



Clínica cotidiana

Dolor abdominal desproporcionado: un caso de isquemia mesentérica aguda

Francisco Javier Pérez Delgado*, María Ángeles Bernal Sánchez

Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de La Línea de la Concepción (Cádiz).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de octubre de 2017

Aceptado el 10 de diciembre de 2017

On-line el 30 de diciembre de 2017

Palabras clave:

Dolor abdominal

Síntomas inespecíficos

Peritonitis

Isquemia mesentérica

Diagnóstico tardío

R E S U M E N

La isquemia mesentérica aguda es un cuadro de elevada mortalidad en que se produce una hipoperfusión del intestino. Los síntomas de presentación son a menudo inespecíficos lo cual provoca, en muchas ocasiones, que el diagnóstico se establezca tardíamente, cuando ya se ha instaurado el cuadro de peritonitis.

Presentamos el caso de un paciente de 81 años que ingresa en Urgencias por un cuadro de dolor abdominal. Aprovechamos su desenlace para realizar un breve estudio sobre esta entidad, con el fin de que pueda resultar útil al médico clínico.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Disproportionate abdominal pain: a case of acute mesenteric ischemia

A B S T R A C T

Acute mesenteric ischemia is a high mortality box where hypoperfusion of the intestine occurs; the presenting symptoms are often nonspecific causing, in many cases, the diagnosis is established late when already established table of peritonitis.

We report the case of a 81 year old patient admitted for emergency room for abdominal pain. Its outcome we take the opportunity to make a brief study on this entity so that it can be useful to the clinician.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords

Abdominal pain

Nonspecific symptoms

Peritonitis

Mesenteric ischemia

Late diagnosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiperez72@hotmail.com (F.J. Pérez Delgado).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.059>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 81 años de edad, con cardiopatía isquémico-hipertensiva, anticoagulado con acenocumarol por fibrilación auricular permanente, diabético tipo 2 en tratamiento combinado con antidiabéticos orales e insulina; ingreso previo hace 1 mes por un cuadro de insuficiencia cardiaca reagudizada.

Acude a Urgencias por un dolor abdominal generalizado y varias deposiciones diarreas, de unas 3-4 horas de evolución. A su llegada se presenta con regular estado general, sudoroso y muy quejumbroso; refiere dolor de carácter cólico.

Las constantes vitales están dentro de la normalidad (presión arterial 121/68 mmHg, frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto) y permanece afebril. La exploración por aparatos no muestra hallazgos de interés y llama la atención la ausencia de hallazgos exploratorios abdominales con respecto a la intensidad del dolor que señala el paciente.

Se canaliza una vía periférica para extracción de analíticas sanguíneas y administración de analgesia endovenosa.

Se realiza electrocardiograma y se solicita una radiografía simple de abdomen y de tórax. Los resultados son los siguientes:

- Electrocardiograma: ritmo en fibrilación auricular, a unos 105 latidos por minuto.
- Radiografía simple de abdomen: luminograma inespecífico, líneas grasas conservadas, no signos de neumoperitoneo.
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico aumentado, no hallazgos de condensaciones.
- Analítica: leucocitosis (19.000) con predominio de polimorfonucleares; actividad de protrombina 56 %, INR por debajo del rango terapéutico.
- Gasometría compatible con discreta acidosis metabólica: pH 7,30 y lactato aumentado.

A las pocas horas el paciente manifiesta mejoría del dolor, aunque se decide su ingreso en observación de Urgencias y valoración por el cirujano de guardia, que no encuentra datos de abdomen quirúrgico, por lo que se mantiene una actitud conservadora.

Durante las siguientes horas el paciente continúa estable. Refiere discreta mejoría de los síntomas que motivaron su ingreso hasta que presenta nuevo cuadro de dolor abdominal

con intenso cortejo vegetativo y vómitos. En este momento observamos al paciente con regular-mal estado general, sudoroso, inquieto, con constantes vitales aún mantenidas, aunque observamos una caída de las cifras de presión arterial y una frecuencia cardiaca por encima de 125 latidos por minuto. Los hallazgos exploratorios del abdomen no concuerdan con lo referido por el paciente.

