

Cartas al Director

Isquemia mesentérica aguda: importancia de un diagnóstico precoz

Palabras clave: Isquemia mesentérica. Diagnóstico.

Key words: Mesenteric ischemia. Diagnosis.

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 83 años con antecedentes de cardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, *flutter* auricular y episodio de pancreatitis aguda de origen biliar. Acude a urgencias por episodio de dolor abdominal localizado en epigastrio que se irradia hacia ambos hipocondrios, acompañado de náuseas, vómitos y distensión abdominal. La analítica muestra leucocitosis ($17,68 \times 10^3/\mu\text{l}$) con predominio de neutrófilos (92,8% N), así como un aumento marcado de LDH (1082 U/l). La gasometría venosa, los parámetros bioquímicos de perfil hepático y biliar, así como los niveles de amilasa, se encuentran dentro de los límites normales. Se realiza una RX de abdomen donde se aprecia dilatación de asas de delgado, con presencia de gas distal, sugiriendo suboclusión intestinal (Fig. 1) y una ecografía abdominal que mostraba quistes simples renales, sin evidencia de lesiones ni líquido libre intraperitoneal.

Evolución: la paciente durante su hospitalización presenta un empeoramiento clínico de rápida instauración, motivo por el que se solicita un TAC abdomino-pélvico, en el que se visualiza una distensión generalizada de asas de yeyuno con edema de pared (Fig. 2), así como ateromatosis en aorta abdominal y sus

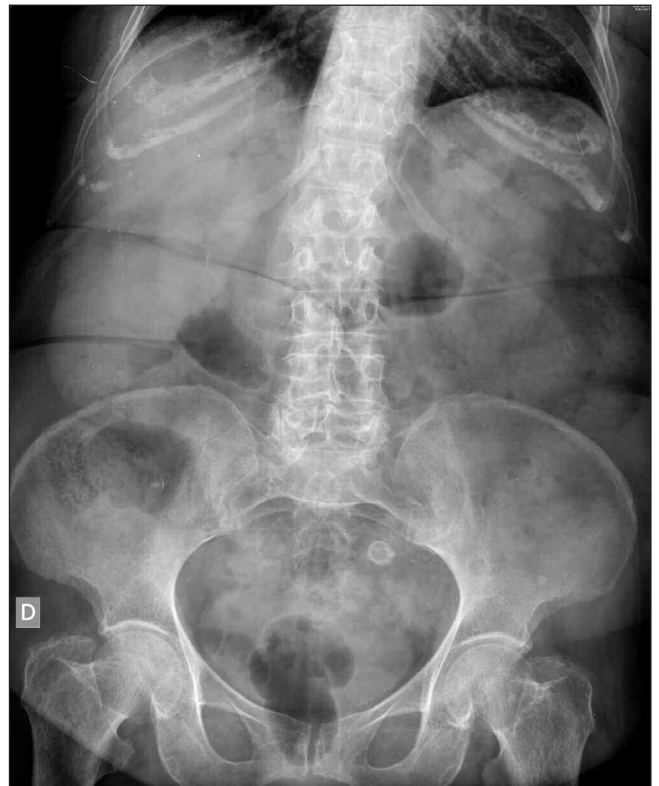


Fig. 1. Dilatación de asas de delgado, con presencia de gas distal.

ramas, con oclusión completa en tercio medio de la arteria mesentérica superior (Fig. 3), apreciándose únicamente algunas ramas cólicas y yeyunales de calibres filiformes. De igual forma se objetiva moderada cantidad de líquido libre entre asas. Con el diagnóstico de isquemia mesentérica aguda se contacta con el servicio de cirugía y se procede a realizar una laparotomía, donde se evidencia isquemia mesentérica masiva con afectación de colon derecho y yeyuno. La paciente finalmente fallece 1 hora después.



Fig. 2. Asas de yeyuno dilatadas y edema de pared.

