



Capítulo 41

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

R. López Pardo - M.J. Estebaran Martín - A. Bravo Blanco

INTRODUCCIÓN

- ▲ La *Isquemia Mesentérica Aguda* se define como un descenso brusco del riego esplácnico que produce lesiones intestinales y/o viscerales de extensión variable y que pueden llegar a ser irreversibles. Está presente en el 0.9 % de los cuadros de dolor abdominal de pacientes hospitalizados y en el 0.4% de las laparotomías urgentes, si bien su incidencia está en aumento debido a la mayor longevidad de la población y mayor supervivencia de enfermos cardiovasculares.
- ▲ Se caracteriza por la ausencia de signos o síntomas específicos, lo que conlleva un diagnóstico tardío en la mayoría de las ocasiones. Esto, a su vez, condiciona una mortalidad muy elevada (60-85 %), siendo lo más importante en el manejo de esta patología la sospecha clínica de la misma.

PATOGENIA

- ▲ El riego sanguíneo intestinal depende de tres fuentes: el Tronco Celiaco, la Arteria Mesentérica Superior y la Arteria Mesentérica Inferior; con múltiples interconexiones entre ellas (Arteria de Riolo, plexo pancreático, Arteria Marginal de Drummond...). Solamente la obstrucción de la arteria mesentérica superior producirá lesiones intestinales.
 - *Fase de isquemia aguda*: previa a la necrosis y potencialmente reversible.
 - Fase precoz: el enfermo presenta hiperperistaltismo y dolor cólico abdominal, pudiendo durar este periodo entre 30 y 60 minutos.
 - Fase tardía: se produce un íleo paralítico con dilatación radiológica de asas intestinales, siendo la duración de esta fase variable según la gravedad de la isquemia (6 a 24 horas).
 - *Fase de Infarto Mesentérico*: necrosis intestinal irreversible.
 - Afecta fundamentalmente a intestino delgado (difusa o segmentaria), mesenterio y con menor frecuencia colon y otras vísceras. Es en ésta fase cuando es más frecuente el diagnóstico y tiene menos éxito el tratamiento.

CLÍNICA

- ▲ El cuadro clínico establecido de isquemia mesentérica fue descrito por primera vez por Mondor en 1933; caracterizado por dolor abdominal continuo, meteorismo y vómitos, defensa abdominal, ausencia de ruidos hidroaéreos y estado de shock.
- ▲ La *Isquemia Mesentérica aguda* presenta ciertas características que nos deben hacer sospechar:
 - En primer lugar, la disociación que existe entre el dolor abdominal intenso y la exploración abdominal en las primeras fases del cuadro, que suele ser anodina.
 - Se presenta en enfermos en edades superiores a 60 años, que suelen tener antecedentes de patología cardíaca (arritmia, valvulopatía, isquemia o bajo gas-

to), vascular (isquemia aguda en MMII, angor intestinal, ACVA) o situaciones de bajo gasto (enfermo de UCI con drogas vasoactivas).

- Los hallazgos radiológicos (dilatación de asas intestinales, gas o imágenes de "huellas digitales" en la pared intestinal) y analíticos (acidosis metabólica), no tienen porqué estar presentes de forma constante para plantear un diagnóstico de sospecha.
- La sintomatología y la exploración física, así como las pruebas diagnósticas son muy variables en su presentación; de ahí la dificultad en su diagnóstico precoz y su alta mortalidad.

▲ FORMAS CLÍNICAS:

1 .- **Embolia arterial:** 40% de los casos.

- Se acompaña de antecedentes de enfermedad embolígena casi siempre de origen cardíaco (F.A. crónica o valvulopatía mitral) y de episodios de embolia en otras localizaciones (50 %).
- La localización más frecuente es en la arteria mesentérica superior a continuación de la salida de la cólica media, con afectación de asas de yeyuno e ileon.
- En la fase inicial se presenta como un dolor abdominal de inicio brusco, acompañado de vómitos y diarrea y con una exploración abdominal anodina. Se puede acompañar de una discreta leucocitosis y un ligero déficit de bases, pudiendo ser normal la Rx de Abdomen.
- En la fase tardía e IRREVERSIBLE, el dolor aumenta en intensidad, apareciendo defensa e irritación peritoneal a la exploración, hemorragia digestiva y estado de Shock. *En la analítica encontraremos leucocitosis, acidosis metabólica, hiperamilasemia, hemoconcentración y elevación de la CPK.*

2 .- **Trombosis arterial:** 30%

- Antecedentes de arteriosclerosis (Isquemia crónica en MMII, cardiopatía isquémica o angor intestinal), aneurisma de aorta o arteritis.
- El dolor se instaura de forma más insidiosa y la afectación intestinal es más difusa, teniendo peor pronóstico.

