

Dissecção espontânea do tronco celíaco: relato de três casos e revisão de literatura

Spontaneous dissection of the celiac trunk: report of three cases and review of the literature

Ernesto Lima Araujo Melo¹, Rainne André Siqueira¹, Francisco Thiago Martins de Paula¹

Resumo

A dissecção espontânea do tronco celíaco é uma condição médica incomum, com poucos relatos de casos publicados na literatura médica. A dor abdominal súbita no epigástrio é o sintoma mais frequentemente manifestado pelos pacientes; porém, devido à raridade dessa doença na prática clínica e à inespecificidade de seus sintomas, é necessário um alto grau de suspeição para o estabelecimento do seu diagnóstico. Nesse contexto, o aperfeiçoamento das técnicas de exames de imagem vem possibilitando o diagnóstico desta entidade clínica com maior facilidade, aumentando a sua taxa de detecção. O tratamento ideal ainda não está completamente bem estabelecido na literatura, sendo que as estratégias terapêuticas disponíveis são o tratamento médico conservador, a revascularização cirúrgica e a intervenção endovascular. Neste artigo, nós relatamos três casos de dissecção espontânea do tronco celíaco e realizamos uma revisão de literatura sobre esta doença.

Palavras-chave: dissecção; dor aguda; artéria celíaca.

Abstract

Spontaneous dissection of the celiac trunk is quite an uncommon medical condition, with few case reports in the medical literature. Sudden epigastric abdominal pain is the most common complaint reported by patients, but due to the rarity of this disease in clinical practice and the nonspecific nature of its symptoms, a high degree of clinical suspicion is needed to establish diagnosis. However, improvements in imaging techniques are facilitating diagnosis of this clinical entity, increasing its detection rate. The ideal treatment has not yet been fully established in the literature and the available therapeutic strategies are conservative medical treatment, surgical revascularization or endovascular intervention. In this article we report on three cases of spontaneous dissection of the celiac trunk and conduct a review of the literature on this disease

Keywords: dissection; acute pain; celiac artery.

¹ Universidade Estadual do Ceará – UECE, Curso de Medicina, Fortaleza, CE, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Submetido em: 09.01.14. Aceito em: 06.02.14.

O estudo foi realizado no Centro Avançado de Diagnóstico por Imagem Boghos Dom Luis, Fortaleza, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

A dissecação espontânea das artérias viscerais é um evento raro, que acomete a artéria mesentérica superior, podendo também ocorrer no tronco celíaco, na artéria esplênica e na artéria mesentérica inferior¹. Apesar de ser rara, a sua incidência pode ter sido subestimada no passado e, historicamente, tem sido associada a um pior prognóstico. Embora a causa exata da dissecação espontânea de uma artéria visceral ser desconhecida, a hipertensão arterial tem sido considerada, classicamente, como um fator predisponente²⁻⁵. A dor abdominal é o sintoma mais comum em pacientes com dissecação espontânea do tronco celíaco, contudo os pacientes podem apresentar sintomas inespecíficos, como perda de peso¹⁻⁵. O aperfeiçoamento contínuo dos métodos de imagem tem, cada vez mais, facilitado o diagnóstico dessa lesão, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal epigástrica^{1,4}. Devido à raridade dessa condição, o manejo terapêutico ideal da dissecação do tronco celíaco ainda permanece controverso¹⁻⁵. As três possíveis opções de tratamento disponíveis são o tratamento clínico conservador, a revascularização cirúrgica e a terapia endovascular¹. O objetivo deste artigo é relatar três casos de dissecação espontânea do tronco celíaco e realizar uma revisão da literatura atual.

RELATOS DE CASOS

Caso 1

FGS, sexo masculino, 52 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica crônica mal controlada, apresentou dor epigástrica súbita e intensa com náuseas iniciando-se havia 24h. A ultrassonografia abdominal foi normal e o prosseguimento investigativo através de angiotomografia demonstrou *flap* dissecatório no tronco celíaco (Figura 1). Após o tratamento clínico do quadro, o paciente foi encaminhado sem sintomas para acompanhamento ambulatorial.

Caso 2

SJSS, sexo feminino, 50 anos, era hígida até três meses antes de apresentar episódio único de dor súbita pós-prandial na região epigástrica, de forte intensidade. Após alívio da dor com uso de anti-inflamatório não esteróide e tramadol intravenosos, foi realizada investigação adicional através de angiotomografia da aorta tóraco-abdominal, que evidenciou compressão extrínseca do tronco celíaco pelo ligamento arqueado mediano do diafragma, ocasionando dissecação traumática (Figura 2) e trombose da artéria hepática comum, de aspecto crônico (Figura 3). A paciente foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial.