Discusión

La isquemia mesentérica aguda es una emergencia vascular potencialmente fatal, con una mortalidad alta (60-80%), que requiere un diagnóstico precoz y una intervención rápida que permita restaurar el flujo sanguíneo mesentérico, previniendo de esta forma la necrosis intestinal. La principal etiología es la embolígena, ocluyéndose el origen de la arteria mesentérica superior, lo cual ocurre aproximadamente en un 40-50%. Otras causas incluyen: trombosis en el seno de una placa de ateroma en la arteria mesentérica no oclusiva y trombosis venosa mesentérica. La clínica de presentación se caracteriza por dolor abdominal, acompañado de náuseas, vómitos y distensión abdominal, lo cual dificulta su diagnóstico precoz dada la similitud con otros procesos intraabdominales tales como pancreatitis, diverticulitis aguda u obstrucción intestinal. Ante el diagnóstico de sospecha se pueden llevar a cabo varias exploraciones tales como Rx de abdomen, TAC abdominal o angiografía. El tratamiento incluye estabilización del paciente mediante fluidoterapia y cristaloides, heparina sódica intravenosa e inyección de sustancias que eviten el vasoespasmó, tales como la papaverina, o en caso de no haber realizado diagnóstico mediante angiografía, glucagón en perfusión. En caso de signos de irritación peritoneal, está indicada la realización de laparotomía urgente ante la alta sospecha de infarto intestinal.

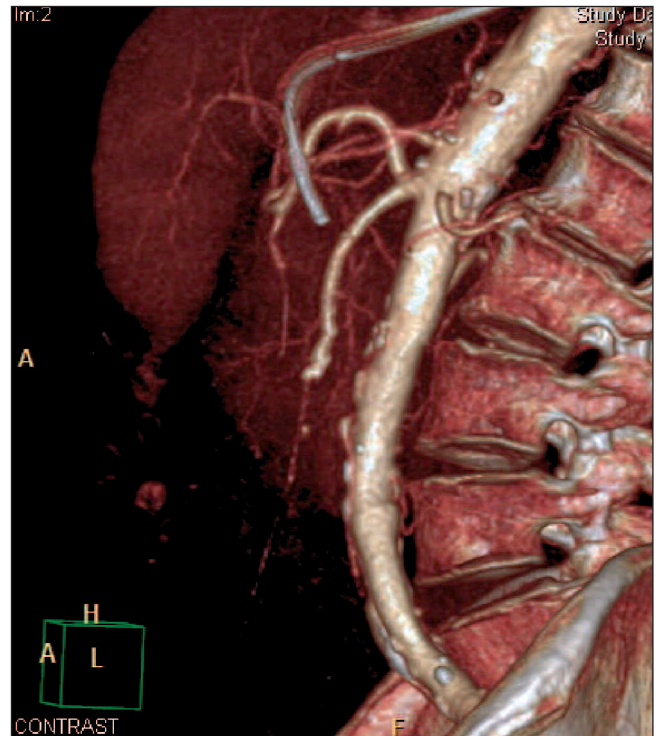


Fig. 3. Oclusión completa tercio medio arteria mesentérica superior junto con ramas cólicas y yeyunales filiformes.

C. Albadea Moreno, V. M. Aguilar Urbano, J. Gonzalo Marín, J. M. Rosales Zabal, R. Rivera Irigoín, F. Fernández Gutiérrez del Álamo¹, A. Pérez Aisa y A. Sánchez Cantos

*Servicios de Aparato Digestivo y ¹Radiología.
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga*

Bibliografía recomendada

1. Oldenburg WA, Lau L, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger ChD. Acute mesenteric ischemia: a clinical review. Arch Intern Med 2004; 164: 1054-62.
2. González Valverde FM, Menarguez Pina F, Molto Aguado M, Gómez Ramos MJ, Mauri Barbera F, Torregrosa NM, et al. J Gastroenterol Hepatol 2005; 20: 1457.