

## ARTERIOGRAFIA DEL TRONCO CELIACO Y SUS RAMAS

W. PADRÓS ARCHS

Hemos presentado en esta Academia nuestra corta experiencia en exploración selectiva del tronco celiaco y sus ramas (lo cual junto con exploración vascular selectiva del resto de aparato digestivo es motivo de nuestra tesis), debido a que dicha patología ha sido muy poco explorada a diferencia de la renal.

Vamos a citar las distintas vías que para ello hemos usado con sus técnicas, ventajas, inconvenientes e indicaciones de cada una de ellas.

**TÉCNICAS NO SELECTIVAS. Aortografía translumbar.** — Debe ser muy alta y con bomba a presión. Aún así, sólo puede emplearse en sujetos muy delgados o niños y que no presenten hepatoesplenomegalia, para que se



FIG. 1. — Portoesplenografía por vía arterial. Fase arterial esplénica, inyección manual de 1897

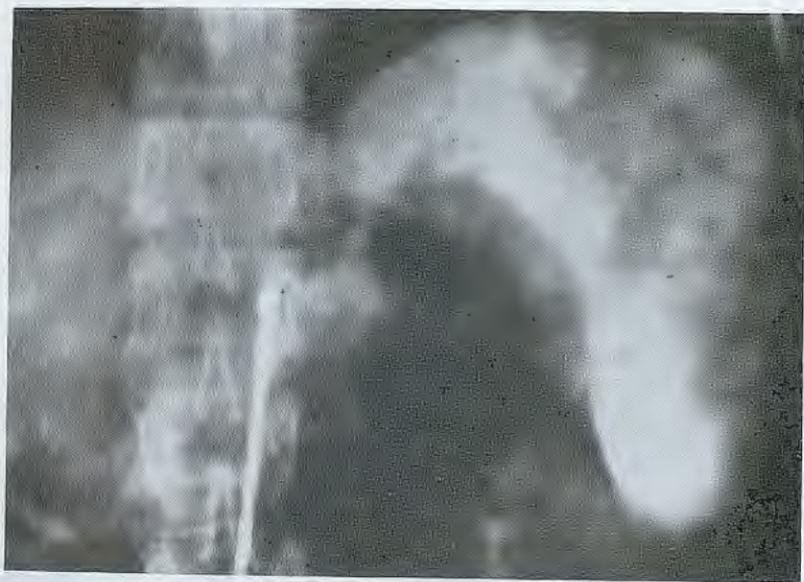


FIG. 2 — Portoesplenografía por vía arterial. Placa a los 3 segundos.



FIG. 3.— Portoesplenografía por vía arterial. Placa a los 8 segundos. Enferma afecta de cirrosis; pueden observarse los gástricos cortos.

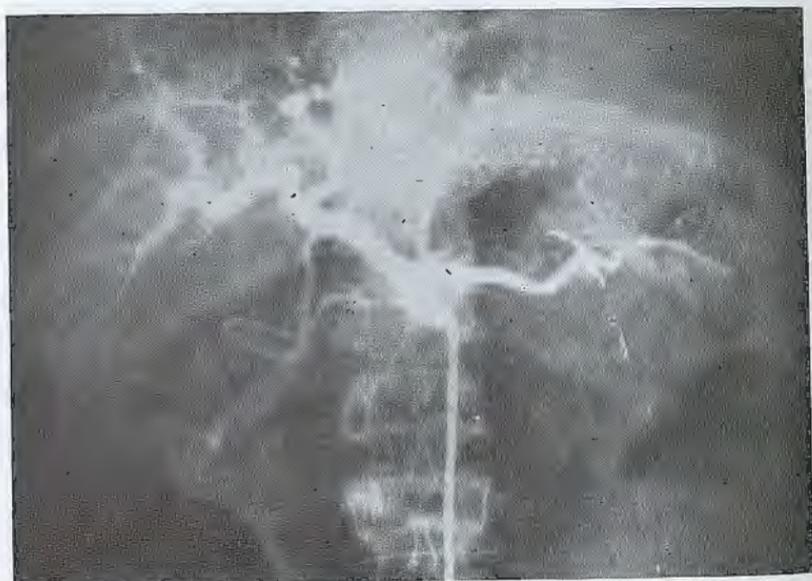


FIG. 4. — Neoplasia hepática a nivel entre hepática derecha e izquierda, más ostensible en esta última donde se observa un enrarecimiento vascular. Confirmación por gammagrafía (Des. Doménech y Setóain).



FIG. 5. — Quistes hidatídicos hepáticos de gran tamaño. Obsérvase la abertura en T de la hepática derecha y el rechazamiento de la izquierda.



Fig. 6. — Arteriografía tronco celiaco donde se observa el arco pancreático duodenal más ostensible en la placa N.º 7.