Figura 1. Imagem de angiotomografia no plano axial demonstrando falha de enchimento linear compatível com *flap* dissecatório (seta) no tronco celíaco, o qual se mostra levemente ectasiado.

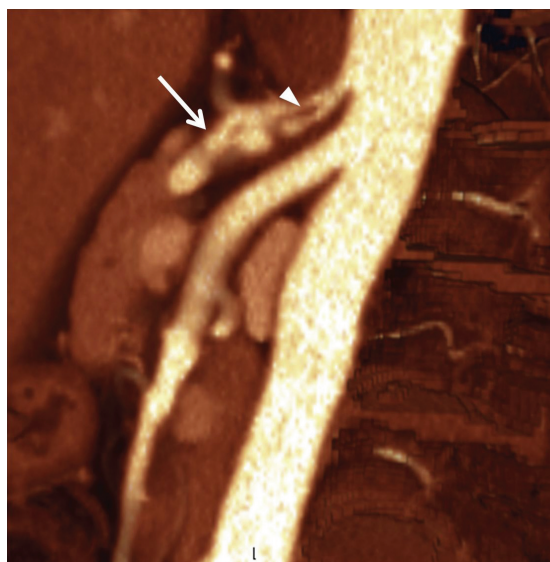


Figura 2. Angiotomografia com reconstrução *maximum intensity projection* no plano sagital demonstrando falha de enchimento alongada no interior do tronco celíaco (ponta de seta) correspondendo ao *flap* dissecatório. Há pequena dilatação compensatória à jusante (seta).

Caso 3

MTML, sexo feminino, 48 anos, previamente hígida, abriu quadro com dor epigástrica súbita e intensa havia 48h. A ultrassonografia abdominal realizada na emergência foi normal. Devido a antecedentes de atopia, optou-se por prosseguir a investigação através de angiorressonância, sendo que esta última revelou a presença de *flap* dissecatório no tronco celíaco (Figura 4). Após o tratamento clínico dos sintomas iniciais, optou-se por instituir conduta conservadora.



Figura 3. Angiotomografia com reconstrução *volume rendering* demonstrando o tronco celíaco (*), a artéria hepática comum (seta) e a interrupção abrupta do seu fluxo (ponta de seta) compatível com obstrução por trombose pós-dissecção.

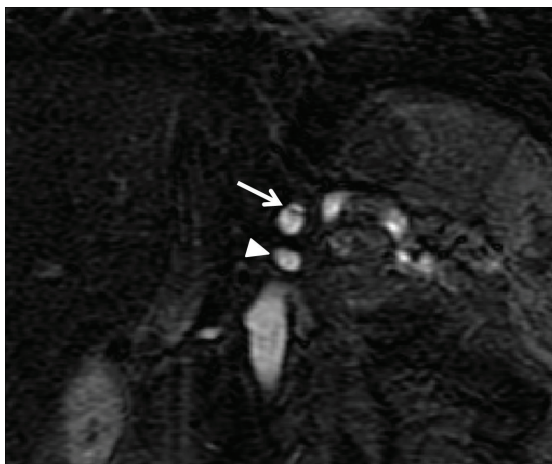


Figura 4. Imagem de angiorressonância na ponderação T1 pós-contraste no plano coronal demonstrando falha de enchimento linear compatível com *flap* dissecatório (seta) no tronco celíaco. A artéria mesentérica superior (ponta de seta) mantém-se pervia e sem sinais de dissecção.

A dissecção espontânea de artérias viscerais foi inicialmente descrita por Baurersfeld em 1947 e é uma condição extremamente incomum². A dissecção espontânea da artéria renal tem sido relatada na literatura com maior frequência do que a dissecção da artéria celíaca². Apenas 55 casos de dissecções espontâneas de artérias viscerais haviam sido relatados até 2007³. Desses casos, apenas 11 casos de dissecção espontânea do tronco celíaco haviam sido reportados, desde 1959³.

A dissecção espontânea isolada do tronco celíaco é uma entidade rara. A maioria desses casos foi vista em pacientes jovens e foram manejados por meio de cirurgia ou por tratamento conservador. A histologia tem demonstrado que a dissecção ocorre entre a camada elástica íntima e a externa, enquanto que, na dissecção da aorta, o plano de clivagem é entre a primeira e a segunda parte da camada íntima².

