

Síndromes de compresión vascular en abdomen y pelvis: Hallazgos imagenológicos



Altieri Mohedano Hugo; Larrañaga Nebil; Espil German; Prado Fabiana;
Romualdo Jesica; Kozima Shigeru

HOSPITAL DE AGUDOS DR COSME ARGERICH



INTRODUCCION

Estas entidades son un desafío diagnóstico ya que la mayoría de los hallazgos por imágenes necesitan de un cuadro clínico característico para poder definirlos categóricamente

Los hallazgos se superponen y complementan siendo de utilidad la ecografía, el Doppler, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y angiografía convencional para evaluar la anatomía y las consecuencias hemodinámicas (colaterales)

OBJETIVO



- Revisar las patologías abdominales que implican en su etiopatología una compresión vascular extrínseca
- Correlacionar los hallazgos por imágenes en el contexto clínico del paciente



SINDROMES	COMPROMISO
Ligamento arcuato medio	Tronco celíaco
Wilkie	3era porción del duodeno
Cascanueces	Vena renal izquierda
May-Thurner	Vena ilíaca común izquierda
De la unión ureteropielica	Sistema uroexcretor

Síndrome del ligamento arcuato medio

O de Dunbar es una compresión del tronco celíaco por el ligamento arcuato medio, el cual es un arco fibroso que une las cruras diafragmáticas

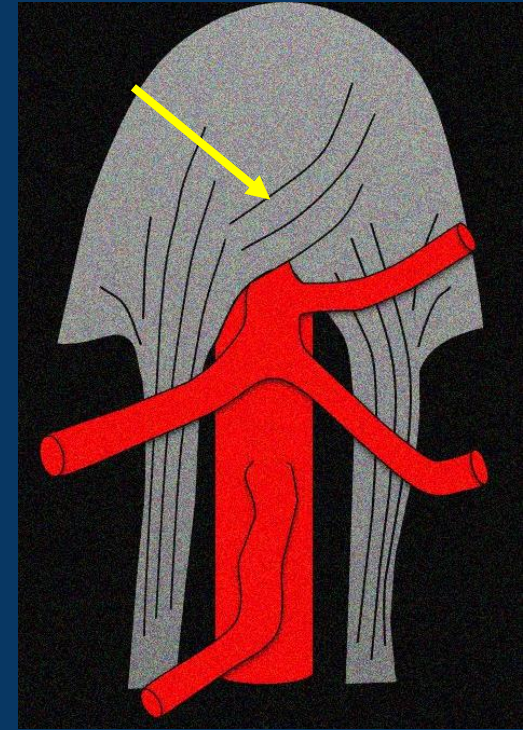
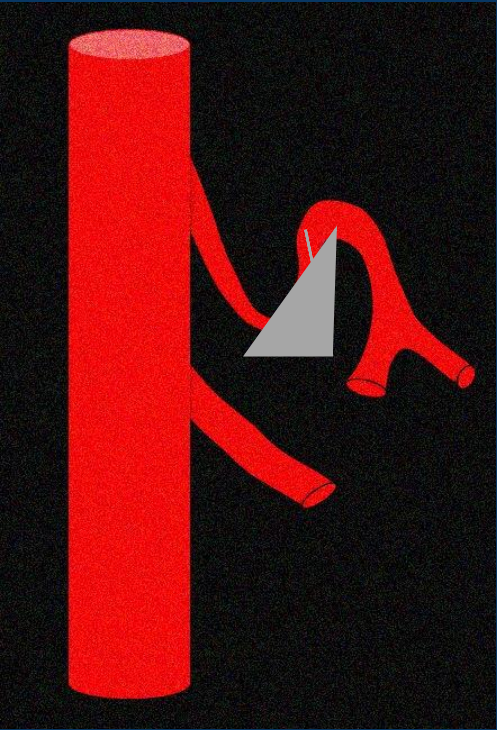
Etiopatogenia:

- Presenta una inserción baja (10-24%)
- Origen alto del tronco celíaco en la aorta

Aumenta con la espiración

Incidencia de 2/100.000

Más frecuente en mujeres





argerich



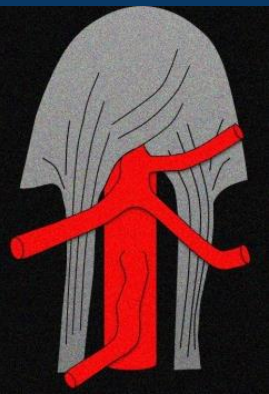
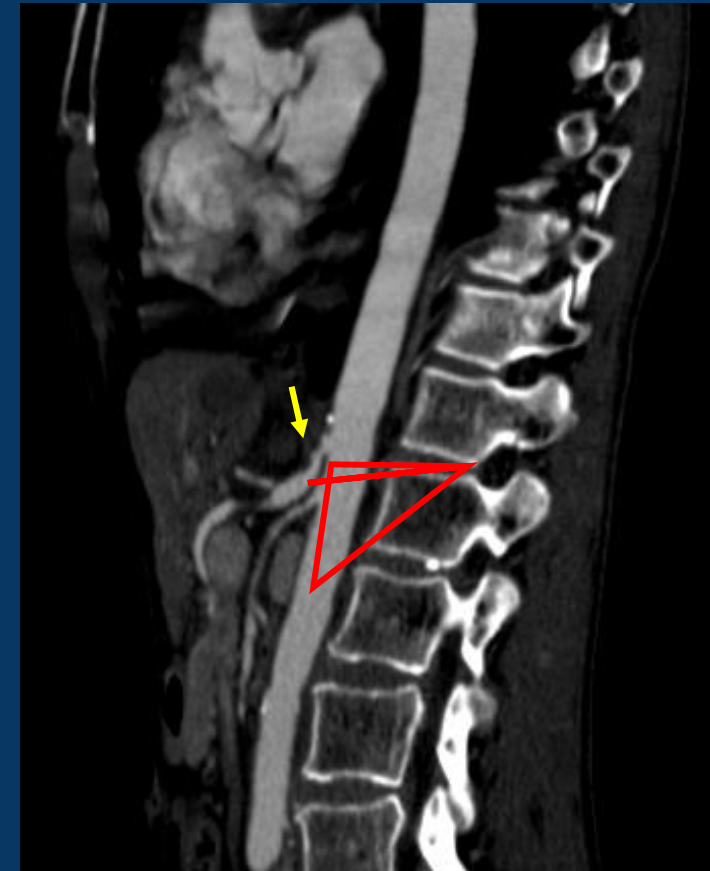
La mayoría son asintomáticos, de presentarse, es dolor abdominal recurrente, pérdida de peso, vómitos y diarrea

