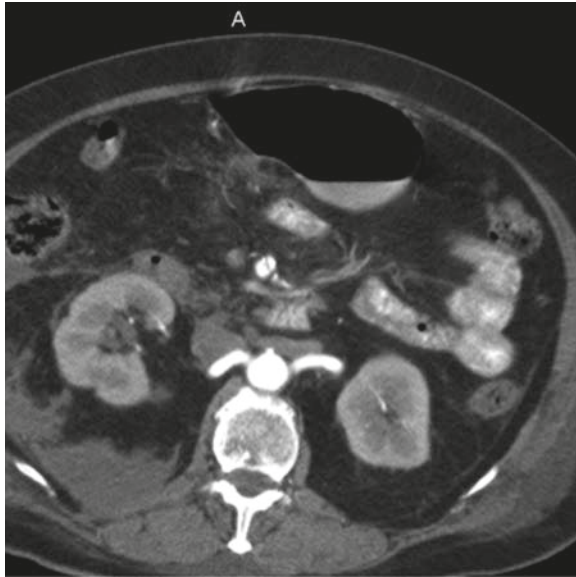


Figura 1.

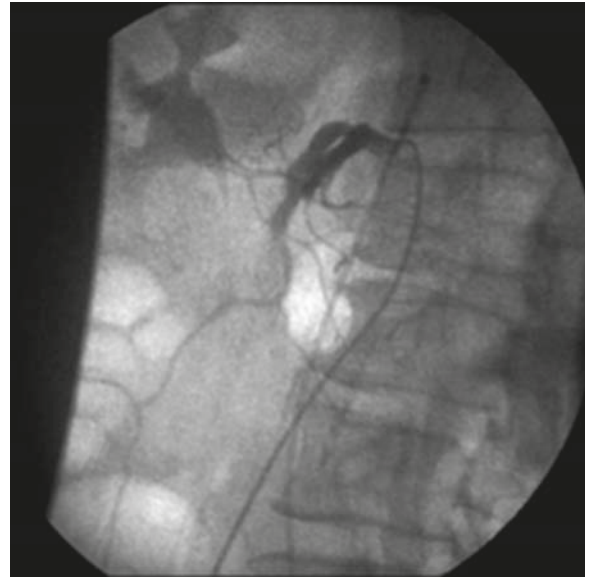


Figura 2.

técnica alternativa al uso de catéter guía, a fin de evitar manipular catéter de elevado french en la boca de la arteria disecada. Por acceso femoral izquierdo se insertó un introductor 7 F por donde se avanzó un catéter hidrofílico Cobra 5 F (Terumo-Japón) hasta el *ostium* de la AMS, donde se realizó angiografía para identificar la verdadera luz hacia la cual se avanzó una guía hidrofílica de alto soporte (Terumo-Japón) 0,35" × 260 cm de longitud que logró alcanzar la verdadera luz, dejándola en el segmento distal del vaso. Seguidamente se retiró el catéter diagnóstico, dejando en su lugar la guía sobre la cual se avanzó *stent* cubierto Advanta V12 (Atrium Medical Corporation, USA) 7,0 × 22 mm hasta el segmento proximal de la AMS. Desde el catéter *pigtail* posicionado a nivel de la mesentérica superior y con posición lateral se realizaron controles angiográficos para evaluar el adecuado posicionamiento de la endoprótesis (Figura 3), y una vez posicionada en el sitio deseado cubriendo el *ostium* y el segmento proximal del AMS, donde se observaba el *tear* de entrada a la falsa luz, se implantó el *stentgraft* a 8 atm.

El resultado angiográfico final fue adecuado (Figura 4), sellando el sitio de entrada y observándose recanalización de la verdadera luz y restitución de flujo normal del vaso, sin objetivar imagen de disolución al finalizar el procedimiento. La evolución fue favorable, a las 48 horas posprocedimiento permanecía estable y fue trasladada a su institución de origen para continuar tratamiento médico.

DISCUSIÓN

La disolución de la AMS fue descrita por primera vez por Bauerfeld en 1947.¹ Algunas de las patologías que se han sugerido como factores de riesgo para su origen son la necrosis quística de la media, la arterioesclerosis, la hipertensión y la displasia fibromuscular.²⁻³ Su pre-

sentación en general es sintomática, aguda con dolor abdominal, algunos pueden presentar síntomas crónicos de isquemia, angina abdominal por disolución crónica y en algunos casos también pueden ser asintomáticos y su hallazgo ser accidental.⁴ El desgarro generalmente se produce en los primeros 3 cm desde su origen de la aorta abdominal, el cual es su trayecto retropancreático donde por ser una porción fija está expuesta a fuerzas de tracción y a su vez es más vulnerable al *shear stress*.

En el caso presentado, la paciente debutó con un cuadro confuso en principio, que retrospectivamente podría haber sido ocasionado por el efecto de la isquemia mesentérica por compresión de la verdadera luz y su hipoperfusión resultante, hasta que rompe súbitamente en la cavidad abdominal con deterioro hemodinámico, circunstancia que hace este caso aún más infrecuente, con pocas comunicaciones en la literatura.⁵ Luego de confirmar el desgarro en los primeros dos centímetros, entre las opciones terapéuticas disponibles optamos por la endovascular dadas las características angiográficas y clínicas de la paciente.

En la planificación estratégica decidimos realizarla con *stent* cubierto balón expandible para su adecuado y preciso implante. A su vez, como para este tipo de endoprótesis por su perfil se requiere catéter guía de grueso calibre, realizamos el procedimiento efectuando los *tests* angiográficos por un catéter aproximado al origen del vaso, evitando así manipular sobre él un catéter de mayor calibre, minimizando así la posibilidad de complicar la pared del vaso ya lesionado.

