

| | |
|----------------|---|
| Caso | (475) Causa poco frecuente de isquemia mesentérica |
| Autores | José María Lara Torres, Rebeca Vara Cilla, Kelly Johanna Parra Rodríguez, Luisa Elisa Landa Marín, Eva María Escudero Romo, Gonzalo Rodríguez Maestro |
| Centro | Hospital Universitario De Getafe |

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años que acude por dolor abdominal en epigástrico y en flanco izquierdo, no irradiado, de un mes de evolución. Refiere empeoramiento brusco del dolor, sin mejoría de la sintomatología tras administración de analgesia de 3er escalón.

En la analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda y elevación de la PCR y LDH.

Se decide realizar una TC abdominal con contraste endovenoso en fase portal, observando un defecto de repleción central en la vena porta y sus ramas intrahepáticas, vena mesentérica superior y porción proximal de la vena esplénica cercana a la unión esplenoportal, con aumento del calibre de los vasos y discreta trabeculación de la grasa perivascular. Dichos hallazgos son compatibles con trombosis venosa. No se observan hallazgos que sugieran infartos hepáticos.

Asocia engrosamiento mural circunferencial de un segmento largo de intestino delgado, con hiporealce mural, ingurgitación del meso y líquido libre intraperitoneal (periasas, pelvis, ambas gotieras y perihepático). Los hallazgos son diagnósticos de isquemia mesentérica venosa con signos de sufrimiento intestinal.

La paciente fue operada de manera urgente, resecándose un segmento de íleon con datos de isquemia, de 40cm de longitud.

Posteriormente fue diagnosticada de factor V de Leiden.

DISCUSIÓN

La isquemia intestinal venooclusiva es una causa rara dentro de las isquemias, representando sólo el 5-10% de todos los casos de isquemia mesentérica aguda.

En el 63-70 % de los casos se consigue identificar una causa subyacente, entre las que destacan los estados de hipercoagulabilidad (policitemia vera, déficit de proteína C y S...), neoplasias, cirugías recientes, entre otras.

La TC suele tener un alto valor diagnóstico, siendo el hallazgo más frecuente y sensible la presencia de un defecto de repleción intraluminal.

El engrosamiento mural por congestión venosa es otro de los hallazgos presentes en esta patología, pudiendo mostrar hiperrealce en los estudios sin contraste en relación con hemorragia mural, o hipodensidad tras administración de contraste endovenoso en los casos de sufrimiento de asas.

A veces, este engrosamiento mural produce una imagen denominada “en diana”, alternando capas concéntricas hiperdensas con otras hipodensas”.

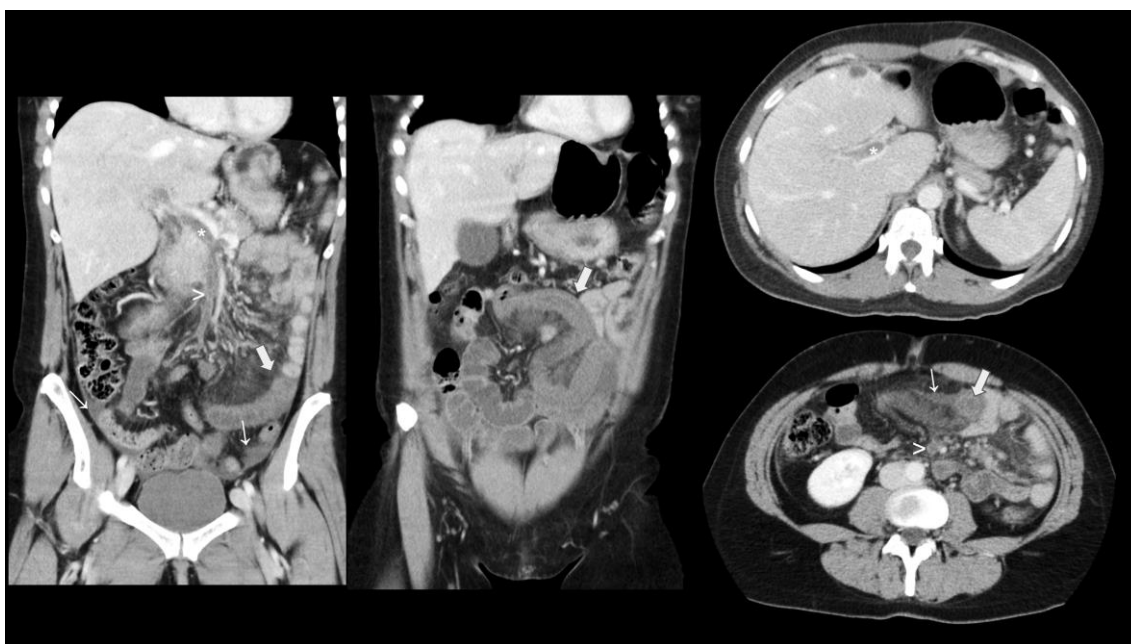
La presencia de neumatosis intestinal y portal traducen cambios necróticos transmurales evolucionados, empeorando el pronóstico de la patología.

La isquemia mesentérica venosa produce más ascitis y cambios inflamatorios en el meso que la de origen arterial. Dentro del diagnóstico diferencial habría que incluir otras causas de engrosamiento mural como son el angioedema intestinal (engrosamiento mural difuso y ascitis, indistinguible de la isquemia intestinal), las vasculitis, el “intestino de shock” (por reperfusión de las asas intestinales tras un periodo de isquemia) o la enfermedad de Crohn (suele producir engrosamientos más focales, con algún área de estenosis +/- fístulas).

El tratamiento se basa en la resección quirúrgica de las asas intestinales necrosadas. Posteriormente se procede al tratamiento dirigido hacia el trombo intraluminal, ya sea mediante técnicas intervencionistas (trombolisis con estreptocinasa o uricinas) y anticoagulación sistémica.

CONCLUSIÓN

Es importante saber identificar los hallazgos radiológicos que hagan sospechar isquemia mesentérica, puesto que supone una patología con una elevada morbimortalidad. La TC con contraste supone una prueba rápida y de elevada sensibilidad y especificidad, que permite afinar el origen arterial o venoso.



Defecto de repleción en la vena porta (asterisco) y vena mesentérica superior (cabeza de flecha) en relación con trombosis venosa. Engrosamiento e hiperrealce de las asas de intestino delgado (flecha gruesa). Líquido libre intraperitoneal (flecha fina).

BIBLIOGRAFÍA

Furukawa A et al. CT diagnosis of acute mesenteric ischemia from various causes. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;192 (2): 408-16. DOI: 10.2214/AJR.08.1138

Finkelstone L et al: The etiology of small bowel thickening on CT, *Can J Gastroenterol.* 2012; 26 (12): 897-901. DOI: 10.1155/2012/282603

Warshauer DM et al. Superior mesenteric vein thrombosis with radiologically occult cause: a retrospective study of 43 cases. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177 (4): 837-41. DOI: 10.2214/ajr.177.4.1770837

Umphrey H et al: Differential diagnosis of small bowel ischemia. *Radiol Clin North Am.* 2008; 46 (5): 943-52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2008.06.004>