

# Disseção Espontânea do Tronco Celiaco: Descrição de Caso e Revisão da Literatura

## Spontaneous Dissection of the Celiac Trunk: Case Description and Literature Review

Rita Pinto Araújo , Alexandra Machado , Gisela Vasconcelos , Teresa Pereira , Andreia Tavares

### Resumo:

A disseção espontânea do tronco celiaco representa uma patologia rara, cuja incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos. O sintoma mais comum é a dor abdominal e o diagnóstico é habitualmente feito por tomografia computadorizada. A etiologia da doença, a sua apresentação e evolução clínica estão ainda mal esclarecidas. Dado ser uma entidade incomum, não existem linhas orientadoras no tratamento ou seguimento, baseando-se a sua abordagem em relatos de casos da literatura.

Os autores apresentam um caso de disseção espontânea do tronco celiaco que ocorreu numa mulher, na terceira década de vida, sem fatores de risco conhecidos e cujo sintoma predominante foi a dor abdominal. Sob tratamento conservador, nomeadamente anticoagulação, verificou-se evolução favorável.

Com a descrição deste caso pretende-se alertar para a importância de reconhecer a disseção espontânea do tronco celiaco no diagnóstico diferencial de dor abdominal.

**Palavras-chave:** Artéria Celiaca; Dissecação da Aorta/diagnóstico por imagem; Dor Abdominal/diagnóstico por imagem.

### Abstract:

Spontaneous dissection of the celiac trunk is a rare pathology, but its incidence has been increasing in recent years. The most common symptom is abdominal pain and the diagnosis is usually made by computed tomography. The etiology of the disease, its presentation and clinical evolution are still unclear. As it is an uncommon entity, there are no guidelines for treatment or follow-up, and its approach is based on case reports in the literature.

The authors present a case of spontaneous dissection of the celiac trunk that occurred in a woman in her third decade of life, with no known risk factors and whose predominant symptom was abdominal pain. Under conservative treatment, namely anticoagulation, there was a favorable evolution.

With the description of this case, we intend to draw attention to the importance of recognizing spontaneous dissection of the celiac trunk in the differential diagnosis of abdominal pain.

**Keywords:** Abdominal Pain/diagnostic imaging; Aortic Dissection/diagnostic imaging; Celiac Artery.

### Introdução

A disseção espontânea do tronco celiaco (DETC) representa uma entidade nosológica rara<sup>1</sup> que foi descrita pela primeira vez em 1947 por Bauersfeld.<sup>2</sup> Nas series de casos publicados parece existir predomínio desta patologia em homens na quinta década de vida.<sup>3,4</sup> Na maioria dos casos não é encontrada uma etiologia definitiva para a disseção,<sup>5</sup> principalmente se não existir envolvimento associado da aorta.<sup>6</sup> A doença aterosclerótica, a hipertensão arterial não controlada, a displasia fibromuscular, o trauma, a gravidez, a doença do tecido conjuntivo e a inflamação periarterial secundária a quadros de colecistite ou pancreatite são alguns fatores de risco conhecidos.<sup>3,6</sup>

A sintomatologia depende do grau de atingimento orgânico, variando entre casos assintomáticos e situações graves de isquemia hepática, intestinal e renal.<sup>3,6</sup> A dor abdominal é o sintoma mais frequente.<sup>5,6</sup> Por vezes, o diagnóstico é feito na sua forma crónica da DETC, na sequência do estudo de angina intestinal ou perda de peso isolada.<sup>3</sup>

O exame complementar de eleição para o diagnóstico é a tomografia computadorizada (TC) abdominal, embora a ecografia, a ressonância magnética (RM) e angiografia também possam ser usadas.<sup>6</sup> Os achados radiológicos mais típicos na TC são o retalho da íntima arterial a condicionar dois lúmens separados, a presença de trombo mural ou a densificação dos planos adiposos perivasculares.<sup>2</sup> Além disso, o exame de imagem pode permitir a avaliação da extensão da disseção ou a presença de complicações.<sup>2</sup>