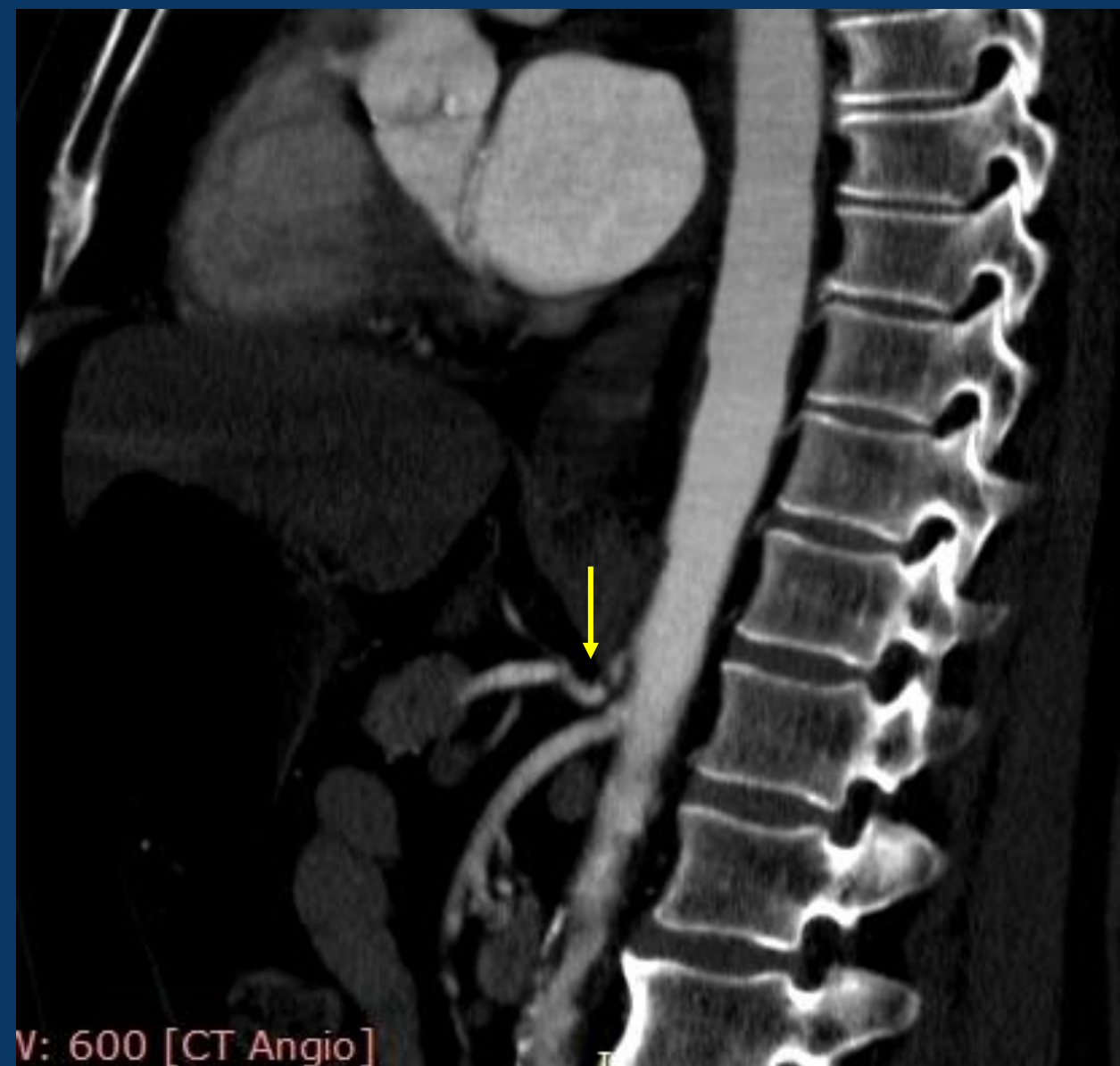
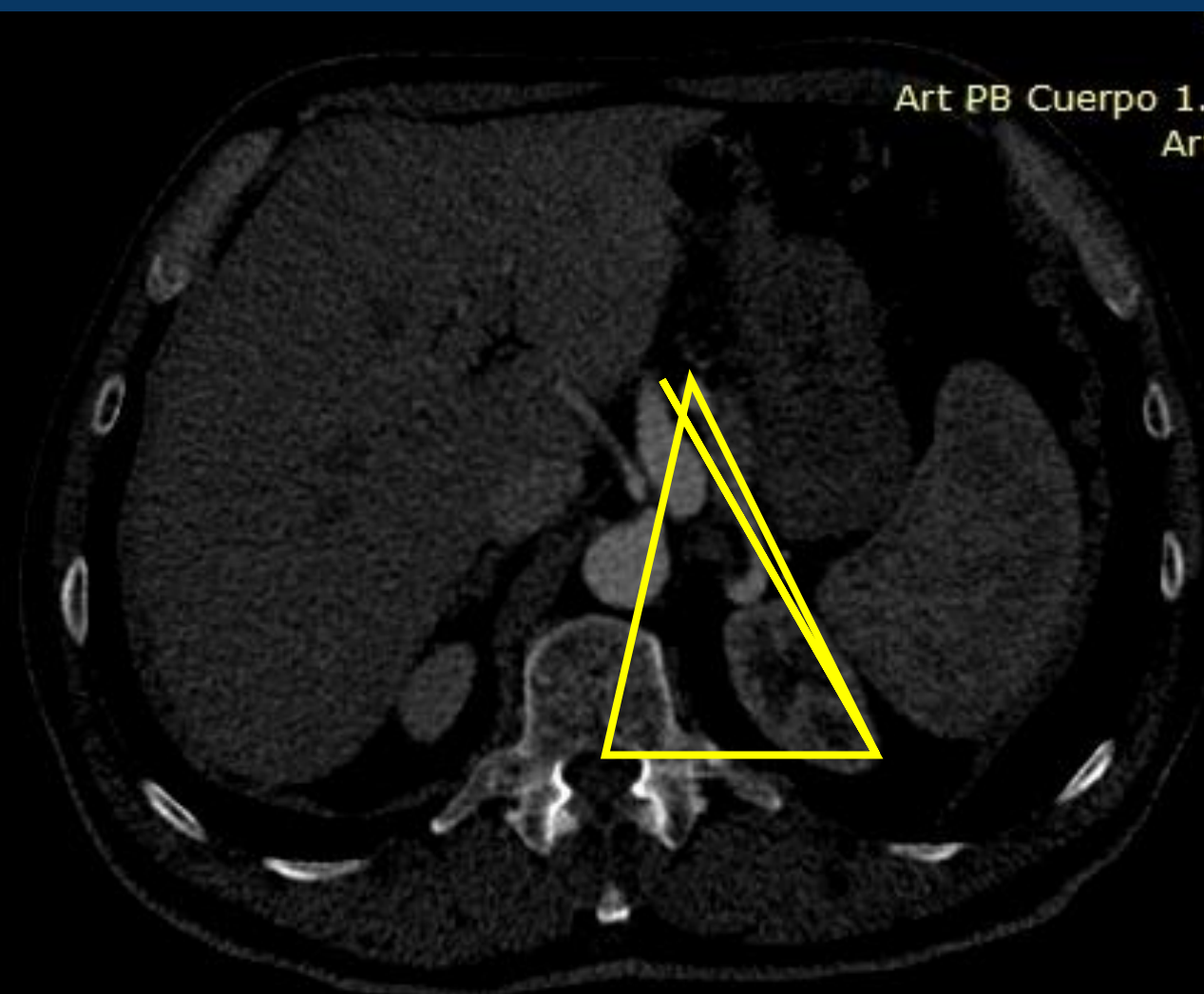
La **angioTC** es el “Gold standard” para el diagnóstico

