

Caso
Autores
Centro

(017) Trombosis crónica de la vena mesentérica inferior
Héctor Lajusticia Andrés, Eunáte Eslava Gurrea
Complejo Hospitalario De Navarra, Pamplona, España

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 40 años con antecedentes de TEP con mutación de la protrombina y varias diverticulitis.

Acude a Urgencias por dolor abdominal localizado inicialmente en hemiabdomen derecho con posterior irradiación hacia hipogastrio y FII.

En la exploración física el abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y FII con discreta defensa local, sugestiva de nueva diverticulitis.

En la TC abdominopélvica con CIV se observa un engrosamiento mural de un segmento de 10 cm de sigma con divertículos e hiperdensidad y reticulación de la grasa adyacente, compatible con diverticulitis no complicada. Incidentalmente se identifica abundante vascularización colateral que circunda colon transverso, descendente y sigma, donde parece extenderse hasta capas intramurales. Se revisan TC previos en el que dicho hallazgo no estaba presente, interpretándose como colateralidad posiblemente secundario a trombosis crónica de la vena mesentérica inferior. Se revisan TC más antiguos identificando una trombosis que afectaba a la vena mesentérica inferior que, como variante anatómica, drena en la parte más superior, previa a la confluencia esplenomesentérica y que ocasiona afectación difusa y edematización del colon izquierdo, sigma y parte del recto.

Conclusión: Diverticulitis sigmoidea. Signos de congestión vascular con abundante colateralidad que circunda el colon izquierdo y sigma en relación con trombosis crónica de la vena mesentérica inferior.

DISCUSIÓN

La trombosis venosa mesentérica supone el 5-10% de los casos de isquemia mesentérica. De estos, sólo el 5% afectan a la vena mesentérica inferior. La tasa de mortalidad es de 15-40%, a lo que contribuye la dificultad para el diagnóstico, y que frecuentemente existe una demora del mismo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal, estreñimiento y/o diarrea.

La trombosis venosa mesentérica de forma crónica (meses o años) no suele presentar dolor abdominal y se produce una importante circulación venosa colateral, y se manifiesta como complicaciones de trombosis portal o esplénica, en forma de hemorragia por varices esofágicas. Se puede clasificar en primaria, cuando la causa es desconocida, y secundaria, cuando se identifica la causa, como estados de hipercoagulabilidad (neoplasias, trombosis venosa periférica, déficit de proteína C, déficit de proteína S, embarazo, déficit de antitrombina III, síndrome mieloproliferativo, hemoglobinuria paroxística nocturna,...;) , enfermedades

inflamatorias abdominales (pancreatitis, diverticulitis, apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, sepsis,...); estados postquirúrgicos, traumatismos, hipertensión portal (cirrosis, esplenectomía o esplenomegalia), obstrucción intestinal (vólvulo, invaginación),...;

La localización del trombo depende de la causa subyacente: las trombosis por causas intraabdominales empiezan en los grandes vasos y posteriormente progresan periféricamente, afectando a las pequeñas ramas; en los casos secundarios a estados protrombóticos, empiezan en los pequeños vasos y progresan afectando posteriormente vasos mayores.

