



Clínica cotidiana

Trombosis arterial mesentérica superior aguda con diagnóstico precoz y evolución favorable

Eva Barreiro Alonso^{a,*}, Sebastián Nicolás Contreras^b, Cristóbal de la Coba Ortiz^a

^aSección de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Cabueñes. ^bCentro de Salud El Coto. Gijón (Asturias).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de marzo de 2017

Aceptado el 19 de diciembre de 2017

On-line el 20 de marzo de 2018

Palabras clave:

Isquemia mesentérica aguda

Trombosis

Dolor abdominal

R E S U M E N

La isquemia mesentérica aguda surge por una interrupción brusca del flujo arterial o venoso. Si no se diagnostica precozmente, las complicaciones son frecuentes y graves, con un elevado índice de mortalidad.

Es importante conocer los antecedentes personales como posibles factores predisponentes, para orientar rápidamente el caso, realizar las pruebas diagnósticas pertinentes, obtener su diagnóstico y actuar de forma inmediata para evitar desenlaces trágicos.

Exponemos aquí el caso de una paciente cuya aproximación diagnóstica se realizó mediante la anamnesis y el examen físico.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Acute superior mesenteric arterial thrombosis with early diagnosis and favorable evolution

A B S T R A C T

Acute mesenteric ischemia is due to abrupt interruption of arterial or venous flow. If not diagnosed early, complications are frequent and serious, with a high mortality rate.

It is important to ask the patient's personal history and know the predisposing factors, to quickly guide the case, perform the appropriate diagnostic tests, obtain their diagnosis, and act quickly to avoid tragic outcomes.

We report the case of a patient whose diagnostic approach was made through anamnesis and physical examination.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords

Acute mesenteric ischemia

Thrombosis

Abdominal pain

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evabarreiroalonso@yahoo.es (E. Barreiro Alonso).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.003>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 81 años de edad, con calificación en la escala de Barthel de 65. En los antecedentes personales destacan: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, no fumadora, asma bronquial, anuloplastia de las válvulas mitral y tricúspide hace 4 años y fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol.

En la anamnesis realizada en Urgencias, la paciente refiere clínica de dolor abdominal de inicio brusco, que no se alivia con analgesia.

En la exploración presenta un abdomen agudo en tabla, con constantes vitales conservadas.

En las pruebas complementarias iniciales se observa elevación leve de la enzima lactato deshidrogenasa (LDH) y del ácido láctico, junto a una ratio internacional normalizada (INR), por debajo del valor óptimo (1,62).

En las radiografías solicitadas no se visualiza patología.

A continuación, con sospecha de abdomen agudo de causa vascular, se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominal urgente con contraste, que demuestra defecto de repleción en la arteria mesentérica superior, a unos 5,5 cm de su nacimiento en la aorta, de unos 3 cm de longitud, con posterior recanalización parcial de las ramas distales, compatible con trombosis (Fig. 1); no se observan asas de aspecto patológico, neumoperitoneo, ni líquido libre.

Se realiza intervención quirúrgica. El colon presenta buen aspecto y hay asas del intestino delgado hipoperfundidas de manera difusa, pero sin signos de necrosis, ni líquido libre intraabdominal. Se decide realizar trombectomía de la arteria mesentérica superior y el abdomen se deja abierto y contenido para una segunda revisión.

En las siguientes horas no se detectan datos de isquemia intestinal en ningún punto y se cierra la laparotomía. Unas semanas después, la paciente fue dada de alta.

Tabla 1 – Incidencia de los tipos de isquemia mesentérica aguda.

Tipos de isquemia mesentérica aguda	Incidencia
Embolia de la arteria mesentérica superior	40-50 %
Trombosis de la arteria mesentérica superior	20-30 %
Isquemia mesentérica no oclusiva	10-20 %
Trombosis venosa mesentérica	10 %
Isquemia focal segmentaria	5 %

Comentario

La isquemia mesentérica aguda (IMA) surge como consecuencia del déficit de aporte sanguíneo dependiente de los vasos mesentéricos superiores; puede afectar, por tanto, al intestino delgado o al colon derecho.

Su origen puede ser el resultado de una interrupción brusca del flujo arterial (embolia, trombosis o insuficiencia mesentérica no oclusiva) o del flujo venoso (trombosis). En la tabla 1 se muestra la incidencia de los tipos de IMA¹.

