



Revista médica de Chile

versión impresa ISSN 0034-9887

Rev. méd. Chile v.130 n.11 Santiago nov. 2002

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001100012>

Rev Méd Chile 2002; 130: 1282-1286

Isquemia mesentérica aguda por disección espontánea y aislada de la arteria mesentérica superior

Luis Burgos de C, Renato Mertens M, Francisco Valdés E, Albrecht Krämer Sch, Leopoldo Mariné M, Alejandro Rahmer O, Gabriel Prat A.

Mesenteric ischemia caused by a spontaneous and isolated dissection of the superior mesenteric artery

Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery is an unusual cause of mesenteric ischemia. Diagnosis can be based on findings of the helicoidal computed tomography or selective angiography of the superior mesenteric artery. We report two male patients, aged 47 and 50 years, who were admitted for abdominal pain. Isolated superior mesenteric artery dissection was confirmed by angiography. Both patients were treated with anticoagulation, conservative measures and recovered uneventfully (Rev Méd Chile 2002; 130: 1282-8).

(Key Words: Angiography; Mesenteric artery, superior; Mesenteric vascular occlusion)

Recibido el 23 de julio, 2002. Aceptado el 30 de septiembre, 2002.

Cirugía Vascul y Endovascular, Departamento de Enfermedades Cardiovasculares y División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La isquemia mesentérica aguda presenta una alta mortalidad. Las causas más frecuentes en nuestro medio son la embolia y la trombosis de la arteria mesentérica superior¹. La disección espontánea de la arteria mesentérica superior (AMS) como causa de isquemia aguda es infrecuente, habiéndose comunicado hasta la fecha alrededor de 30 casos en la literatura.

Comunicamos dos casos de disección espontánea aislada de la AMS que se manifestaron con síntomas de isquemia mesentérica aguda y fueron manejados con tratamiento médico.

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo masculino de 50 años quién presentó cuadro de dolor abdominal de 36 h de evolución, localizado en flanco derecho, de inicio insidioso y con exacerbaciones de carácter cólico. No presentó fiebre y al examen físico sólo destacaba dolor a la palpación en región periumbilical y flanco derecho. Sus exámenes de laboratorio eran normales.

Se realizó tomografía axial computada helicoidal en fase arterial de abdomen que evidenció imagen sugerente de disección de la AMS, sin otro hallazgo patológico evidente ([Figura 1](#)). Se estudió con angiografía mesentérica que confirmó la disección de AMS con estenosis significativa pero con permeabilidad de todas sus ramas ([Figuras 2 y 3](#)). Al no existir elementos clínicos y de laboratorio de compromiso vital del intestino se optó por

Servicios Personalizados

Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

- Similares en SciELO
- Permalink

tratamiento médico en base a anticoagulación, antibióticos profilácticos y observación. El dolor abdominal cedió por completo en 72 h y fue dado de alta al quinto día bajo anticoagulación oral. En control a 4 meses de iniciado el cuadro se encontraba asintomático.