Observándose un estrechamiento focal del tronco celíaco

Si es severa pueden formar colaterales

En Doppler las vel > 200 cm/s son sugestivas de estenosis





Síndrome de Wilkie

Causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal alta

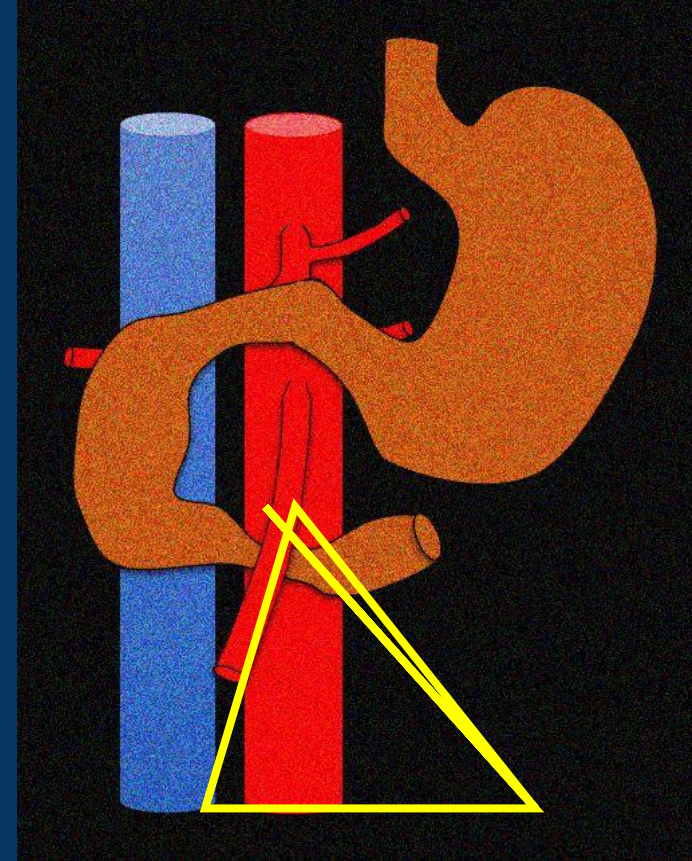
Compresión del duodeno entre la aorta abdominal (Ao) y la arteria mesentérica superior (AMS)

Pueden estar implicados trastornos de la alimentación, postoperatorio, enfermedades de la columna vertebral