As condições atribuídas como causas de dissecção arterial são hipertensão arterial, aterosclerose, trauma, iatrogenia, gravidez, sífilis, poliarterite nodosa, displasia fibromuscular, degeneração cística da média (Síndrome de Marfan) e outros distúrbios congênitos da parede dos vasos (por exemplo, a Síndrome de Ehlers-Danlos)^{5,7}. Outros eventos precipitantes podem ser o estiramento mecânico e o microtrauma causado pelo esforço ou pelo aumento brusco da pressão intra-abdominal, como, por exemplo, espirrar ou levantar. Contudo, na maioria dos casos, a causa da dissecção espontânea isolada do tronco celíaco ainda é desconhecida³.

Apesar de rara, a dissecção isolada de artérias viscerais, historicamente, tem conferido um pior prognóstico. A história natural da doença, até o momento, é imprevisível e o prognóstico depende do grau de comprometimento dos ramos subsegmentares. Sinais agudos de hemorragia ou de isquemia hepática são indicativos de mau prognóstico³.

A manifestação clínica inicial é, mais frequentemente, uma dor abdominal súbita na região epigástrica³. O diagnóstico clínico é difícil, visto que os sintomas são relativamente inespecíficos e superponíveis a outras condições; portanto, é necessário um elevado grau de suspeição clínica. A tríade composta por dor epigástrica súbita, perda de peso e sopro sistólico epigástrico tem sido apontada por alguns autores como patognomônica dessa condição clínica^{4,6}.

Apesar da descrição de que a maioria dos pacientes apresenta dor abdominal, existe frequentemente uma discrepância entre os sintomas relatados e os sinais detectados no exame físico, sendo os primeiros mais intensos do que os últimos. A dissecção crônica da artéria celíaca pode se manifestar com sintomas

DISCUSSÃO

Dissecção arterial é definida como uma separação da parede arterial por um hematoma intramural entre as duas camadas elásticas^{1,5,6}. A dissecção arterial espontânea é mais comum em homens (na proporção de cinco homens para uma mulher), com a média de idade dos pacientes sendo aproximadamente de 55 anos³. A dissecção arterial é dita isolada quando ocorre sem dissecção aórtica associada e tem sido evidenciada, mais frequentemente, em artérias renais e carótidas, porém muito raramente em artérias viscerais^{4,5}. As dissecções extra-aórticas mais comuns, em ordem decrescente de frequência, são: artéria renal, artéria coronária, artéria cerebral, artéria carótida, artéria vertebral e artérias viscerais⁵.

de dor abdominal pós-prandial e perda de peso². A dissecação do tronco celiaco também pode manifestar-se em situações raras, como icterícia obstrutiva ou pancreatite^{1,3}.

Devido à inespecificidade dos sintomas e sinais clínicos, além da necessidade de confirmar a hipótese de dissecação, avaliar sua extensão ou mesmo detectar outras situações patológicas, o diagnóstico geralmente é estabelecido por exames de imagem. Embora, tradicionalmente, a angiografia invasiva seja considerada o exame padrão-ouro para o diagnóstico, recentemente a tomografia computadorizada (TC) tem ganhado cada vez mais importância^{3,4,8,9}. Com os avanços dos aparelhos de TC e das técnicas de obtenção das imagens, permitindo que reconstruções bi e tridimensionais de alta qualidade sejam criadas, a TC, com administração de contraste através de bomba injetora, ou angiotomografia, tem se tornado uma das modalidades diagnósticas mais úteis para avaliar dissecações de artérias viscerais e para fornecer detalhes sobre o curso da dissecação e a sua extensão para ramos do sistema arterial^{4,5,8}. Além disso, os exames de angiotomografia permitem realizar comparações de seguimento e mensurações da extensão da doença, com grande reprodutibilidade e acurácia^{5,8}. Vários estudos sugeriram que o exame de angiotomografia é uma alternativa precisa e menos invasiva do que a angiografia para o diagnóstico e acompanhamento seriado das imagens de dissecação arterial^{5,8,10}. Corroborando com isso, recentes pesquisas têm mostrado que o diagnóstico e o acompanhamento por angiotomografia têm uma diminuição significativa na morbidade, em comparação com a angiografia^{3,4,8,10}. Assim, a angiotomografia é considerada atualmente o principal exame de imagem para o diagnóstico de dissecação do tronco celiaco, embora a angiorressonância, a ultrassonografia com Doppler e a angiografia convencional também possam ser usadas^{2,10}.

