

Mediolisis arterial segmentaria como causa de sangrado peritoneal en un paciente anticoagulado

Segmental arterial medylolysis cause by peritoneal bleeding in an anticoagulated patient

Gómez, Mariela¹; Cordini, Gregorio¹; Juárez, María de los Angeles², Duran Paredes, Victoria²

¹División Hematología

²Departamento de Patología, Hospital de Clínicas José de San Martín

marielafernandez@gmail.com

Fecha de recepción: 11/07/2014
Fecha de aprobación: 20/07/2014



IMÁGENES EN
HEMATOLOGÍA

HEMATOLOGÍA, Vol.18 N° 2: 179-182
Mayo - Agosto 2014

Resumen

Se presenta el caso de un paciente de 66 años, anticoagulado crónicamente por una fibrilación auricular paroxística recurrente que se internó por síncope asociado con dolor abdominal difuso y un descenso del hematocrito de 23 puntos. Por tomografía axial computada de abdomen se constató un voluminoso sangrado peritoneal. La arteriografía evidenció un aneurisma de la arteria gastroepiploica, que se resecó mediante cirugía. La anatomía patológica de la lesión arterial arrojó el diagnóstico de mediolisis arterial segmentaria (MAS).

Palabras claves: mediolisis arterial segmentaria; hemoperitoneo; anticoagulación.

Abstract

We report a 66 years old male patient, in chronic oral anticoagulation due to a recurring paroxysmal atrial fibrillation, admitted for syncope associated with diffuse abdominal pain and a 23 points fall in his hematocrit value. A computed tomographic scan detected a profuse peritoneal bleeding. An abdominal arteriography showed a gastroepiploic artery aneurysm which was surgically resected. Arterial histopathologic study revealed a segmental arterial mediolysis (SAM).

Key words: segmental arterial mediolysis; peritoneal bleeding; anticoagulation.

Caso clínico

Paciente masculino de 66 años de edad con antecedentes de ex fumador, hipertensión arterial, estenosis aórtica de leve a moderada y de fibrilación auricular paroxística, anticoagulado con acenocumarol, con adecuado control de su anticoagulación -con 80% de sus controles en rango terapéutico-.

Dos días antes de la consulta comenzó con episodios pre-síncopales y un episodio sincopal el día de la misma.

Al examen físico de ingreso presentó una presión arterial de 110/70 mmHg; una frecuencia cardíaca de 150/minuto; ausencia de fiebre y de hipoxemia; un soplo sistólico 2/6 a predominio de foco mitral sin irradiación; y dolor leve a la palpación profunda en la región del hipogastrio, sin defensa ni reacción peritoneal.

El laboratorio mostró un hematocrito de 23%; hemoglobinemias: 7,9 g/dL; recuento de plaquetas: 236.000/ μ L; Urea: 43 mg/dL; creatinina: 1 mg/dL; LDH: 343 U/L; TP: 47%; APTT: 53"; RIN: 1,54; y una eritrosedimentación de 18 mm. La radiografía de tórax no mostró hallazgos relevantes.

Por manifestar dolor abdominal leve y detectarse una disminución del hematocrito de 46% a 23%, se realizó una tomografía computada de abdomen sin contraste. Tras detectarse un sangrado intraperitoneal se realizó angiotomografía de vasos abdominales (Figura1) y una angiografía abdominal en la que se constató un aneurisma de la arteria gastroepiploica izquierda, que se resecó quirúrgicamente. El resultado de la anatomía patológica arrojó el diagnóstico de Mediolisis Arterial Segmentaria (fase regenerativa) (Figura2)

ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMINAL



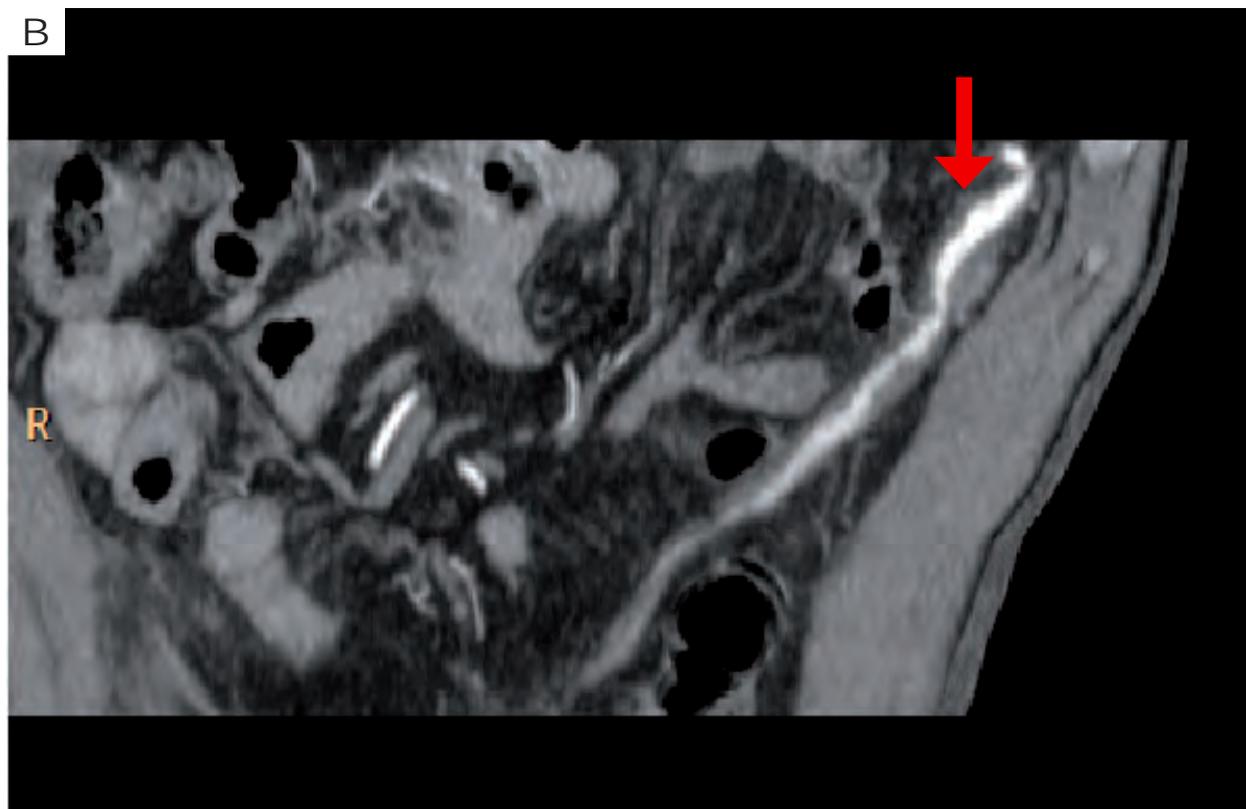
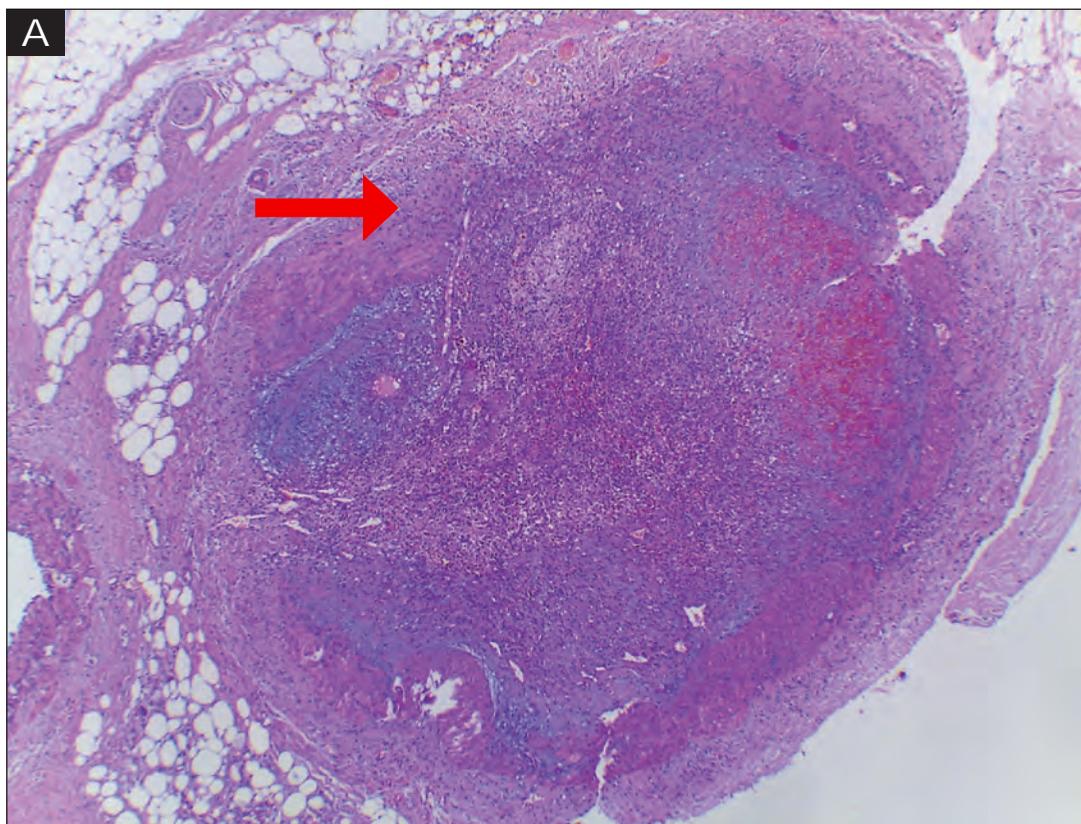


Figura 1: A: aneurisma de arteria gastroepiploica, visto en un corte transversal (flecha). Hemoperitoneo (cabeza de flecha).
B: aspecto irregular de la luz de la arteria aneurismática en un corte longitudinal de la misma (flecha).