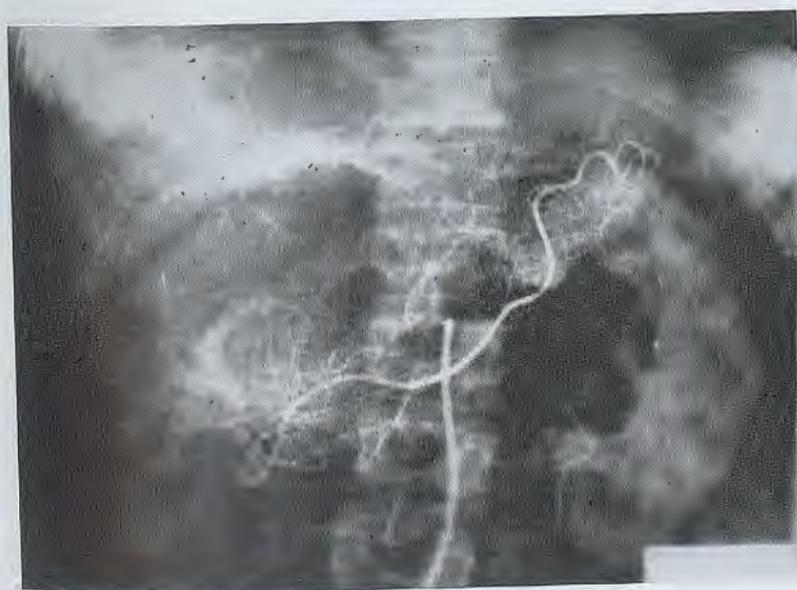


FIG. 7

posible conseguir imágenes aceptables, aunque siempre habrá gran superposición de circulación correspondiente a otras ramas de la aorta.

*Aortografía a través de sonda.* — Puede realizarse por cuatro vías: Femoral, humeral, axilar, carotídea; creemos que las mejores son la femoral y la axilar, pues la humeral por sus dificultades y la carotídea por sus riesgos deben evitarse. A pesar de tener los mismos defectos que la técnica anterior, debe practicarse sistemáticamente como complemento de la exploración selectiva y mejor en (OAD) para obtener la imagen de la situación y dirección del tronco celiaco.

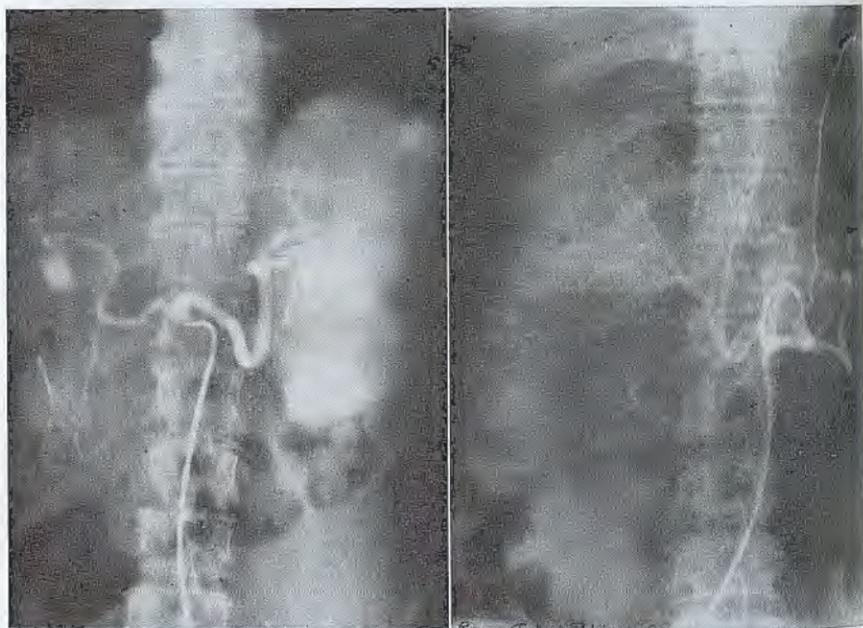


FIG. 8. — Cirrosis hepática y mancha de contraste, en la art. hepática semejando un aneurisma pero que no sabemos todavía interpretar con certeza.

FIG. 9. — Absceso subfrénico; observar el rechazamiento del Tr celiaco hacia la izquierda junto con toda la circulación hepática sin que ésta se vea distorsionada.

**TÉCNICAS SELECTIVAS. Vía arteria femoral.** — Ventajas: El calibre de la arteria y la rectitud del trayecto de la misma hasta la aorta hace fácil la progresión de la sonda hasta la misma. El calibre de la sonda empleada puede ser superior permitiendo mayor débito de contraste con mejor visibilidad a los R. X. Facilidad de dirección de la sonda.