Optimizamos la analgesia endovenosa y la perfusión de líquidos y volvemos a contactar con el cirujano de guardia. Ante el marcado empeoramiento se decide solicitar una angiografía computarizada (angio-TAC), que pone de manifiesto la presencia de abundante líquido libre y engrosamiento generalizado de la pared del intestino delgado.

El paciente entra en quirófano y se confirma la existencia de isquemia masiva del intestino delgado. Posteriormente pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos donde en ningún momento se consigue remontar la situación hemodinámica. Fallece unas 10-12 horas después de su salida de quirófano.

Comentario

La isquemia mesentérica aguda es una enfermedad de elevada morbi-mortalidad (hasta el 60-70 % en algunas series)¹, aunque relativamente infrecuente. De todos los pacientes que acuden a Urgencias solo 0,5 % sufren esta patología².

La mayor parte de los trabajos y estudios al respecto hablan de una edad media de presentación que se sitúa en torno a los 70 años; es más frecuente en el sexo femenino.

La isquemia mesentérica está causada por una hipoperfusión del intestino provocada por una embolia o por una trombosis arterial o venosa (Tabla 1)³ de la arteria mesentérica superior, principal vaso del territorio esplácnico, que se encarga de la irrigación del intestino delgado y de la primera mitad del colon².

Es muy frecuente que los pacientes con isquemia mesentérica presenten síntomas iniciales inespecíficos, lo cual dificulta enormemente la sospecha de esta entidad. En la mayor parte de los casos está presente el dolor abdominal, síntoma

Tabla 1

	Oclusión arterial		Trombosis venosa
Embolia mesentérica	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatía embolígena: - Arritmias (fibrilación auricular) - Valvulopatías - Trombos murales: - Infarto miocardio - Insuficiencia cardiaca - Miocardiopatía dilatada - Endocarditis - Ateroembolismo 	Primaria	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de antitrombina III, de proteína C, de proteína S - Policitemia vera - Trombocitosis - Anticoncepción oral - Neoplasias - Embarazo
Trombosis mesentérica	<ul style="list-style-type: none"> - Arterioesclerosis - Aneurismas - Disección aórtica/mesentérica - Vasculitis - Enfermedad de Buerger - Traumatismos - Trastornos hematológicos 	Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos sépticos abdominales - Pancreatitis - Enfermedad inflamatoria intestinal - Traumatismos

Fuente: Del Río Solá et al⁽²⁾; Rodríguez de la Calle et al⁽³⁾

guía sin duda. Suele ser brusco e intenso, de carácter cólico y localizado en la zona periumbilical; frecuentemente desproporcionado a los hallazgos exploratorios encontrados. Cuando aparece necrosis intestinal el dolor suele mejorar, lo que en ocasiones es confundido con la mejoría del paciente. Cuando el intestino se perfora el dolor reaparece².

Se acompaña precozmente de diarreas y vómitos (hasta en 80 % de los casos), que suelen aparecer después del dolor. Los vómitos pueden hacer confundir este cuadro con otras patologías, como una gastroenteritis, por ejemplo.

Solo en 25 % de los casos aparece sangre en las heces; otros síntomas, como la fiebre, tienen aún menor tasa de presentación, según la mayoría de las series⁴.

Cuando la isquemia mesentérica se produce como consecuencia de una trombosis y no de una embolia, la presentación de los síntomas suele ser más larvada, incluso tras días de evolución; estos, además, suelen ser más inespecíficos^{1,2}.

Para el diagnóstico nos servirán de ayuda las pruebas de laboratorio; tal y como sucede en el trabajo que presentamos, podemos observar leucocitosis, elevación del dímero D, acidosis o altos niveles de lactato en sangre, hallazgos que también podemos encontrar en otros procesos patológicos^{2,4} y que por tanto no son muy específicos.

