

Caso
Autores
Centro

(374) Isquemia mesentérica: no te olvides de las venas
Ángela María Díaz Cárdenas, Maria Magdalena Serra Salas,
Ilyan Mezinskiy Kushnerev, Albert Castillo Pinar
Hospital Universitario De Bellvitge

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 61 años, obeso y fumador, con hemicolectomía derecha ampliada en 2016, sin otros antecedentes médicos de interés. Consulta a urgencias por clínica de tres horas de dolor en hemiabdomen derecho y deposiciones diarreicas, que posteriormente se asocian a hematoquecia con coágulos. Niega fiebre u otros síntomas asociados. Al examen físico se encuentra taquicárdico, con dolor a la palpación del hemiabdomen derecho y un tacto rectal con restos hemáticos. Analíticamente destaca una leucocitosis (20800 células/mL) y hemoglobina normal (18.5 gr/dl). La sospecha clínica es de colitis isquémica, y solicitan una prueba de imagen para descartar complicaciones.

Se realiza una tomografía abdomino-pélvica, en la que se observa un defecto de repleción en la vena mesentérica superior (VMS) que se extiende desde las ramas ileales hasta el confluente espleno-porto-mesentérico, compatible con trombosis. Las asas de yeyuno distal e íleon presentan un engrosamiento circunferencial de la pared secundario a edema, e hipocaptación de la misma con presencia del signo de la diana. También se identifica trabeculación de la grasa mesentérica, líquido alrededor de las asas afectadas, y láminas de líquido libre perihepático, periesplénico y en la pelvis. Los hallazgos radiológicos son compatibles con isquemia mesentérica secundaria a trombosis de la VMS.

DISCUSIÓN

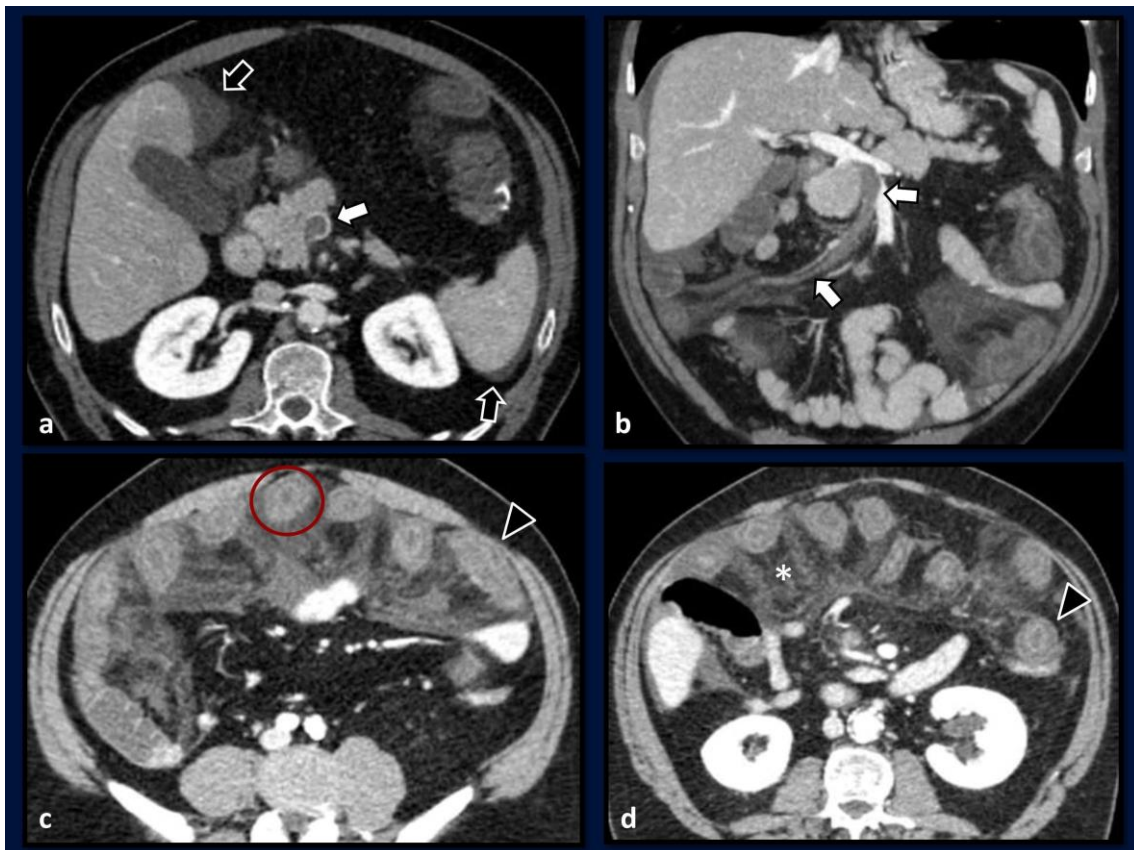
La isquemia mesentérica aguda es una entidad poco frecuente, aunque potencialmente letal, con una mortalidad alta, por lo que su detección y tratamiento precoces son cruciales. La trombosis venosa mesentérica es la etiología de la misma en aproximadamente un 5-15% de los casos, siendo más frecuentes la trombosis y embolia arteriales [1]. La oclusión venosa con aporte arterial preservado provoca un aumento de presión en la pared intestinal que resulta en edema, con o sin hemorragia intramural. Si la oclusión es extensa y el drenaje colateral insuficiente, la disminución de la perfusión parietal resultará en isquemia, infarto y eventual necrosis [2]. Las causas se clasifican en primaria o idiopática, como fue el caso de este paciente, y secundaria, donde se incluyen estados de hipercoagulabilidad, neoplasias, estados post-quirúrgicos abdominales recientes, sepsis sistémica o abdominal, e hipertensión portal, entre otras.