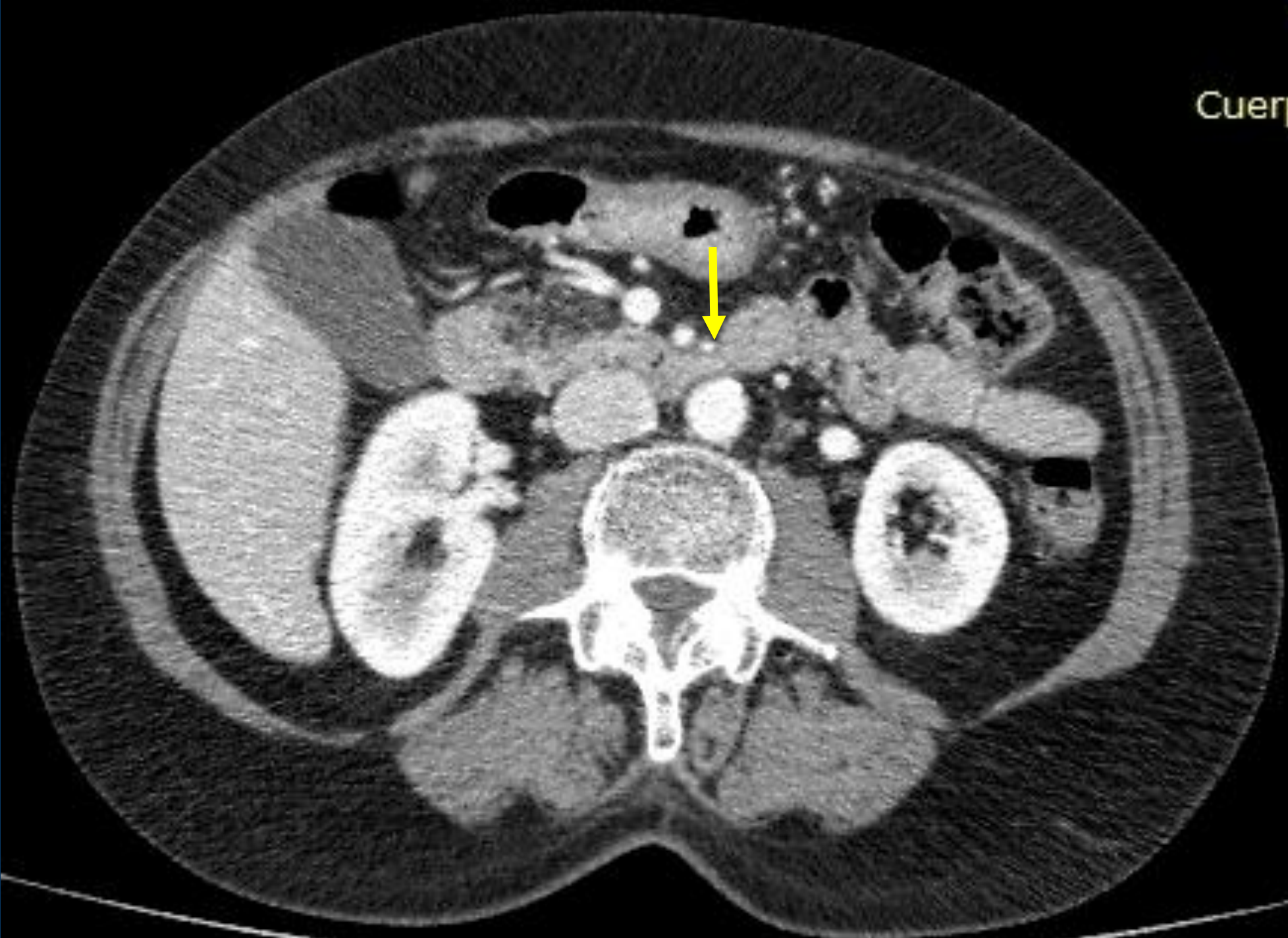
Clínica: pérdida ponderal, saciedad precoz, dolor epigástrico

AngioTC ha demostrado mayor sensibilidad, observándose:

- Duodeno dilatado
- Compresión duodenal por la AMS
- Angulo aortomesentérico menor de 20°



Cuerpo



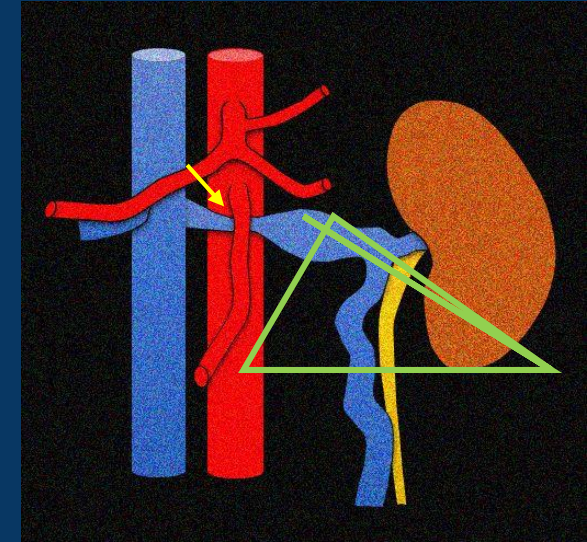
Síndrome de Nutcracker o de cascanueces

Dos formas:

- **Anterior:** Compresión de la vena renal izquierda (VRI) entre la Ao y AMS, por una disminución de su ángulo
- **Posterior:** Compresión VRI es retroaórtico esta comprimida entre la Ao y el raquis