As principais complicações da DETC são a rutura arterial, isquemia, dilatação aneurismática e trombose.<sup>3</sup> A progressão da disseção para as artérias esplénica e hepática pode provocar enfarte esplénico ou isquemia hepática, respetivamente, sendo que esta última, em casos extremos, pode evoluir para falência hepática aguda.<sup>7</sup>

Atendendo à raridade da DETC, não existem *guidelines* para o seu tratamento, mas este pode assentar numa estratégia conservadora ou invasiva (cirúrgica ou endovascular) de acordo com o caso específico.<sup>5</sup> O tratamento conservador baseia-se no controlo tensional, analgesia, suporte hemodinâmico e nutricional e na utilização de terapêutica antitrombótica (antiagregação ou anticoagulação).<sup>4,5</sup> Esta última deve ser mantida, na ausência de contraindicação, por um período de pelo menos 3 a 6 meses.<sup>1,3</sup> Na presença de complicações, a cirurgia convencional ou angioplastia são os recursos a utilizar.<sup>5</sup>

No *follow-up*, a maioria dos doentes apresenta estabilidade imagiológica, embora alguns desenvolvam tardiamente aneurisma do tronco celíaco.<sup>8</sup>

### Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 46 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes e com rastreios oncológicos ajustados à idade normais. Negava hábitos tabágicos, alcoólicos e toxifílicos. Sem história familiar relevante. Negava alergias medicamentosas e estava, habitualmente, medicada com desogestrel.

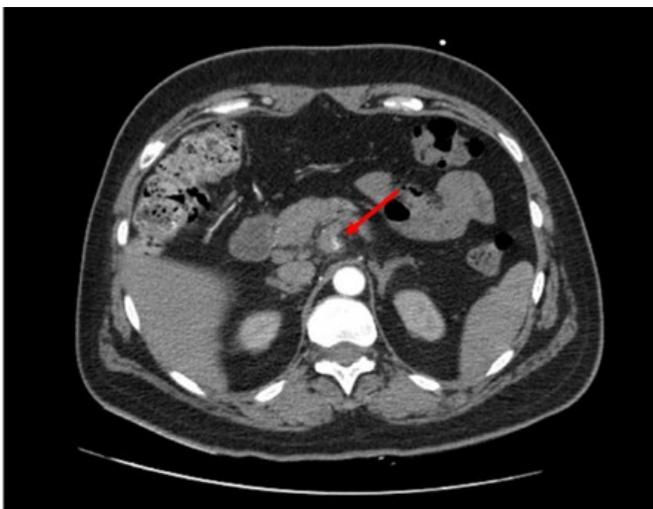
Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, localizada no flanco esquerdo, de início súbito, classificada como 8/10 na escala numérica de intensidade da dor, sem fator precipitante ou de alívio identificado. Concomitantemente referia náusea, mas sem vômitos ou outros sintomas gastrointestinais. Negava ainda outros sintomas na revisão por aparelhos e sistemas ou história de traumatismo abdominal. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação superficial e profunda do flanco esquerdo, sem outras alterações relevantes. Do estudo analítico complementar a destacar leucocitose (leucócitos 12 600 células/mm<sup>3</sup>) com predomínio de neutrofilia e ligeira hepatite com padrão hepatocelular

(aspartato aminotransferase 76 U/L e alanina aminotransferase 82 U/L). Sem outras alterações no hemograma, função renal e ionograma normais, sem elevação das enzimas pancreáticas e cardíacas nem da proteína C reativa. Gasimetria arterial sem alterações, nomeadamente hiperlactacidemia. O eletrocardiograma e a radiografia do tórax eram, também, normais. Foi realizada TC abdomino-pélvica (Fig. 1) que mostrou: oclusão parcial do tronco celíaco, artéria esplénica e hepática com lúmen permeável milimétrico, colocando-se a hipótese de disseção do tronco celíaco com extensão aos seus ramos; sem evidência de processo inflamatório da aorta e seus ramos; extensas áreas de hipoperfusão esplénica no contexto de enfarte; restantes órgãos abdominais normais, sem adenomegalias ou líquido livre.