Inconvenientes: Poca selectividad, pues resulta imposible hacer progresar la sonda más allá del tronco y frecuentemente de éste se consigue sólo la arteriografía de la rama esplénica, porque su calibre es doble de

la hepática; en este caso y siempre que esté indicado puede realizarse la portoesplenografía por vía arterial. Es peligrosa en casos de arteriosclerosis y edad avanzada por el peligro de existir kinkings y placas de ateroma.

*Vía arteria humeral.* — Ventajas: Puede utilizarse en pacientes de edad avanzada y aun con arteriosclerosis. Mayor selectividad por seguir la dirección de la corriente sanguínea siendo posible introducir la sonda en la rama deseada.



Fig. 10. — Anomalia de Tr celiaco del que sale la mesenténica superior y trombosis y recanalización de la esplénica.

Inconvenientes: La punción de la arteria, por su pequeño calibre. Presenta dificultades (a la introducción de la sonda) que hemos podido obviar dando a la misma una forma en pico de flauta e introduciéndola por la parte inferior del mandril mientras se levanta éste ligeramente. Dificultosa progresión de la sonda por lo espasmódizable de dicha arteria, lo cual cede con eupaverina fuerte o buscapina endovenosas. La casi exclusividad de la vía izquierda es otra dificultad. Stops a la progresión de la sonda hasta llegar a la aorta a) arteria vertebral donde en algunos casos se introduce tan selectivamente que en un caso fue imposible salvar este escollo; b) cayado aórtico donde sigue la dirección de la aorta ascendente. Para obviarlo hemos dado una forma a la sonda que al salir de la subclavia tiene tendencia a ir hacia atrás y por tanto a la aorta descendente. Necesidad casi absoluta de disponer de intensificador de imágenes.



FIG. 11. — Quiste hidatídico esplénico intervenido por el Prof. Piulachs extirpando quiste de 3.800 g.

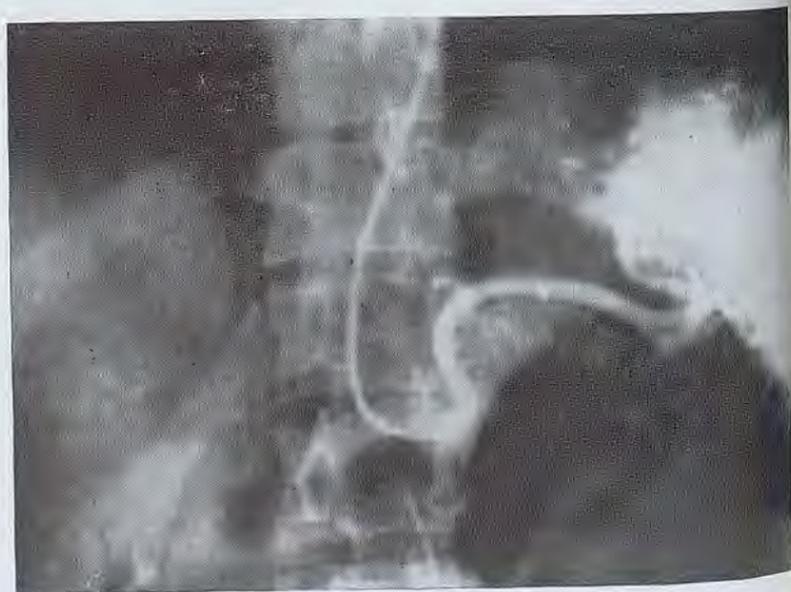


FIG. 12. — Arteriografía selectiva esplénica normal.

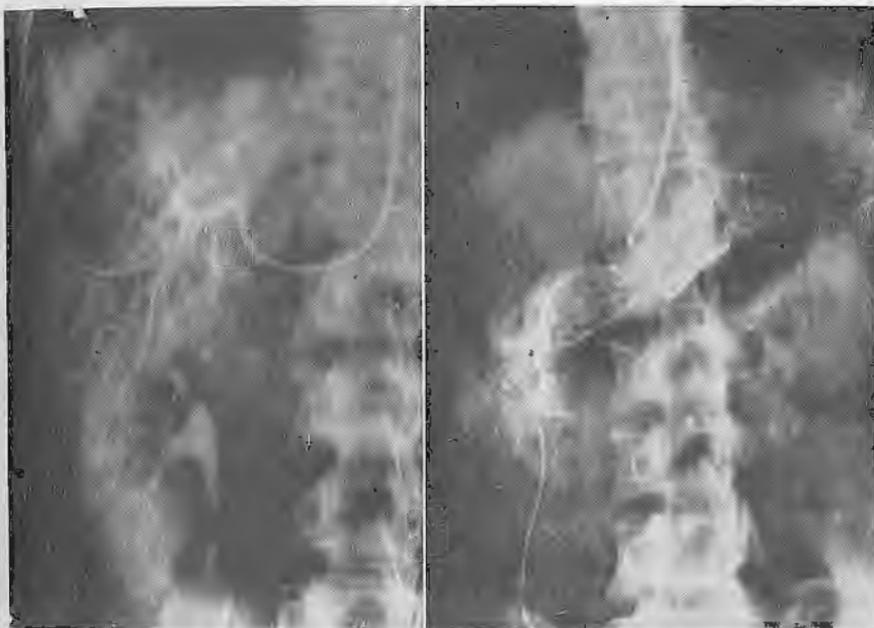


Fig. 13.— Selectiva de hepática derecha normal en el mismo paciente de la fig. 12.