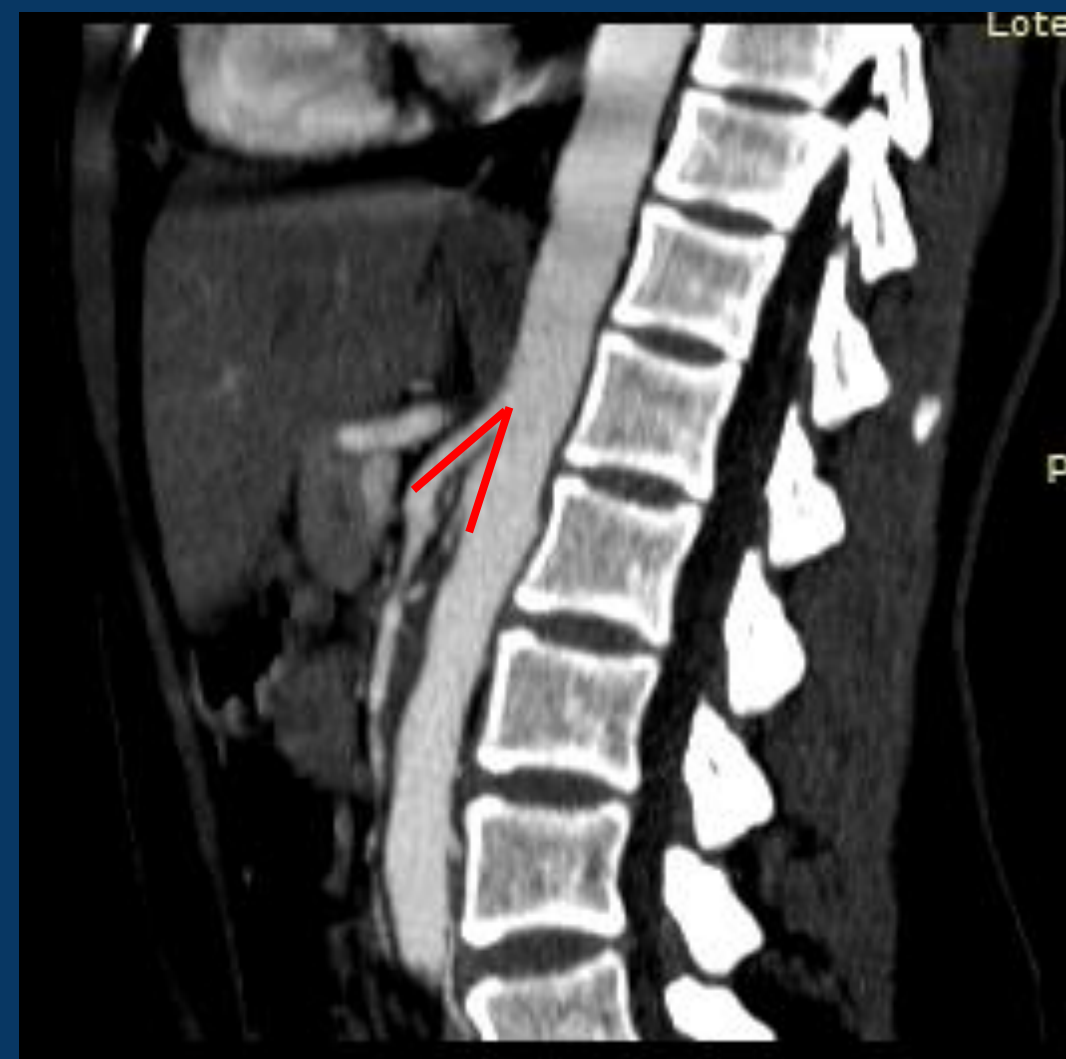
Mayor incidencia en jóvenes y un poco más común en mujeres