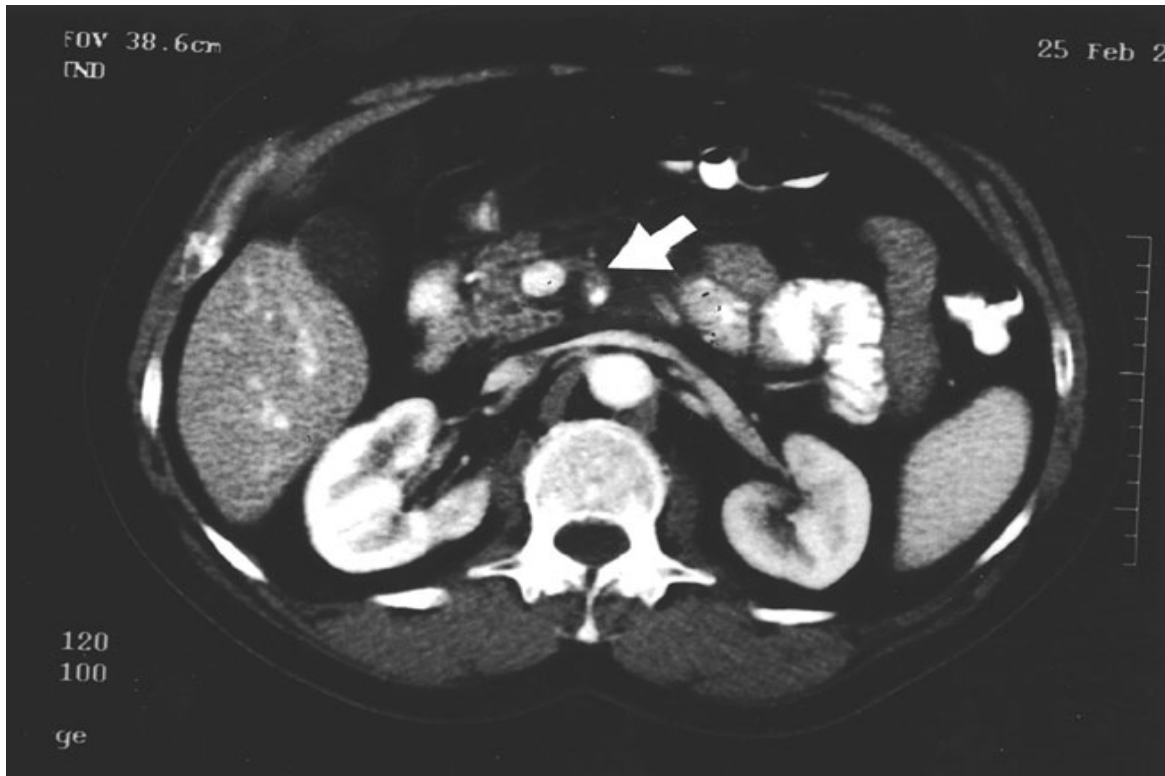


Figura 1. Reconstrucción axial de tomografía axial computada helicoidal en fase arterial, la flecha señala la arteria mesentérica superior, con una zona del lumen sin contraste, que corresponde al falso lumen de la disección.



Figura 2. Angiografía selectiva de la arteria mesentérica superior en proyección antero-posterior. La flecha señala una zona con disminución significativa del diámetro.



Figura 3. Aortografía lateral a nivel visceral, la flecha señala el flap de disección.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino de 47 años quién debutó con cuadro de dolor abdominal difuso de seis horas de evolución, de inicio súbito, asociado a náuseas y vómitos. En el examen físico destacaba sensibilidad a la palpación en forma difusa. Los exámenes de laboratorio eran normales. Dentro de sus antecedentes destacaba hipertensión arterial crónica leve y la resección de adenoma hipofisiario. Fue estudiado con ecografía abdominal la que resultó normal. Se realizó tomografía axial computada helicoidal en fase arterial que demostró una obstrucción de la AMS por disección aislada. Lo anterior fue corroborado mediante angiografía ([Figura 4](#)), encontrándose además como hallazgo incidental un aneurisma del tronco celíaco de 2,5 cms de diámetro y una estenosis de la arteria renal derecha secundaria a displasia fibromuscular.

Se inició tratamiento anticoagulante y antibióticos profilácticos observándose mejoría clínica de su sintomatología en 48 h. Tres meses después se sometió a una angioplastia percutánea de la estenosis de arteria renal derecha. En su estudio se diagnosticó además un adenoma suprarrenal. Fue intervenido quirúrgicamente realizándose reparación del aneurisma del tronco celíaco y resección de adenoma suprarrenal.

El tratamiento anticoagulante se mantuvo por 6 meses. La AMS persistía ocluida en el control angiográfico tardío. En seguimiento a 2 años el paciente se encuentra asintomático.

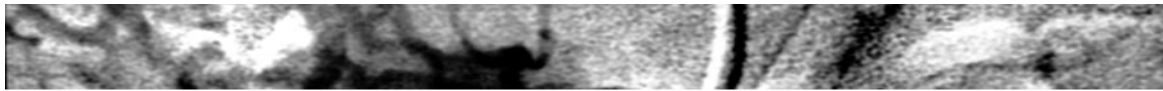


Figura 4. Angiografía selectiva de la arteria mesentérica superior, la flecha muestra zona de oclusión de la arteria.

DISCUSIÓN

La disección aislada espontánea de las arterias periféricas es infrecuente, las arterias carótidas, vertebrales y renales son las comprometidas con mayor frecuencia².

La disección de la AMS fue descrita en 1947 por Bauerfeld, en una serie de pacientes con disección aórtica³. Hasta comienzos de la década 1970-79 sólo se comunicaron hallazgos en autopsia. Posteriormente, por el desarrollo de las técnicas de diagnóstico por imágenes se obtuvieron diagnósticos *pre-mortem* con mayor frecuencia.

La etiología de la disección aislada de la AMS no ha podido ser aclarada, habitualmente se inicia a una distancia de 2 ó 3 cms de su origen en la aorta, sitio en que se encuentra fijo por su ubicación retropancreática⁴. En la literatura se le ha relacionado a trauma, necrosis quística de la túnica media, hipertensión arterial, aterosclerosis y displasia fibromuscular⁴⁻⁶. En el segundo caso existe concomitantemente displasia fibromuscular de la arteria renal.

Desde el punto de vista clínico puede ser asintomática⁷ o presentarse como isquemia mesentérica aguda, donde el síntoma más importante es el dolor, habitualmente de inicio brusco, pudiendo evolucionar a la necrosis intestinal, con menor frecuencia puede debutar como una hemorragia intraabdominal por ruptura arterial^{2,6,8}. Estas complicaciones requieren resolución quirúrgica inmediata.

El diagnóstico se puede obtener en forma no invasiva mediante tomografía axial computada helicoidal en fase arterial^{9,10} la que a su vez, ha demostrado ser muy útil en el seguimiento a largo plazo. Sin embargo, la angiografía mesentérica selectiva constituye el examen de elección para el diagnóstico definitivo^{11,12}.