Fig. 14.— Selectiva pancreática observándose la arteria magna de Haler y los sanos cortos de la cola prevenientes de la esplénica. Normal, mismo paciente de la figura 12 y 13.

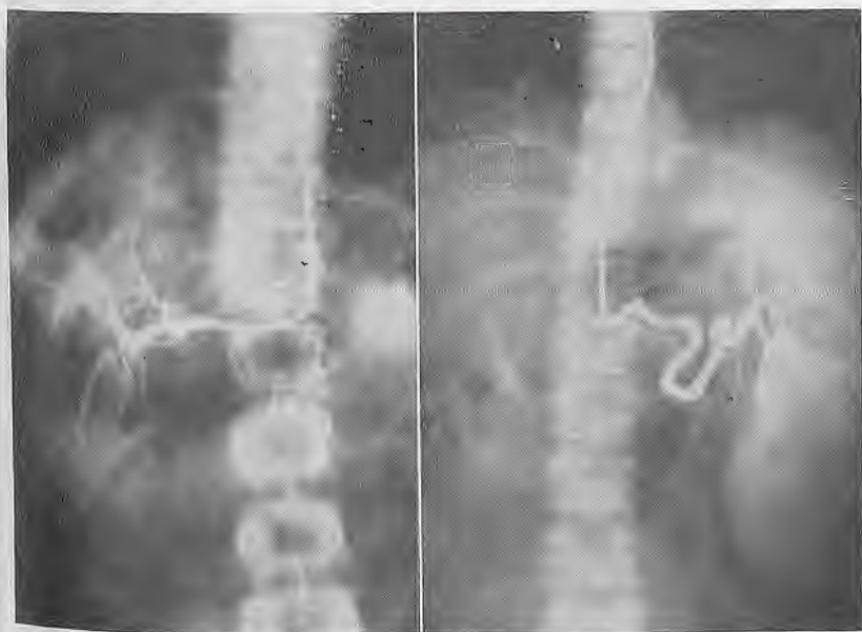


Fig. 15.— Selectiva hepática derecha en un caso de cirrosis.

Fig. 16.— Arteriografía selectiva esplénica en un niño con esplenomegalia e hipertensión portal. Sonda introducida por humeral a cielo abierto.

*Vía arteria axilar.* — Estamos iniciando el uso de esta vía sobre la cual tenemos poca experiencia para poderla juzgar; sin embargo, parece tener las ventajas de la vía humeral con menos inconvenientes.

*Vía arteria carotídea.* — Por parecemos de excesiva peligrosidad no la hemos usado en ningún caso.

*Vía humeral axilar y femoral a cielo abierto.* — Sólo hemos usado la primera en el caso de un niño, ya que está considerada contraindicada por BOSELI, NERI y BOCHIALINI por la necesidad de llegar a la ligadura en el 6% de los casos. Para evitar esta complicación en nuestro caso inyectamos novocaína y heparina por la sonda antes de hacerla progresar y dimos dos puntos en el orificio arterial logrando inmediata recanalización.

Para evitar la trombosis de la arteria en los casos de la técnica a cielo cerrado por brazo, realizamos la novocainización y heparinización citadas y al retirar la sonda la repetimos; de esta forma hemos conseguido la recanalización de la arteria en varios casos inmediatamente. Después de la prueba seguimos con eupaverina y heparina intermitentes que suprimimos a las 48 horas si se ha conseguido la recanalización o insistiendo en caso contrario logrando la misma de los 2 a los 8 días. Sólo en dos casos no tuvimos éxito, uno en el que usamos sintrom, siendo dado de alta a los 8 días sin pulso, pero con la mano caliente y exento de molestias; y otro que después de lograda la permeabilidad y ser dado de alta, lo encontramos sin pulso en una revisión posterior, aunque sin molestias.

Conclusiones: Creemos que es un buen método para la exploración del tronco celiaco y sus ramas debiendo usarse de preferencia la vía axilar y en segundo lugar la femoral teniendo en cuenta previamente los inconvenientes de cada una y las ventajas que en el caso concreto no vaya a reportar.

---