A dissecação do tronco celiaco pode ser acompanhada pela formação de um aneurisma arterial^{3,5,9}. Os achados diagnósticos de imagem na angiotomografia, de acordo com Kim et al., incluem uma delaminação intimal, que é patognomônica, ou um trombo excêntrico mural no lúmen arterial, o que deve aumentar a suspeita de dissecação^{2,11}. Devido ao fato de que a delaminação intimal nem sempre é visível, a visualização do trombo mural pode ser a única pista para a presença de dissecação^{2,3,5,11}. Nessas circunstâncias, um diagnóstico equivocado de dissecação como uma oclusão tromboembólica pode levar a uma trombólise farmacológica desnecessária^{2,3,5,11}. Silvestre et al. demonstraram um caso com ocorrência simultânea de aneurisma e dissecação do tronco celiaco, esta última identificada

na angiotomografia como falha de enchimento linear compatível com lâmina de dissecação¹². A densificação dos planos adiposos em torno do tronco celiaco também é outro achado tomográfico que pode ser visto em casos de dissecação espontânea. Esse achado pode ser preditivo da predisposição para a extensão da dissecação para os vasos adjacentes³.

O tratamento ideal da dissecação da artéria celiaca ainda permanece controverso, devido à raridade dessa condição, além de depender do estado hemodinâmico do paciente, dos vasos comprometidos, da resposta ao tratamento conservador e do desenvolvimento de complicações⁵. Várias complicações vasculares têm sido descritas, como a propagação da dissecação para os vasos adjacentes, causando infartos viscerais, além do desenvolvimento de aneurismas. O motivo da formação desses aneurismas ainda não está claro, mas pode representar uma predisposição genética individual para o enfraquecimento da parede arterial, a ruptura vascular e a isquemia mesentérica³.

Caso o paciente esteja hemodinamicamente estável, a conduta conservadora tem sido empregada. Os objetivos do tratamento clínico conservador incluem não somente prevenir a progressão da dissecação através do controle da pressão arterial, mas também evitar as complicações tromboembólicas por meio do uso de anticoagulantes^{3,4,8}. Portanto, a terapia com agentes anticoagulantes ou antiplaquetários por 3 a 6 meses com um Índice Internacional Normalizado (INR) alvo de 2.0-3.0, associada ao rigoroso controle da pressão arterial^{5,7}, tem sido recomendada para a prevenção de complicações tromboembólicas. A administração imediata de um anticoagulante após o diagnóstico induz a cicatrização da dissecação com a dissolução do hematoma mural e previne complicações tromboembólicas^{5,8}. Além disso, terapia antiplaquetária secundária é recomendada em pacientes com lesões estenóticas para prevenir trombose². O tratamento conservador também pode incluir drogas anti-hipertensivas, anti-inflamatórias e corticosteroides, além dos anticoagulantes^{2,3}.

A intervenção cirúrgica ou endovascular deve ser considerada nas seguintes situações: quando o paciente está hemodinamicamente instável ou tem dor abdominal persistente, quando o tratamento médico conservador falha no controle da pressão arterial e quando a dissecação está progredindo^{2,3,7}. Isso pode ser avaliado pelo acompanhamento seriado por métodos de imagem, porém, até o momento, não há consenso estabelecido da frequência com a qual tais exames devem ser realizados². Se a angiotomografia mostrar extravasamento ativo do contraste no tronco celiaco, o tratamento de escolha é a laparotomia de urgência^{3,4,8}. Infelizmente, mesmo

com o manejo cirúrgico imediato, aqueles com hemorragia ativa têm mortalidade estimada em 50%⁴.

O tratamento cirúrgico da dissecção do tronco celiaco é realizado para prevenir complicações agudas, como a ruptura de aneurisma e a isquemia mesentérica, ou para prevenir complicações crônicas, como a estenose. As opções de tratamento cirúrgico incluem a ressecção do segmento dissecado com anastomose ou a criação de um *bypass*. Além disso, a cirurgia permite realizar a biópsia da artéria dissecada, que pode ser necessária para excluir vasculite como a causa da dissecção^{2,10}.

O tratamento endovascular da dissecção do tronco celiaco tem sido raramente relatado, porém a colocação de *stent* endovascular tem sido reportada em casos de dissecção espontânea da artéria mesentérica superior².

Devido à escassez de relatos na literatura, não dispomos de dados consistentes até o momento, avaliando os resultados em longo prazo dos pacientes tratados cirurgicamente em comparação com aqueles submetidos ao tratamento médico conservador⁴.