3 .- **Isquemia no oclusiva:** 20%

- Se produce por vasoconstricción esplácnica en situaciones clínicas de bajo gasto (insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad hepatorenal, hemodiálisis) o empleo de drogas vasoactivas; siendo típica de enfermos de U.C.I.
- El dolor es muy inespecífico, estando ausente en un 25 % de los casos; y a veces se llega al diagnóstico por la presencia de distensión abdominal y hemorragia digestiva. La mortalidad de esta variante llega al 90%.

4 .- **Trombosis venosa:**

- Aparece en pacientes con antecedentes de trombosis en otras localizaciones o estados de hipercoagulabilidad.
- La trombosis de las venas mesentéricas produce un infarto hemorrágico de la pared intestinal y del mesenterio; dando lugar a un dolor progresivo y también a una elevada mortalidad.

5 .- **Isquemia intestinal aguda postoperatoria:** tras cirugía cardíaca o vascular.



DIAGNÓSTICO

Como en todo dolor abdominal severo debemos solicitar de entrada: *Hemograma, Bioquímica (lones, urea, glucosa y amilasa), Estudio de Coagulación, Gasometría venosa, Sistemático de Orina, Radiografía de tórax PA y lateral, Radiografía de abdomen simple y bipedestación y ECG.* A continuación, estableceremos una **sospecha clínica** del cuadro, y tras realizar un **diagnóstico diferencial** con otros cuadros clínicos, valoraremos solicitar una **Arteriografía abdominal**. Si ésta técnica no está disponible o resulta negativa solicitaremos **TAC helicoidal** que además podría descartar otros procesos que se incluirían en el diagnóstico diferencial.

▲ **SOSPECHA CLÍNICA:** en base a:

1. Dolor abdominal severo desproporcionado frente a los hallazgos de exploración física, laboratorio o radiológicos.
2. Antecedentes de F.A. crónica o embolismos (embolia), arteriosclerosis (trombosis) o enfermo de U.C.I en situación de bajo gasto o con drogas vasoactivas (isquemia no oclusiva).

▲ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

- Pancreatitis aguda (colecistitis, elevación de amilasa, lipasa)
- Perforación de víscera hueca (úlcera péptica, tumor, neumoperitoneo)
- Obstrucción intestinal (cirugía abdominal previa, hernias, dilatación de asas con niveles hidroaéreos).

▲ **ARTERIOGRAFÍA:** prueba de elección.

- Confirma el diagnóstico.
- Localiza la obstrucción y nos orienta sobre la etiología.
- Permite la infusión intraarterial de Papaverina (isquemia no oclusiva).

▲ **OTRAS PRUEBAS:** Angio TAC o Eco-doppler abdominal. Se pueden solicitar dependiendo de la disponibilidad de la arteriografía.

TRATAMIENTO

▲ **Quirúrgico:** de elección.

Se realiza laparotomía para valorar el estado de las asas intestinales y así realizar técnicas de revascularización (embolectomía o By-pass), resección intestinal o como sucede con frecuencia, cerrar el abdomen por la gran extensión de la isquemia.

▲ **Médico:** iniciarlo en Urgencias.

- Control de TA, frecuencia cardiaca y Tª.
- Reequilibrio hidroelectrolítico: perfusión de cristaloides.
- Control del hematocrito, diuresis, colocación de sonda vesical.
- Antibióticos: Metronidazol a dosis de 500mg cada 8 horas vía intravenosa y Gentamicina a dosis de 5 mg/ Kg cada 24 horas.
- Anticoagulación con heparina en perfusión.
- Control de la acidosis metabólica: gasometrías seriadas, perfusión de bicarbonato 250 cc 1/6 M. a pasar en 2 horas si PH < 7.20 ó HCO₃ < 20 mEq.
- Colocación de Sonda Nasogástrica.
- Administración de antiácido: Ranitidina 50 mg cada 8 horas vía intravenosa.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Reys P, Doerfler JP. Tácticas y técnicas quirúrgicas ante un infarto mesentérico. En: Horay P, editor. Enciclopedia Médico Quirúrgica. Técnicas Quirúrgicas en Aparato Digestivo. Paris: Elsevier; 1998. p. 40/492-40/503.
- ▲ The acute abdomen and acute gastrointestinal hemorrhage. En: Burkitt, Quick, Gatt, editors Essential Surgery. Problems, diagnosis and management. Edimburgh: Churchill Livingstone; 1995. p. 234-235.
- ▲ Rodríguez C, Veras M, Sainz F, Gutiérrez M, Quintana M, Cuenca J. Isquemia mesentérica aguda. En: Benavides JA, editor. Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas . Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid: SmithKline Beecham; 1998. p. 557.