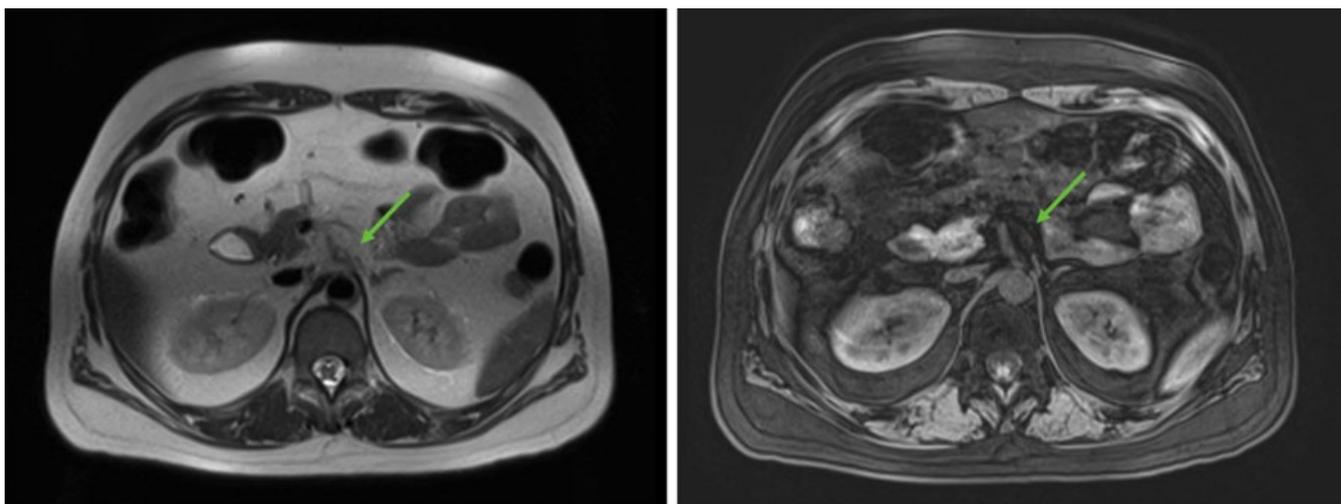
Para maior monitorização, a doente foi admitida para internamento na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos, em orientação conjunta com a equipa de Cirurgia Vascular. Iniciou-se anticoagulação em dose terapêutica com enoxaparina (1 mg/kg de 12/12 horas), sem intercorrências. Procedeu-se a monitorização hemodinâmica invasiva contínua, mantendo perfil tensional e cronotrópico no alvo sem necessidade de fármacos. Para controlo algico, foi instituída analgesia fixa com necessidade de opióide forte para adequado controlo. A doente permaneceu em pausa alimentar durante 48 horas com posterior introdução progressiva da alimentação, com tolerância.

Durante o internamento, foi realizado estudo analítico seriado e RM abdominal (Fig. 2), verificando-se estabilidade imagiológica e das alterações analíticas hepáticas, sem novas complicações documentadas.

Do ponto de vista de estudo etiológico foi excluída infeção ativa e doença autoimune. O estudo de trombofilias foi igualmente negativo, nomeadamente sem critérios analíticos para a síndrome do anticorpo antifosfolípido, mutações do gene



**Figura 1:** Corte transversal de TC abdomino-pélvica a mostrar oclusão parcial do tronco celíaco e da artéria hepática e completa da artéria esplénica (seta vermelha) e área hipodensa no baço compatível com enfarte esplénico (seta amarela).



**Figura 2:** Corte transversal de RM abdominal (ponderação T1 e T2 nas figuras A e B, respectivamente) a mostrar ausência de preenchimento inicial do tronco celíaco, concordante com a hipótese de disseção (setas verdes).

protrombina (*G20210A*) e do fator V (*G1691A*) não detetadas e doseamento de antitrombina, proteína C funcional e proteína S livre normal. A tomografia por emissão de positrões realizada no internamento não mostrou achados que sugerissem vasculite. Acresce a ausência de alterações sugestivas de causa paraneoplásica em doente previamente assintomática e com rastreios oncológicos ajustados à idade normais.