CONCLUSÃO

A dissecção espontânea do tronco celiaco é uma hipótese que, apesar de incomum, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de pacientes com dor abdominal epigástrica aguda. Avanços na aparelhagem e na técnica têm feito com que a angiotomografia tenha se tornado o exame de imagem de escolha para confirmar o diagnóstico de dissecção, realizar seu acompanhamento e planejar intervenção. Uma falha de enchimento linear na luz do vaso avaliado pode traduzir um sinal direto de dissecção, porém sinais indiretos também devem ser pesquisados. O tratamento ideal ainda não está bem estabelecido, mas pode incluir abordagem conservadora, a intervenção cirúrgica ou endovascular. A obtenção de dados pela angiotomografia pode contribuir com subsídios adicionais para que o cirurgião estabeleça a conduta terapêutica.

REFERÊNCIAS

- Galastri FL, Nasser F, Affonso BB, Amorim JE, Travassos FB. Dissecção espontânea do tronco celiaco: Qual a melhor abordagem terapêutica? *J Vasc Bras*. 2013;12:68-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492013000100014>
- Vaidya S, Dighe M. Spontaneous celiac artery dissection and its management. *J Radiol Case Rep*. 2010;4(4):30-5. PMID:PMC3303389. <http://dx.doi.org/10.3941/jrcr.v4i4.408>
- D'Ambrosio N, Friedman B, Siegel D, Katz D, Newatia A, Hines J. Spontaneous isolated dissection of the celiac artery: CT findings in adults. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;188:W506-11. PMID:17515339. <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.06.0315>
- Ashurst J, Myers P, Evans E. Spontaneous Celiac Artery Dissection: A Rare cause of Abdominal Pain. In: Foundation of Osteopathic Emergency Medicine Competition. Las Vegas, Oct, 2011.
- Liao CY, Chen CB, Hsia CH, Liv CK, Yang AD. Isolated Spontaneous Dissection of the Celiac Artery with Aneurysm Formation. *J Radio Sci*. 2012;37:159-62.
- Chaillou P, Moussu P, Noel SF, et al. Spontaneous dissection of the celiac artery. *Ann Vasc Chir*. 1997;11:413-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s100169900070>
- Fenoglio L, Allione A, Scalabrino E, et al. Spontaneous dissection of the celiac artery: a pitfall in the diagnosis of acute abdominal pain. Presentation of two cases. *Dig Dis Sci*. 2004;49:1223-7. PMID:15387350. <http://dx.doi.org/10.1023/B:DDAS.0000037816.57229.6f>
- Poylin V, Hile C, Campbell D. Medical management of spontaneous celiac artery dissection: A case report and a review of the literature. *Vasc Endovascular Surg*. 2008;42:62-4. PMID:18238870. <http://dx.doi.org/10.1177/1538574407305462>
- Matsuo R, Ohta Y, Ohya Y, et al. Isolated dissection of the celiac artery—a case report. *Angiology*. 2000;51:603-7. PMID:10917586. <http://dx.doi.org/10.1177/000331970005100710>
- Glehen O, Feugier P, Aleksic Y, Delannoy P, Chevalier JM. Spontaneous dissection of the celiac artery. *Ann Vasc Surg*. 2001;15:687-92. PMID:11769152. <http://dx.doi.org/10.1007/s10016-001-0012-0>
- Kim JH, Roh BS, Lee YH, Choi SS, So BJ. Isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery: percutaneous stent placement in two patients. *Korean J Radiol*. 2004;5:134-8. PMID:15235239. <http://dx.doi.org/10.3348/kjr.2004.5.2.134>
- Silvestre JMS, Sardinha WE, Piazzalunga M, Fernandes B, Motta F, Silvestre GS. Dissecção isolada do tronco celiaco: relato de caso. *J Vasc Bras*. 2010;9:152-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492010000300010>

Correspondência

Ernesto Lima Araújo Melo
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Medicina
Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi
CEP 60740-000 – Fortaleza (CE), Brasil
E-mail: ernesto.melo@uece.br

Informações sobre os autores

ELAM é professor adjunto da disciplina de Diagnóstico por Imagem do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), doutor em radiologia pela Universidade de São Paulo (USP), médico radiologista do Centro de Imagens do Hospital Geral César Cals (HGCC) e da Clínica Boghos Boyadjian.
RAS e FTMP são graduandos do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: ELAM, RAS, FTMP
Análise e interpretação dos dados: ELAM, RAS, FTMP
Coleta de dados: ELAM
Redação do artigo: ELAM, RAS, FTMP
Revisão crítica do texto: ELAM, RAS, FTMP
Aprovação final do artigo*: ELAM, RAS, FTMP
Análise estatística: N/A
Responsabilidade geral pelo estudo: ELAM
Informações sobre financiamento: Não houve.

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao *J Vasc Bras*.