Las complicaciones de la IMA son frecuentes y graves, con un índice de mortalidad de 50-75 %^{2,3}. Por ello, se requiere realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo, antes de que la isquemia intestinal sea irreversible, para mejorar el pronóstico y evitar comorbilidades de difícil tratamiento, como es el caso del síndrome de intestino corto después de una resección intestinal amplia⁴.

Para orientar rápidamente el diagnóstico, es importante conocer los antecedentes personales, que pueden ser factores predisponentes de IMA.

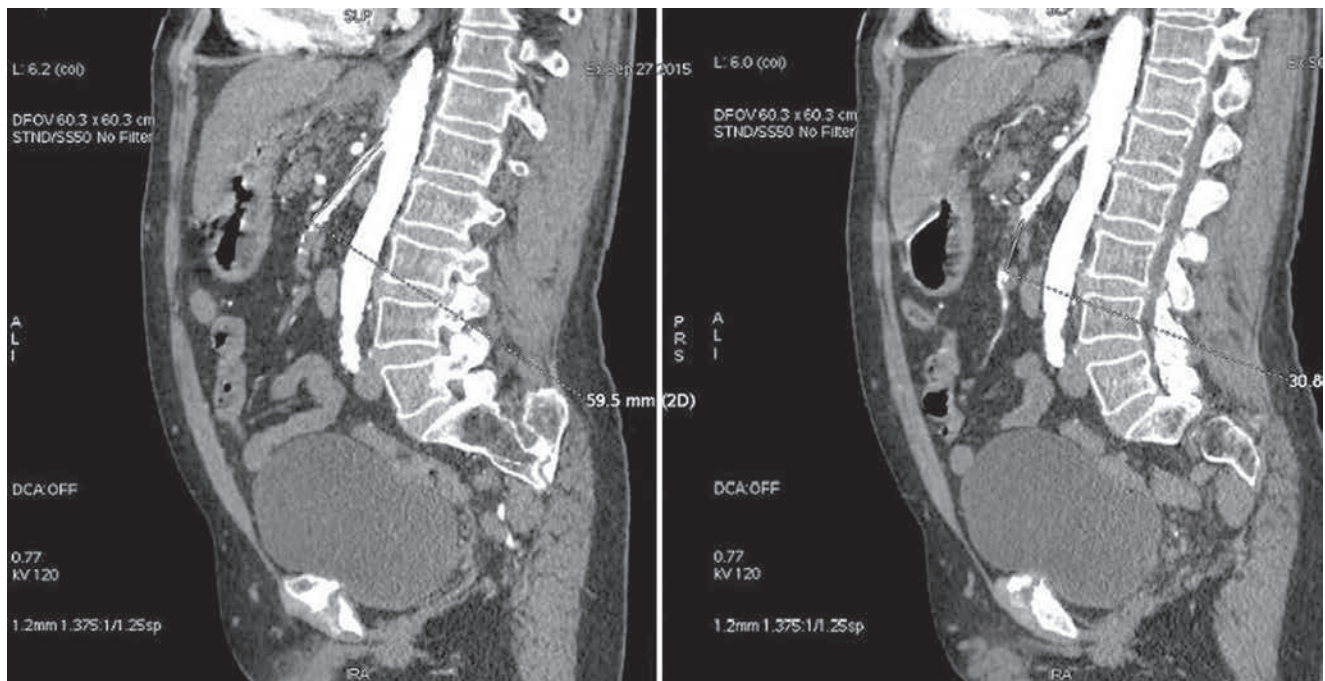


Figura 1 – TC abdominal con contraste: defecto de repleción en la arteria mesentérica superior, de unos 3 cm de longitud.

La causa más frecuente es la embolia de la arteria mesentérica superior, que ocurre hasta en el 50 % de los casos. Se asocia a arritmias cardíacas, como la fibrilación auricular, la discinesia miocárdica, las prótesis miocárdicas y los catesterismos.

La siguiente causa en orden de frecuencia es la trombosis de la arteria mesentérica superior, que origina 20-30 % de los casos y se relaciona con antecedentes de accidentes vasculares, edad avanzada, marcada arterioesclerosis, situaciones de bajo gasto cardíaco, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o estados de hipercoagulabilidad⁴.