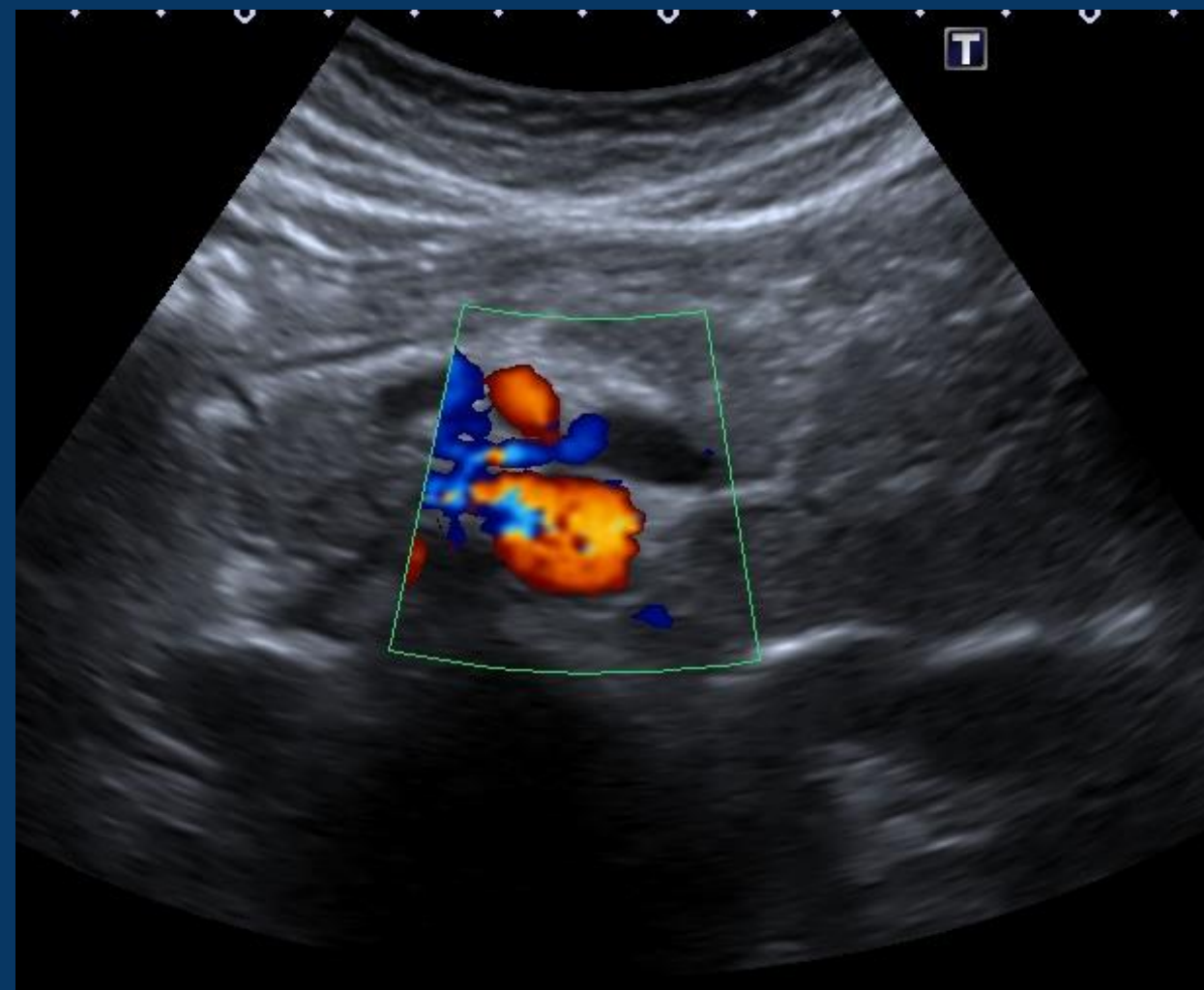
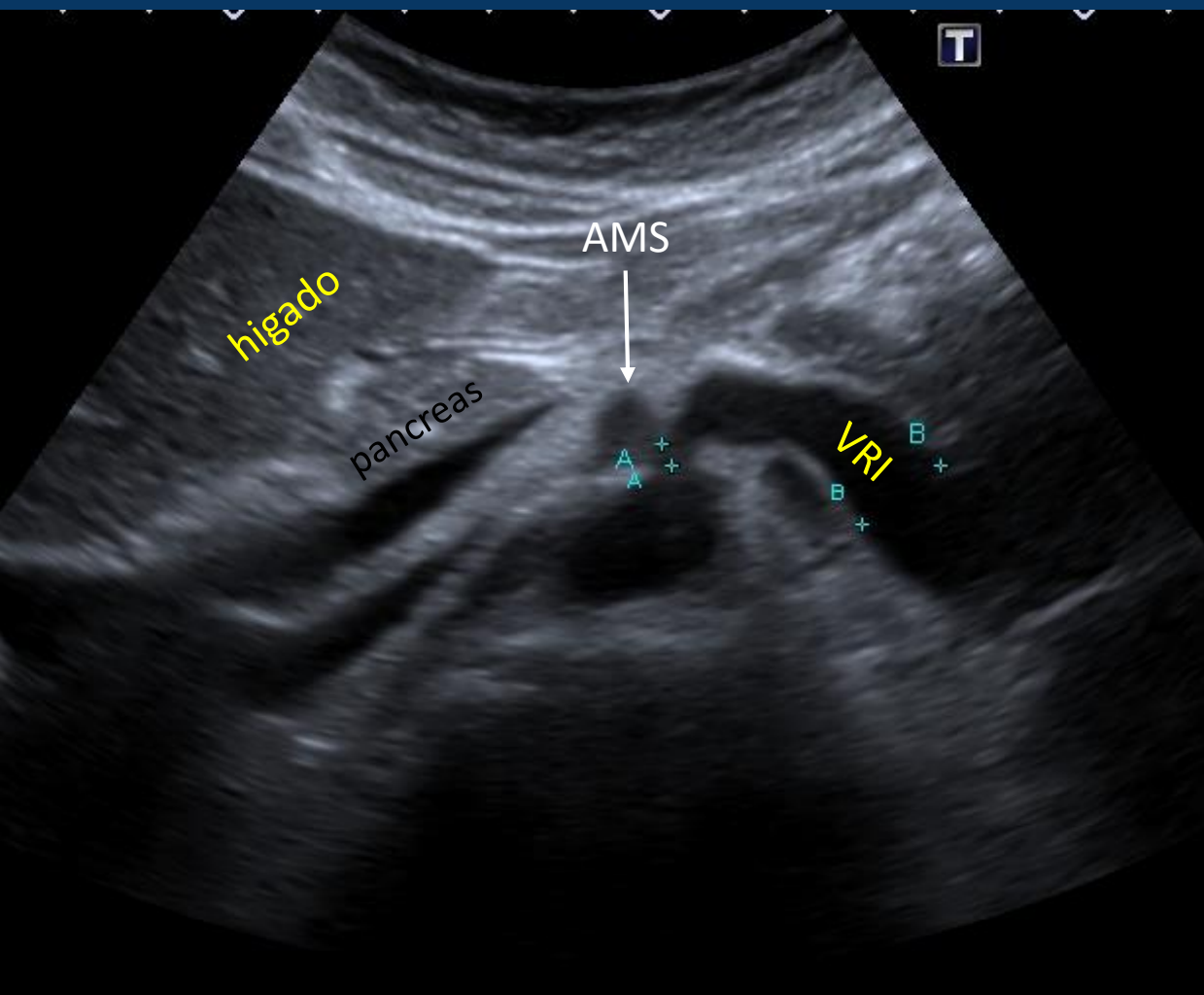
La hematuria es lo más común, pero muy raro, otras varicocele en varones y síndrome de congestión pélvica en mujeres





- Ecografía Doppler: Un ratio de velocidad pico sistólica distal/proximal mayor de 5
- TCMD y/o RM con contraste intravenoso: Muestran las relaciones anatómicas y sus consecuencias hemodinámicas (dilatación preestenótica y venas pélvicas/periureterales dilatadas)
- Venografía retrógrada: es la prueba diagnóstica definitiva. Un gradiente de presión reno-cava $>$ de 3 mmHg







Síndrome de May Turner

Es la compresión patológica de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha

Dolor e inflamación a nivel de la extremidad con trombosis venosa profunda (TVP)

