

Carta al director

Tratamiento de la isquemia mesentérica por trombosis aguda de la mesentérica superior.

Treatment of mesenteric ischemia due to acute thrombosis of the superior mesenteric artery.

Lobato Bancalero L¹, Salud Álvarez M¹, Muñoz Ruiz-Canela JJ², Álvarez Rey I³

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Vithas Xanit International Málaga.

²Servicio de Radiología Intervencionista Hospital Vithas Xanit International. Málaga.

³Servicio Radiodiagnóstico Hospital Vithas Xanit International. Málaga.

Palabras clave: isquemia, mesentérica, trombosis.

Key words: ischemia, mesenteric, thrombosis.

Sr. Director:

En referencia a la revisión presentada en su revista¹, queremos aportar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento en la isquemia mesentérica aguda, así como una actualización del mismo. Presentamos el caso de una mujer de 65 años de edad con único antecedente fumadora, que acude al hospital por un cuadro de dolor abdominal agudo de 24 horas de evolución. La paciente se encuentra con tendencia a la hipotensión, taquicardia de 110 latidos por minuto y la exploración abdominal presenta signos de irritación peritoneal.

La analítica muestra leucocitosis (19,68 x 10³/ul) así como elevación de PCR (477 mg/L), elevación de LDH 230 y acidosis metabólica con elevación del lactato. Se realiza TC de abdomen donde se aprecia dilatación de asas de delgado con edema de la pared y líquido libre intrabdominal en moderada cuantía, ante la sospecha de isquemia mesentérica se completa con angioTC (**Figuras 1 y 2**) confirmándose la presencia de una trombosis en la arteria mesentérica superior (AMS) a cuatro centímetros de su origen. Con la sospecha diagnóstica se realiza una laparoscopia diagnóstica apreciándose signos de isquemia desde el ángulo de Treitz hasta el ileon terminal con asas edematizadas e hipoperfundidas aunque sin isquemia transmural establecida por lo que se opta por no realizar resección intestinal. Se procede a realizar una arteriografía que confirma el diagnóstico (**Figura 3**) realizándose fibrinólisis del trombo arterial con rTPA en bolo (20 mg) y posteriormente tratamiento por catéter intravascular con heparina 1000 UI. Tras estabilización de la paciente, rehidratación y control de los trastornos hidroelectrolíticos y con mejoría clínica de la paciente se realiza nuevo angioTC comprobándose la repermeabilización de la AMS con desaparición del trombo (**Figuras 4, 5 y 6**). Se restablece la ingesta otra progresiva y se mantiene tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas y posteriormente es dada de alta con anticoagulación oral.

La Trombosis aguda de la AMS es la causante del 25% de los casos de isquemia mesentérica y la mayoría de estos pacientes han tenido

CORRESPONDENCIA**XREF**

Luis Lobato Bancalero
Hospital Vithas Xanit International
29630 Benalmádena, Málaga
luis.banc@gmail.com

CITA ESTE TRABAJO

Lobato Bancalero Luis, Salud Álvarez M, Muñoz Ruiz-Canela JJ, Álvarez Rey I. Tratamiento de la isquemia mesentérica por trombosis aguda de la mesentérica superior. Cir Andal. 2025;36(1):54-55. DOI: 10.37351/2025361.14

episodios previos pero de menor intensidad de dolor abdominal con la ingesta. Puede ocurrir en el contexto de vasculitis, disección de la arteria mesentérica o aneurismas micóticos^{2,3}. El diagnóstico precoz y la rápida actuación son fundamentales para reducir la mortalidad que es superior al 50%⁴⁻⁷. Múltiples estudios han mostrado que el tratamiento endovascular se asocia a menor mortalidad que la cirugía abierta⁸⁻¹⁰. Una historia clínica adecuada y la realización de un angioTC son fundamentales en el diagnóstico (grado de evidencia 1A). Se debe llevar a cabo una rehidratación precoz, corrección de los trastornos hidroelectrolíticos y descompresión con sonda nasogástrica (grado de evidencia 1B). Se debe realizar una laparoscopia/laparotomía precoz en pacientes con peritonitis con resección de las asas intestinales con necrosis establecida (Grado de evidencia 1C). La laparoscopia es una vía de abordaje, en nuestra opinión, factible para la evaluación de la extensión de la necrosis, así como para la resección segmentaria del intestino afecto en caso de ser necesario. La revascularización endovascular es el procedimiento de elección en los casos que se tenga experiencia, disminuyendo la necesidad de laparotomías, resecciones intestinales y disminuyendo la mortalidad al compararlo con la cirugía abierta (17.2% vs 38.5%, Grado de recomendación 1C)¹¹.