La radiografía simple del abdomen suele ser normal hasta en 25-30 % de los pacientes con isquemia mesentérica. Uno de los signos radiológicos más precoces es el íleo adinámico, aunque también puede presentarse en el contexto de otros procesos abdominales⁵. De esta baja especificidad se concluye que la utilidad de la radiología simple del abdomen está basada más en la exclusión de otros procesos abdominales que en la confirmación del diagnóstico de isquemia mesentérica aguda.

Sin duda la prueba que ha desplazado en estos últimos años a la arteriografía es la angio-TAC: su fiabilidad en establecer el diagnóstico, la posibilidad de realizar un estudio completo de la cavidad abdominal, su disponibilidad en los centros hospitalarios y su carácter no invasivo la han convertido en la técnica de elección. En las formas arteriales permite demostrar la oclusión de los vasos en sus trayectos proximales y proporciona otros signos, como la dilatación de las asas y la presencia de líquido o gas, tal y como sucede en el trabajo que presentamos. Su mayor rendimiento continúa siendo el diagnóstico de la trombosis venosa mesentérica: para esta patología la mayor parte de los estudios muestran sensibilidades de 90-100 %^{1-3,5}.

El tratamiento se basa fundamentalmente en la estabilización hemodinámica del paciente, con reposición de líquidos, analgesia y descompresión intestinal con sondaje nasogástrico. Hay que valorar la medicación previa que toma el paciente en busca de fármacos vasoconstrictores o que disminuyen el flujo intestinal (antiinflamatorios, digitálicos, diuréticos...).

El tratamiento quirúrgico abierto (resección intestinal) ha sido el de elección en las últimas décadas, si bien las técnicas endovasculares han cobrado bastante importancia en los últimos años. No vamos aquí a profundizar en aspectos meramente quirúrgicos; tan solo mencionaremos que si la

cirugía se combina con estas técnicas la mortalidad se reduce significativamente, sobre todo si el paciente llega al quirófano en las primeras 12 horas². La fibrinólisis está ofreciendo muy buenos resultados y en algunos trabajos se intuye un aumento de la supervivencia^{2,6}.

A modo de conclusión, nos gustaría señalar los puntos que consideramos que pueden servir de ayuda al médico clínico a la hora de enfrentarse a esta patología:

- La isquemia mesentérica es una patología relativamente infrecuente, aunque presenta una elevada mortalidad.
- Los síntomas con los que se presenta suelen ser inespecíficos; de ahí la importancia de sospecharla precozmente en pacientes con arritmias, hipercoagulabilidad... Sobra mencionar por tanto la utilidad de una historia clínica completa y adecuada.
- La técnica diagnóstica de elección es la angio-TAC. Las pruebas de laboratorio y la radiografía simple de abdomen pueden ayudar en su diagnóstico, pero ofrecen resultados inespecíficos.
- La combinación de la cirugía tradicional (la resección de los segmentos afectados) y las novedosas técnicas endovasculares ha demostrado disminuir las tasas de mortalidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos-Clemente Romero MT, Rodríguez Ramos C, Rivas Rivas M, Girón González JA. Patología del mesenterio. Isquemia Intestinal. Malformaciones intestinales. Lesiones vasculares del intestino delgado. *Medicine*. 2012; 11: 231-8.
2. Del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero Puerta C. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. *Angiología*. 2015; 67: 133-9.
3. Rodríguez de la Calle J, Arroyo Bielsa A. Isquemia mesentérica aguda. En: Tratado de las enfermedades vasculares. Barcelona: Viguera Editores; 2006. p. 659-67.
4. Wahlberg E, Olofsson P, Goldstone J. En: Wahlberg E, Olofsson P, Goldstone J (eds). *Acute intestinal ischemia in emergency vascular surgery*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2007. p. 65-74.
5. Palma Baro A, Caldevilla Bernardo D, Parrando Muiños C. Isquemia mesentérica: actualización de nuevas técnicas diagnósticas para una nueva enfermedad y revisión de signos radiológicos. *Semergen*. 2013; 39: 279-81.
6. Resch T, Lindh M, Dias N, Sonesson B, Uher P, Malina M, et al. Endovascular recanalisation in occlusive mesenteric ischemia: feasibility and early results. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005; 29: 199-203.