No solo la incidencia de la disolución espontánea aislada es rara e infrecuente sino también en relación con el tratamiento han sido referidas diferentes estrategias como la no intervencionista con o sin anticoagulación oral,⁶ quirúrgica y más recientemente la endovascular,⁷ y al no haber consenso

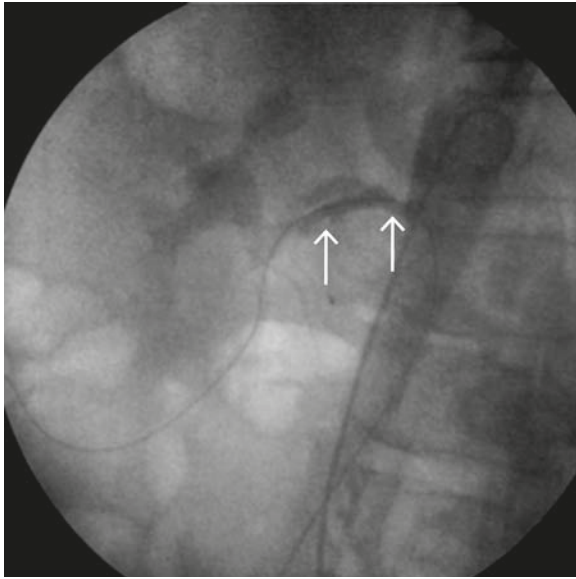


Figura 3.

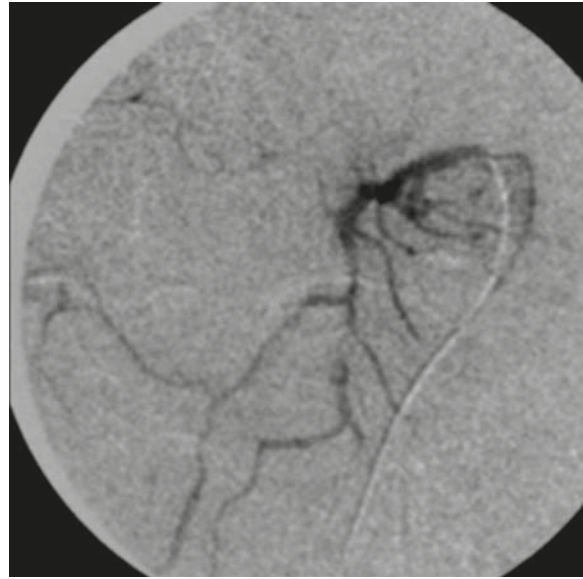


Figura 4.

sobre la terapéutica adecuada se han comunicado combinaciones de distintos tratamientos.^{8,9}

CONCLUSIONES

La disección espontánea y aislada, sin patología de la aorta asociada, es infrecuente, y la presentación con hemorragia abdominal es más rara aún. La metodología diagnóstica actual nos acercó rápidamente a certificar su presencia y dada la ausencia de consenso sobre la mejor opción terapéutica y los avances en el desarrollo de materiales optamos por la estrategia endovascular con *stent* cubierto balón expandible, con buen resultado angiográfico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauersfeld SR. Dissecting aneurysm of the aorta: a presentation of fifteen cases and a review of the recent literature. *Ann Intern Med* 1947; 26: 873-89
2. Takayama T, Miyata T, Shirakawa M, Nagawa H. Isolated spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *J Vasc Surg* 2008;48:329-33.
3. Yasuhara H, Shigematsu H, Muto T. Self-limited spontaneous dissection of the main trunk of the superior mesenteric artery. *J Vasc Surg* 1998;27:776-779.
4. Morris JT, Guerriero J, Sage JG, Mansour MA. Three isolated supermesenteric artery dissections: update of previous case reports, diagnostics, treatment options. *J Vasc Surg* 2008;47:649-653.
5. Tameo MN, Dougherty MJ, Calligaro KD. Spontaneous dissection with rupture of the superior mesenteric artery from segmental arterial mediolysis. *J Vasc Surg*. 2011 Apr;53(4):1107-1112
6. Burgos L, Mertens R, Valdés F, Krämer A, Mariné L, Rahmer A, Prat G. [Mesenteric acute ischemia caused by spontaneous and isolated dissection of the superior mesenteric artery]. *Rev Med Chil*. 2002 Nov;130(11):1282-6
7. Baldi S, Zander T, Rabellino M, Maynar M. Endovascular management of a spontaneous dissecting aneurysm of the superior mesenteric artery: case report and discussion of treatment options. *Ann Vasc Surg*. 2009 Jul-Aug; 23(4):535.e1-4
8. Min SJ, Yoon KC, Min SK, Ahn SH, Jae HJ, Chung JW, Ha J, Kim SJ. Current strategy for the treatment of symptomatic spontaneous isolated dissection of superior mesenteric artery. *J Vasc Surg*. 2011 Aug;54(2):461-6. doi: 10.1016/j.jvs.2011.03.001.
9. Carter R, O'Keeffe S, Minion DJ, Sorial EE, Endean ED, Xenos ES. Spontaneous superior mesenteric artery dissection: report of 2 patients and review of management recommendations. *Vasc Endovascular Surg*. 2011 Apr; 45(3):295-8. Epub 2011 Jan 28.

ABSTRACT

Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery is an uncommon and poorly understood etiology and there is no consensus regarding treatment.

We present a case report of a patient with spontaneous dissection that was complicated with rupture and abdominal bleeding, which makes it an even more rare case. The therapeutic strategy selected was endovascular treatment with stentgraft balloon expandable Advanta V12 (Atrium) with angiographic success.

Keyword: mesenteric dissection, stentgraft, endovascular treatment.