También cabe mencionar la isquemia mesentérica no oclusiva, que ocurre en aproximadamente 20 % de casos. Se observa en situaciones de bajo gasto cardíaco, como shock, insuficiencia cardíaca, diálisis, sepsis o fármacos hipotensores^{1,5}.

Tras conocer los antecedentes personales, y ante la sospecha de abdomen agudo de origen vascular, la realización de las pruebas de imagen debe realizarse sin demora. La radiografía y la TC son normales hasta en 25 % de los casos, aunque en situaciones avanzadas se pueden observar datos inespecíficos, como íleo paralítico, engrosamiento de la pared, neumatosis o falta de realce en la pared tras contraste intravenoso en TC. Además, si la sospecha es de trombosis de la vena mesentérica, la TC es la prueba de elección⁶.

En pacientes hemodinámicamente estables, con sospecha de IMA, la prueba de elección es la angiotomografía computarizada, cuya sensibilidad es de 94 % y cuya especificidad es de 95 %⁷. Permite valorar la localización, la extensión y las características de la lesión del árbol arterial, el grado de afectación de la pared intestinal y los posibles accesos vasculares de cara a una intervención.

Sin embargo, la arteriografía sigue siendo el *gold standard* en el diagnóstico con el fin de no retrasar la revascularización, especialmente en centros de tercer nivel con gran experiencia en técnicas endovasculares^{7,8}.

Los individuos hemodinámicamente inestables o con irritación del peritoneo deben ser intervenidos directamente mediante laparotomía; esta es diagnóstica hasta en 20 % de los casos de IMA⁶.

Desgraciadamente, hay varios casos descritos con desenlace trágico, ya sea por tardanza del diagnóstico o por complicaciones tras la intervención⁹.

Si bien el escenario se desarrolla en un ámbito hospitalario, la aproximación diagnóstica se realizó mediante la anamnesis y el examen físico; ejercicio diagnóstico que también puede

llevarse a cabo en las consultas de atención primaria, al reconocer varios de los factores de riesgo para IMA en dolores abdominales que se inician de forma súbita.

Sin embargo, sea cual fuere el primer sitio de contacto con el paciente, un intervalo de tiempo reducido desde la sospecha diagnóstica hasta la terapéutica acorde definitiva sigue siendo uno de los factores más importantes que intervienen en el pronóstico de esta emergencia vascular.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Montoro M, García Egea J, Fabregat G. Isquemia intestinal. En: Montoro M, García-Pagán JC, Castells A, Gomollón F, Mearín F, Panés J, Gisbert JP, Santolaria S (eds). Gastroenterología y Hepatología: problemas comunes en la práctica clínica. 2ª edición. Madrid: Jarpyo Editores 2012.p.383-410.
2. Brandt LJ, Boley SJ. AGA technical review on intestinal ischemia. American Gastrointestinal Association. Gastroenterology. 2000;118:954-68.
3. Palma Baro A, Caldevilla Bernardo D, Parrondo Muiños C. Mesenteric ischemia: Update of new diagnostic techniques for an old disease, and review of radiological signs. Semergen 2013;39:279-81.
4. Montoro M, Casamayor C. Isquemia intestinal. En: Montoro M, García Pagán JC (eds). Práctica Clínica en Gastroenterología. Madrid: CTO-Medicina 2016.p. 503-16.
5. Calvo M, Cacho G, Gómez I, Fernández CM. Patología del mesenterio. Isquemia arterial. Medicine. 2008;10:231-41.
6. Herrero M, Agúndez I. Mesenteric ischaemia: Diagnosis and therapeutic algorithms. Angiología. 2017;69:34-40.
7. Cudnik MT, Darbha S, Jones J, Macedo J, Stockton SW, Hiestand BC. The diagnosis of acute mesenteric ischemia: A systematic review and meta-analysis. Acad Emerg Med. 2013;20:1087-100.
8. Eltarawy IG, Etman YM, Zenati M. Acute mesenteric ischemia: The importance of early surgical consultation. Am Surg. 2009;75:212-9.
9. Olivares D, Zaldívar O, García J, Parra I. Trombosis de la arteria mesentérica superior. Reporte de un caso. Rev Hosp Jua Mex. 2010;77:141-5.