Su historia natural y pronóstico no pueden ser precisados con claridad, debido al escaso número de casos descritos y con enfrentamientos diversos. La cirugía constituye la forma de tratamiento más frecuentemente aplicado. Sin embargo, existen casos reportados que fueron tratados con observación^{4,5,7} o anticoagulación^{4,13}, esta estrategia es sólo aplicable en casos seleccionados que no presentan signos de isquemia intestinal transmural como los casos aquí presentados.

Por otro lado, una vez iniciado el manejo conservador, el paciente requiere seguimiento clínico seriado en busca de signos de alarma al examen físico general y abdominal, aparición de leucocitosis o acidosis. Si la situación clínica del paciente empeorara, debiera considerarse una intervención a la brevedad. El uso de antibióticos

profilácticos parece prudente en estos pacientes, en los que la isquemia de la mucosa intestinal puede llevar a traslocación bacteriana y sepsis.

La anticoagulación previene la trombosis del lumen verdadero y de segmentos distales a la obstrucción, además de prevenir eventos embólicos distales. Los excelentes resultados en el manejo de la disección espontánea de la arteria carótida interna¹⁴ son un antecedente a tomar en cuenta en la toma de decisiones en esta inhabitual patología.

La disección aislada de la AMS destaca por su rareza y etiología incierta, su enfrentamiento terapéutico aún no está bien definido y solamente el diagnóstico de nuevos casos y seguimiento a largo plazo podrá establecer criterios de manejo. Sin embargo, una aproximación conservadora asociada a anticoagulación en casos sin sospecha de compromiso vital del intestino parece razonable.

REFERENCIAS

1. Valdés F. Isquemia mesentérica aguda. *Revista Chilena de Cirugía* 1990; 42: 98-112. [[Links](#)]
2. Cormier F, Ferry J, Artru B, Wechsler B, Cormier J. Dissecting aneurysm of the main trunk of the superior mesenteric artery. *J Vasc Surg* 1992; 15: 424-30. [[Links](#)]
3. Bauerfeld S. Dissecting aneurysm of the aorta: a presentation of fifteen cases and a review of the recent literature. *Ann Inter Med* 1947; 26: 879-89. [[Links](#)]
4. Sheldon P, Esther J, Sheldon E, Sparks S, Brophy D, Oglevie S. Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2001; 24: 329-31. [[Links](#)]
5. Sparks S, Vásquez J, Bergan J, Owens E. Failure of non operative management of isolated superior mesenteric artery dissection. *Ann Vasc Surg* 2000; 14: 105-9. [[Links](#)]
6. Krupski W, Effeney D, Ehrenfeld W. Spontaneous dissection of the mesenteric artery. *Journal of Vascular Surgery* 1985; 2: 731-4. [[Links](#)]
7. Nakamura K, Nozue M, Sakakibara Y, Kuramoto K, Satoh M, Kobayashi S, Kashimura H, Fukutomi H, Todoroki T, Fukao K. Natural history of spontaneous dissecting aneurysm of the proximal superior mesenteric artery: Report of a case. *Surg Today* 1997; 27: 272-4. [[Links](#)]
8. Vignati P, Welch J, Ellison L, Cohen J. Acute mesenteric ischemia caused by isolated superior mesenteric artery dissection. *J Vasc Surg* 1992; 16: 109-12. [[Links](#)]
9. Furukawa H, Moriyama N. Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery diagnosed on Multidetector Helical CT. *J Comp Assist Tomogr* 2002; 26: 143-4. [[Links](#)]
10. Barmeir E, Halachmi S, Croitoru S, Torem S. CT angiography diagnosis of spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. *Am J Roentgenol* 1998; 171: 1429-30. [[Links](#)]
11. Ando M, Ito M, Mishima Y. Spontaneous dissecting aneurysm of the main trunk of the superior mesenteric artery: Report of a case. *Surg Today* 1995; 25: 468-70. [[Links](#)]
12. Gouëffic Y, Costargent A, Dupas B, Heymann M, Chaillou P, Patra P. Superior mesenteric artery dissection: Case Report. *J Vasc Surg* 2002; 35: 1003-5. [[Links](#)]
13. Yasuhara H, Shigematsu H, Muto T. Self-limited spontaneous dissection of the main trunk of the superior mesenteric artery. *J Vasc Surg* 1998; 27: 776-9. [[Links](#)]
14. Krämer A, Valdés F, Huete I, Fava M. Spontaneous dissection of the extracranial carotid artery. En: Balas P. *Progress In Angiology*. Edizione Minerva Medica 1988; 69-71. [[Links](#)]

Correspondencia a: Dr. Renato Mertens M. Apoquindo 3990, oficina 601, Santiago, Chile. Fax: 56-2 632 6812. E-Mail: rmertens@med.puc.cl

Santiago - Chile
Teléfono: 56-2-7535520
Fono/Fax:56-2-7535524



revmedchile@smschile.cl