Assim, a doente apresentou evolução favorável, tendo alta ao sétimo dia de internamento sob tratamento com varfarina. Não foi recomendada a suspensão do desogestrel dado o baixo risco trombótico associado em doente anticoagulada.

Na reavaliação aos 3 meses, apresentava-se assintomática e sem alterações ao exame físico. Do ponto de vista analítico houve normalização das enzimas hepáticas e a TC de reavaliação mostrava disseção complexa do tronco celíaco com extensão às artérias esplênica, gástrica esquerda e hepática comum, mas sem evidência de complicações de novo. Tendo em conta estes achados, e excluídas previamente causas de trombofilia, foi decidido manter anticoagulação até aos 6 meses.

## Discussão

A DETC é uma patologia considerada rara, mas que nas últimas décadas tem vindo a ser mais frequentemente descrita, fruto da maior acuidade diagnóstica dos exames de imagiologia.<sup>6,8</sup> Numa pesquisa na PubMed, usando o termo “dissecção da artéria celíaca”, identificou-se 186 casos de DETC, notificados entre 2004 e 2015, sendo que 140 deles foram descritos depois de 2010.<sup>8</sup> Quando a dissecção se origina no interior da própria artéria, não envolvendo a aorta, é chamada de espontânea.<sup>9</sup>

No caso específico descrito, trata-se de uma doente do género feminino na terceira década de vida (não correspondendo à epidemiologia mais típica) e sem qualquer fator de risco para a ocorrência de DETC. Apesar de inespecífica,

a dor abdominal súbita foi o sintoma predominante, sendo concordante com o descrito na literatura.

Tal como recomendado, o diagnóstico foi feito por TC abdominal, estando presentes os achados mais comuns, nomeadamente o retalho da íntima arterial. O estudo analítico destes doentes costuma ser normal, embora possam surgir alterações do perfil hepático, das enzimas pancreáticas ou elevação dos marcadores inflamatórios se houver extensão da dissecção às artérias subjacentes ao tronco celíaco.<sup>7</sup> Aquando da dissecção da artéria esplênica, o enfarte esplênico tende a ocorrer em 60% dos casos.<sup>9</sup> No caso particular da doente descrita, as alterações analíticas eram ligeiras, apresentado apenas discreta hepatite com padrão hepatocelular que, apesar da presença de dissecção da artéria hepática comum, se manteve estável ao longo do tempo e sem complicações. O enfarte esplênico presente e extenso pode ter contribuído para a intensidade da dor abdominal.

Dada a ausência de complicações *major*, foi decidido pelo tratamento conservador. Relativamente ao controlo tensional, na ausência de dados específicos para a dissecção do tronco celíaco, usou-se como referência os mesmos alvos dos síndromes aórticos. A terapêutica farmacológica não está totalmente definida na literatura e a sua escolha depende da experiência de cada centro hospitalar. Sabe-se que os fármacos anticoagulantes são preferíveis nos casos de artérias com lúmen verdadeiro com estenoses graves,<sup>10</sup> daí a escolha pela enoxaparina como tratamento no caso da doente apresentada. A evolução da doente foi favorável com estabilidade clínica e imagiológica. Como à data de alta ainda se aguardava o resultado do estudo das trombofilias, optou-se por iniciar um antagonista da vitamina K.

Uma vez que o estudo etiológico realizado (imune, infeccioso, paraneoplásico e metabólico) foi negativo, mesmo após repetição, e não havendo história de trauma abdominal ou envolvimento aórtico, foi assumida DETC idiopática.

A literatura sugere que o *follow-up* dos doentes seja feito em ambulatório, sendo que nos assintomáticos a reavaliação por TC deve ser feita 3 a 6 meses depois e, se doença estável, 1 a 2 anos após. Se existir resolução da disseção ou estabilidade sintomática e imagiológica, o doente poderá ter alta.<sup>10</sup>

No caso particular da doente apresentada, na ausência de fator etiológico ou contraindicação para anticoagulação, foi decidido manter anticoagulação por 6 meses. A reavaliação aos 3 meses mostrou estabilidade da disseção em TC e ausência de sintomas, pelo que se prevê nova repetição de imagem abdominal aos 6 meses.