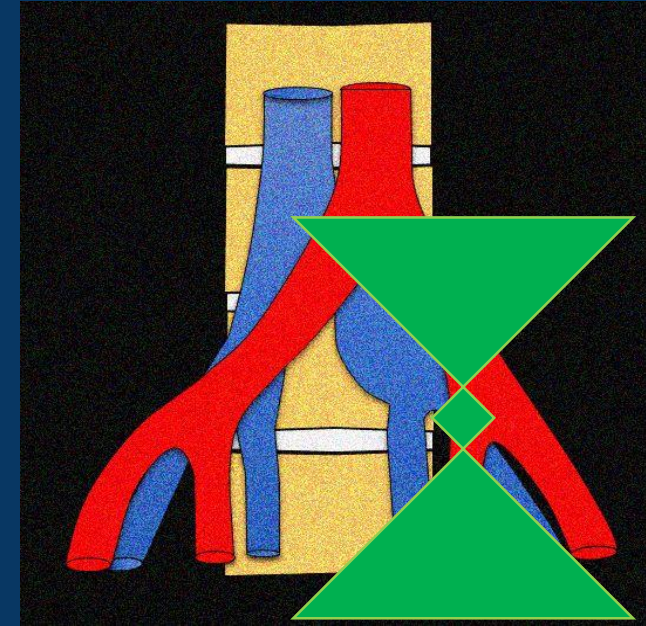
Se produce por las pulsaciones crónicas de la arteria sobre la vena con posterior formación de adhesiones fibróticas

Es prevalente en jóvenes y mujeres de mediana edad

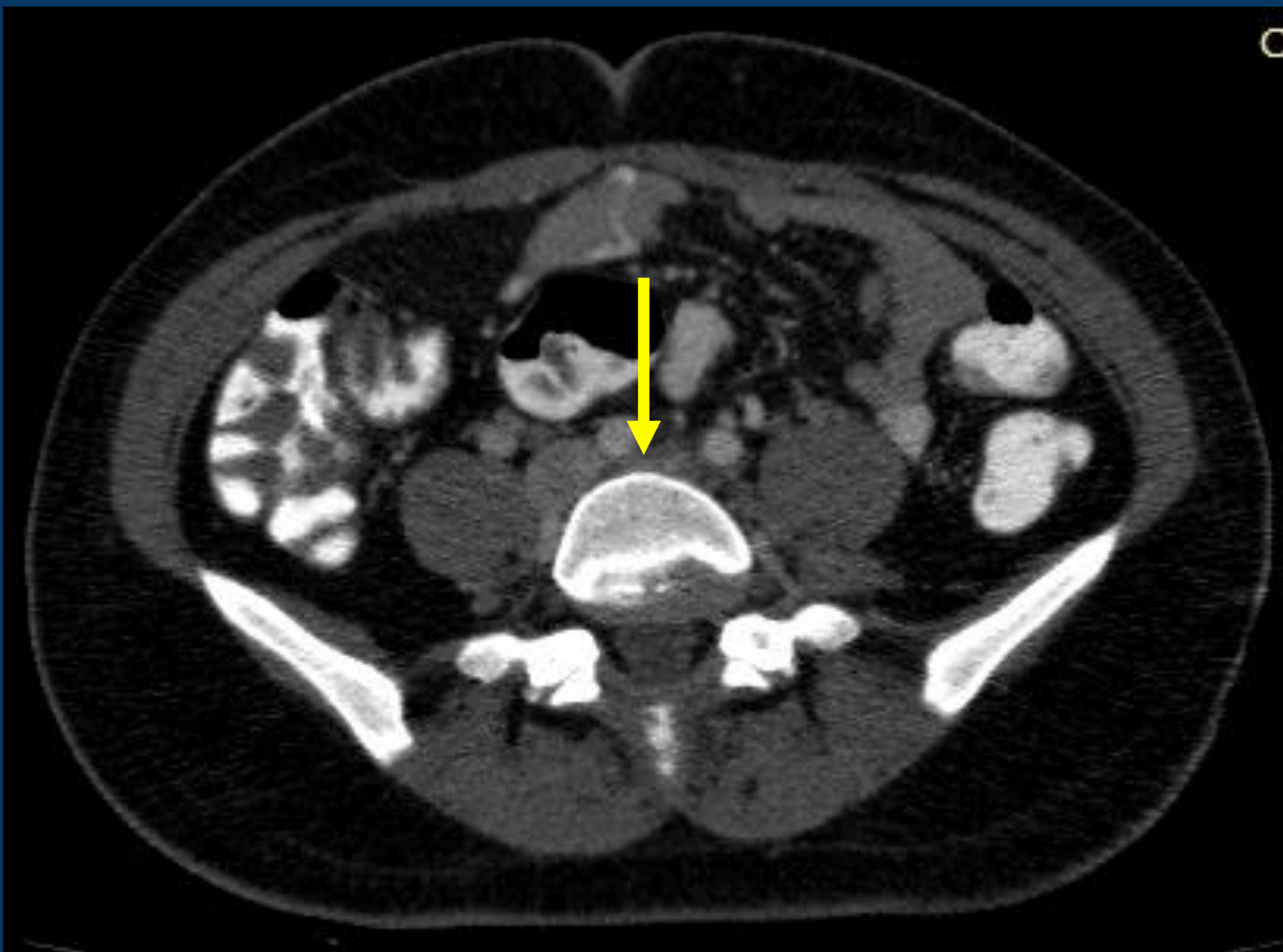
Tres estadios: Asintomático, formación de la placa intraluminal y la aparición TVP

Los criterios diagnósticos son:

- Estrechez persistente de la vena iliaca común izquierda
- Visualización estenosis mayor a 50%
- Presencia de venas colaterales