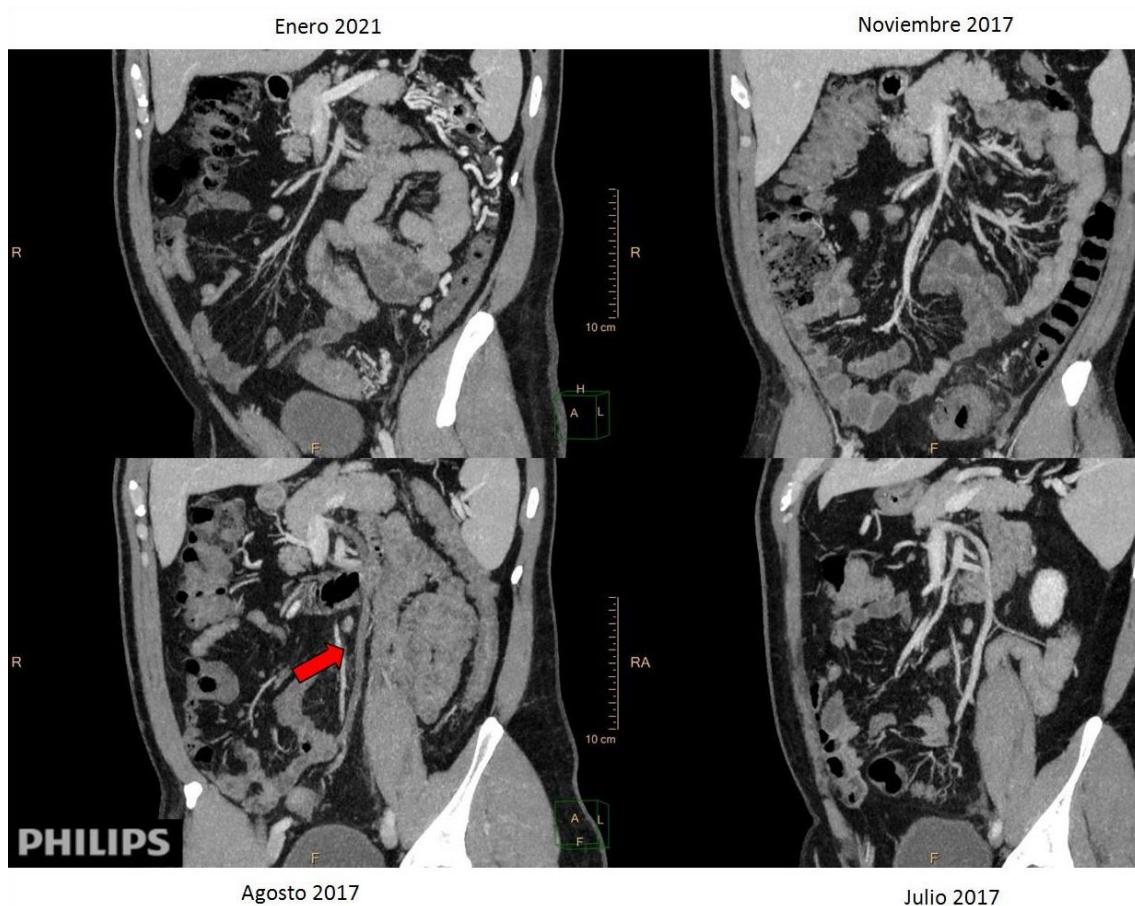
El TC es la prueba de imagen de elección, puesto que permite valorar las estructuras vasculares, la pared intestinal y el mesenterio adyacente. La sensibilidad del TC para el diagnóstico de es de aproximadamente el 90%.

En el TC, el trombo se ve como un defecto de repleción, una hipodensidad focal o tubular en el interior de la vena afectada. Si la oclusión es incompleta, se verá un halo periférico de contraste. La vena afectada puede estar aumentada de tamaño y puede presentar unos márgenes mal definidos.

CONCLUSIÓN

Ante la sospecha de isquemia mesentérica aguda, hay que descartar el origen venoso, para lo que hay que conocer los hallazgos radiológicos y las distintas etiologías y factores de riesgo. Hay que tener en cuenta la trombosis venosa mesentérica y portal como diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal atípico y factores de riesgo protrombóticos.

La TC abdominopélvica con CIV, sigue siendo la técnica de elección para el diagnóstico y seguimiento del paciente con trombosis venosa mesentérica, por su alto rendimiento y accesibilidad.



TC abdominopélvico con CIV: defecto de repleción compatible con trombosis en la vena mesentérica inferior (flecha) que va a drenar a la vena mesentérica superior antes de la confluencia esplenomesentérica. Posteriormente a la trombosis, se desarrolla una importante vascularización colateral e hipoplasia de la vena mesentérica inferior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duran R, Denys AL, Letovanec I, Meuli RA, Schmidt S. Multidetector CT features of mesenteric vein thrombosis. *Radiographics*, 2012, 32:1503-1522. <https://doi.org/10.1148/rg.325115100>
2. Gore RM, Yaghmai V. Imaging in intestinal ischemic disorders. *Radiol Clin North Am*. 2008 Sep;46(5):845-75. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2008.05.004>
3. Gore RM, Yaghmai V et al. Small bowel vascular disorders from arterial etiology and impaired venous drainage. *Radiology clinics of NA* 2008 Sep;46(5):845-75. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2008.05.004>
4. Lee SS, Ha HK et al. Usefulness of computed tomography in differentiating transmural infarction from nontransmural ischemia of the small intestine in patients with acute mesenteric venous thrombosis. *J. Comput Assist Tomogr*. 2008 Sep-Oct;32(5):730-7. <https://doi.org/10.1097/RCT.0b013e318159f135>