Dado que la clínica suele ser vaga y los síntomas poco específicos, siendo lo más frecuente el dolor abdominal severo que presentaba el paciente, la realización de una prueba de imagen es vital para establecer un diagnóstico temprano, siendo de elección la tomografía abdominal. Una vez identificado el defecto de repleción de la estructura venosa afectada y sus ramas, el siguiente paso es evaluar la posible afectación a nivel intestinal, que determinará en gran medida el tratamiento. En el estudio sin contraste podremos observar engrosamiento mural hipodenso

secundario a edema, o hiperdenso debido a hemorragia intramural, ascitis y signos de congestión mesentérica. Si las asas son viables, tras administrar contraste endovenoso veremos realce de las capas muscular y mucosa con edema submucoso, configurando el “signo de la diana”. Por el contrario, si hay isquemia, el realce puede estar disminuido o ausente; y en caso de infarto irreversible, veremos neumatosis intestinal, gas en el sistema venoso portomesentérico, o neumoperitoneo libre si existe perforación [3][4].

CONCLUSIÓN

La isquemia mesentérica aguda secundaria a trombosis venosa es una entidad rara, con una alta mortalidad y una clínica poco específica, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento precoces, que pueden mejorar el pronóstico de estos pacientes. Es por esto que es importante reconocer los diferentes hallazgos radiológicos en la tomografía de abdomen, prueba de imagen de elección, y realizar una correcta interpretación de los mismos, incluyendo los signos de viabilidad de las asas intestinales afectadas.



TC de abdomen con contraste endovenoso en fase portal, en un hombre de 61 años con isquemia intestinal secundaria a trombosis de la vena mesentérica superior (VMS). Proyecciones axial (a) y coronal con MIP (b) donde se observa un defecto de repleción hipodenso de la VMS que se extiende desde las ramas ileales hasta el confluente espleno-porto-mesentérico (flechas blancas), compatible con trombosis. Nótese la presencia de ascitis (flechas negras). Proyecciones axiales (c) y (d) que muestran un engrosamiento circunferencial de la pared de las asas de intestino delgado afectadas (cabezas de flecha negras), cuya captación mural está disminuida. También se observa el signo de la diana (círculo rojo) y edema de la grasa mesentérica (asterisco).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kanasaki S, Furukawa A, Fumoto K, et al. Acute Mesenteric Ischemia: Multidetector CT Findings and Endovascular Management. *RadioGraphics* 2018; 38:945-961. <https://doi.org/10.1148/rg.2018170163>
2. Duran R, Denys A, Letovanec I, et al. Multidetector CT Features of Mesenteric Vein Thrombosis. *RadioGraphics* 2012; 32:1503-1522. <https://doi.org/10.1148/rg.325115100>
3. Sugi M, Menias C, Lubner M, et al. CT Findings of Acute Small-Bowel Entities. *RadioGraphics* 2018; 38:1352-1369. <https://doi.org/10.1148/rg.2018170148>
4. Furukawa A, Kanasaki S, Kono N, et al. CT Diagnosis of Acute Mesenteric Ischemia from Various Causes. *AJR* 2009; 192:408-416. <https://doi.org/10.2214/AJR.08.1138>