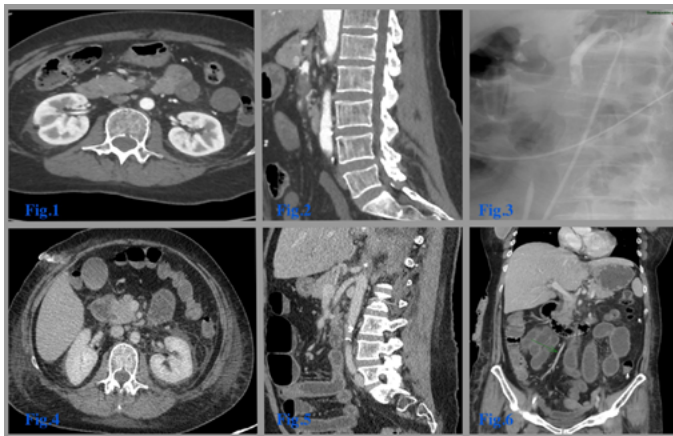


Figura 1

Figura 1 AngioTC con trombosis AMS; Figura 2 Corte Sagital; Figura 3. Arteriografía; Figura 4. AngioTC posfibrinólisis; Figura 5 Corte Sagital; Figura 6 Repermeabilización AMS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano Matías A, Marengo de la Cuadra B, Sánchez Ramírez M, Retamar Gentil M, Pérez Margallo E, Oliva-Monpeán F, et al. Isquemia mesentérica aguda: un desafío aún no resuelto. *Cir Andal*. 2019;30(1):57-65.
2. Arroja B, Canhoto M, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, Vilela M. Isquemia mesentérica aguda. *REV ESP ENFERM DIG* 2010; 102 (5): 327-328.
3. Evennett NJ, Petrov MS, Mittal A, Windsor JA. Systematic review and pooled estimates for the diagnostic accuracy of serological markers for intestinal ischemia. *World J Surg*. 2009;33:1374-83.
4. Chang RW, Chang JB, Longo WE. Update in management of mesenteric ischemia. *World J Gastroenterol*. 2006;12:3243-7.
5. Horton KM, Fishman EK. Multidetector CT angiography in the diagnosis of mesenteric ischemia. *Radiol Clin N Am*. 2007;45:275-88.
6. Schoots IG, Koffeman GI, Legemate DA, Levi M, van Gulik TM. Systematic review of survival after acute mesenteric ischaemia according to disease aetiology. *Br J Surg*. 2004;91:17-27.
7. Beaulieu RJ, Arnaoutakis KD, Abularrage CJ, Efron DT, Schneider E, Black JH. Comparison of open and endovascular treatment of acute mesenteric ischemia. *J Vasc Surg*. 2014;59:159-64.
8. Rosenblum JD, Boyle CM, Schwartz LB. The mesenteric circulation. *Anatomy and physiology*. *Surg Clin North Am*. 1997;77:289-306.
9. Haglund U, Bergqvist D. Intestinal ischemia—the basics. *Langenbeck's Arch Surg*. 1999;384:233-8.
10. Van Petersen AS, Kolkman JJ, Meerwaldt R, Huisman AB, van der Palen J, Zeebregts CJ, Geelkerken RH. Mesenteric stenosis, collaterals, and compensatory blood flow. *J Vasc Surg*. 2014;60:111-9.
11. Björck M, Koelemay M, Acosta S, Bastos Goncalves F, Kölbel T, Kolkman JJ, Lees T, Lefevre JH, Menyhei G, Oderich G, Esvs Guidelines Committee, Kolh P, De Borst GJ, Chakfe N, Debus S, Hinchliffe R, Kakkos S, Koncar I, Sanddal Lindholt J, Vega De Ceniga M, Vermassen F, Verzini F, Document Reviewers, Geelkerken B, Gloviczki P, Huber T, Naylor R. Editor's Choice Management of the Diseases of Mesenteric Arteries and Veins. *Clinical Practice Guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS)*. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2017;53(4):460-510.