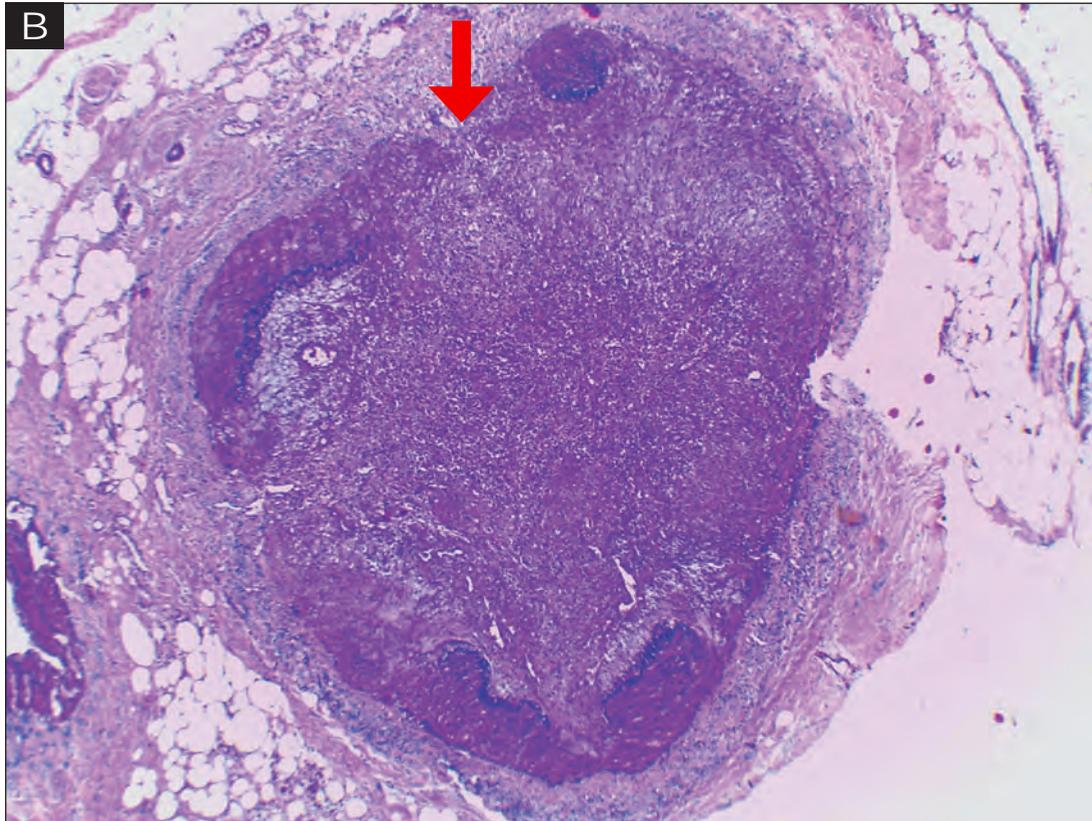


Figura 2: A (H-E 40x): Arteria gastroepiploica con *disrupción de la capa arterial media y reemplazo por tejido de granulación (flecha).*

B (Técnica Azul victoria 40x): *Disrupción de la capa arterial media y de la elástica interna con reemplazo por tejido granular (flecha).*

Comentario

La MAS es una arteriopatía no aterosclerótica y no inflamatoria, descrita por primera vez en 1976, de etiología desconocida. Se cree que es un precursor o variante de la displasia fibromuscular. Se caracteriza histológicamente por una fase de injuria inicial en la cual se observa vacuolización y lisis de la capa media arterial con la separación de la adventicia, que conduce a la formación de aneurismas y ruptura de los vasos. En la fase reparativa, un tejido de granulación rico en capilares reemplaza el sitio de mediolisis transmural y se extiende hacia la adventicia e íntima adyacente. Clínicamente se puede presentar con dolor abdominal difuso o sangrado catastrófico. Su mayor incidencia ocurre entre la quinta y sexta década. La presencia de disecciones segmentarias que afectan el tronco celíaco, las arterias mesentéricas y/o las renales son características distintivas de la MAS. Es rara su presentación múltiple y en la arteria gastroduodenal. Su mortalidad es cercana al

50%, por lo que requiere de una intervención quirúrgica o de un procedimiento endovascular, en las complicaciones agudas, para prevenir la muerte por sangrado. En ausencia de dichas complicaciones, la MAS es una enfermedad que con frecuencia se autolimita, con reparación por cicatrización de la pared arterial, por lo que -ante su detección- se adopta un seguimiento expectante.

Bibliografía

- Anil KP, Shams I, Reymond W. Segmental arterial mediolysis. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2014; 37, 604-612.
- Di Martino Ortiz B, Menarguez Palanca J. Mediolisis arterial segmentaria de la arteria esplénica. *Revista Española de Patología* 2002; 35, 221-226.
- Slavin R. Segmental Arterial Mediolysis: A clinical-pathologic review. *World Journal of Cardiovascular Diseases* 2013; 3, 64-81.
- Slavin R. Segmental arterial mediolysis; course, sequel, prognosis, and pathologic-radiologic correlation. *Cardiovascular Pathology* 2009; 18, 352-360.