En TC presenta mayor sensibilidad y especificidad



Síndrome de la unión ureteropielica

argerich

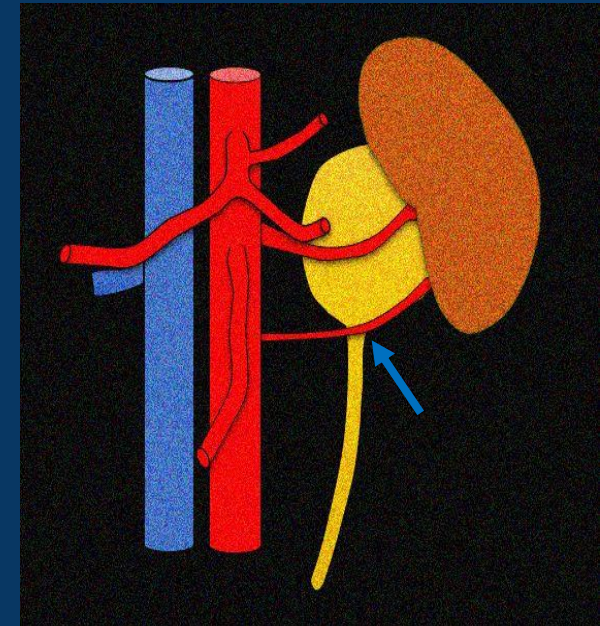
Es la compresión a nivel del nacimiento del uréter por una estructura vascular. Incidencia de 1/20000 nacimientos

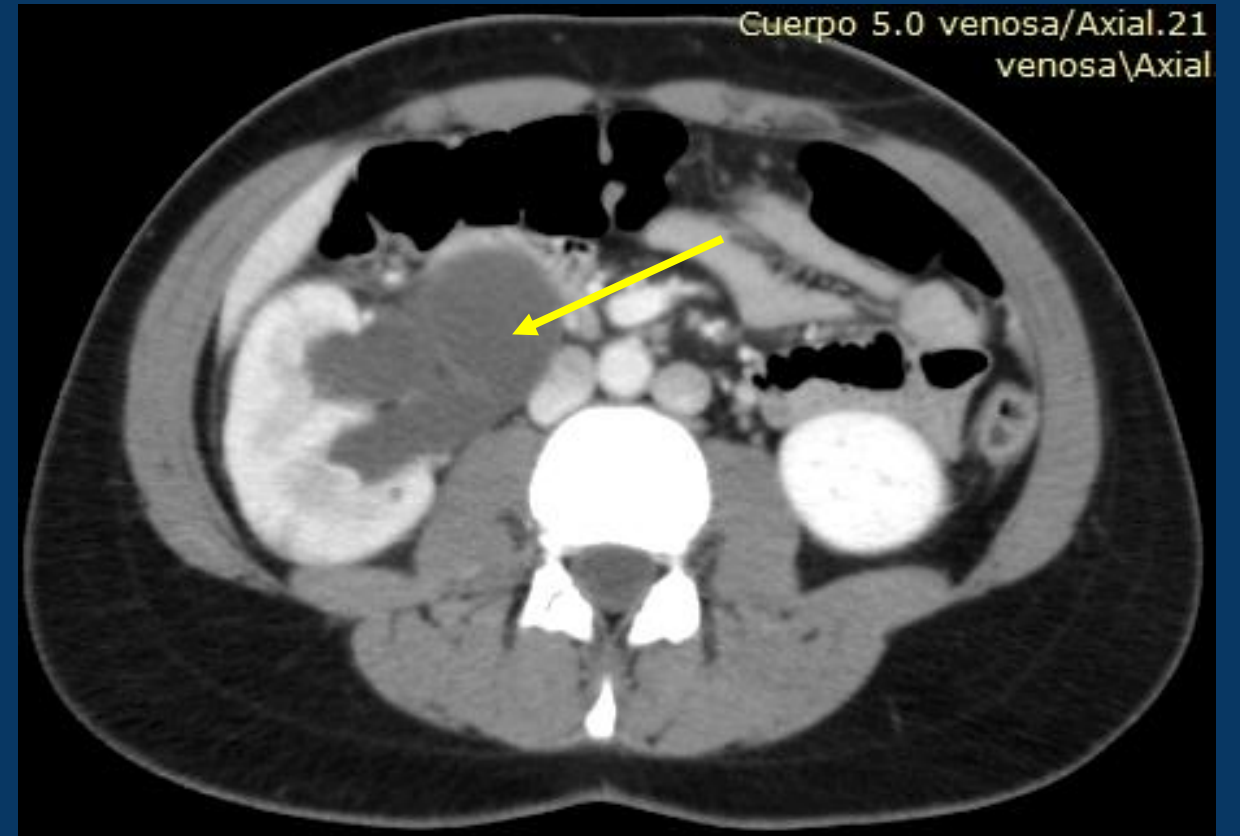
La presentación varia desde obstrucción leve a severa

Con dolor intermitente en flancos, hematuria, etc

El examen de elección es la TC con procesamiento 3D

Observándose dilatación de la pelvis extrarrenal en forma de lagrima invertida con el uréter proximal comprimido







CONCLUSION

En ausencia de sintomatología clínica, la compresión vascular puede ser solo un hallazgo anatómico sin causar ningún gradiente de presión y por lo tanto no debe ser informado como síndrome, si no, como fenómeno

BIBLIOGRAFÍA

- Lamba R; Tanner DT; Sekhon S; McGahan JP; Corwin MT; Lall CG – Multidetector CT of Vascular Compression Syndromes in the Abdomen and Pelvis – RadioGraphics. Enero 2014. Vol 34 N° 1
- Keng Fong JK; Choo Choo Poh A; Seng Tan AG; Taneja R – Imaging Findings and clinical features of abdominal vascular compression syndromes – AJR. Julio 2014. Vol 203.
- Horton KM; Talamini MA; Fishman EK – Median Arcuate Ligament Syndrome: Evaluation with CT Angiography – RadioGraphics. Septiembre 2005. Vol 25. N° 5
- Wallace RG; Howard WB – Acute Superior Mesenteric Artery Syndrome in the Severely Burned Patient- Radiology. Febrero 1970. Vol 94. N°2