Em suma, com a descrição deste caso clínico, os autores pretendem enfatizar que, apesar de se tratar de um sintoma comum, a dor abdominal pode ser a primeira manifestação de entidades raras, como a DETC, principalmente em casos de dor de difícil controlo e quando patologias mais comuns não são identificadas. É necessário reconhecer a DETC no diagnóstico diferencial de dor abdominal, principalmente no serviço de urgência, por forma a que se apliquem os exames complementares adequados ao diagnóstico e que o doente possa receber o melhor tratamento disponível à luz da evidência científica atual. ■

### Apresentações / Presentations

Trabalho apresentado no 29º Congresso Nacional de Medicina Interna em maio de 2023.

### Declaração de Contribuição

RPA, AM, GV, TP, AT – Conceção do artigo

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

### Contributorship Statement

RPA, AM, GV, TP, AT - Article design

All authors approved the final draft.

### Responsabilidades Éticas

Responsabilidades Éticas Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

### Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2024. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

### Correspondence / Correspondência:

Rita Pinto Araújo - rita.pinto.araujo92@gmail.com

Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Entre-o-Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal.

R. Dr. Cândido Pinho 5, 4520-211 Santa Maria da Feira

Recebido / Received: 2023/11/21

Aceite / Accepted: 2024/01/31

Publicado online / Published online: 2024/07/05

### REFERÊNCIAS

- Schrijvers R, Van De Mierop F, De Schepper B, Sprengers D, Dero I, D'Archangeau O, et al. Spontaneous dissection of the celiac trunk: a rare cause of abdominal pain--case report and review of the literature. *Acta Gastroenterol Belg.* 2013;76:335-9.
- Soares J, Matos E, Gomes S, Costa F, Pereira T, Portugal P. Disseção espontânea do tronco celíaco – a propósito de um caso clínico. *Acta Radiol Port.* 2014. 103: 57-60
- Abugroun A, Natarajan A, Daoud H, Khalaf H. Spontaneous celiac artery dissection presenting with splenic infarction: a case report. *Gastroenterol Res.* 2018;11:379-82. doi: 10.14740/gr1065w.
- Zhou F, Zheng Z, Pan Y. General features, management strategies, and outcomes of symptomatic spontaneous isolated celiac artery dissection. *Front Surg.* 2022;9:972276. doi: 10.3389/fsurg.2022.972276.
- Galastrí F, Nasser F, Affonso B, Amorim J, Travassos F. Disseção espontânea do tronco celíaco: qual a melhor abordagem terapêutica?. *J Vasc Bras.* 2013;12: 68-74.
- Galastrí FL, Cavalcante RN, Motta-Leal-Filho JM, De Fina B, Affonso BB, de Amorim JE, et al. Evaluation and management of symptomatic isolated spontaneous celiac trunk dissection. *Vasc Med.* 2015;20:358-63. doi: 10.1177/1358863X15581447.
- Hoglund JR, Blackwell JH, Gibbs MA. Spontaneous celiac artery dissection. *Am J Emerg Med.* 2020;38:1545.e3-1545.e5. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.041.
- Hosaka A, Nemoto M, Miyata T. Outcomes of conservative management of spontaneous celiac artery dissection. *J Vasc Surg.* 2017;65:760-5.e1. doi: 10.1016/j.jvs.2016.09.058.
- Pateman Aciu S, Petrochko J, Bassik N, Fisher J. Spontaneous isolated celiac and splenic artery dissection with splenic infarction. *Radiol Case Rep.* 2022;17:2085-91. doi: 10.1016/j.radcr.2022.03.060.
- Kang SH, Park HS, Yoon CJ, Shin CS, Yoo KC, Lee T. Mid- to long-term outcomes in management of spontaneous isolated coeliac artery dissection (SICAD). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2020;59:247-53. doi: 10.1016/j.ejvs.2019.09.510.