



RESEARCH ARTICLE

TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA SEGMENTARIA. REPORTE DE CASO.

1*Urbina Velázquez Marco Antonio, 2Melín Herrera Oscar and 3Galindo López Patricia

1,2.Cirujano General. Departamento de Cirugía General. Hospital de Alta Especialidad de Veracruz

3Médico General. Departamento de Cirugía General. Hospital de Alta Especialidad de Veracruz

ARTICLE INFO

Article History:

Received 25th January, 2022

Received in revised form

14th February, 2022

Accepted 09th March, 2022

Published online 30th April, 2022

Keywords:

Trombosis Venosa Mesentérica,
Segmentaria, Isquemia Intestinal.

ABSTRACT

Paciente masculino de 69 años con cuadro de abdomen agudo, debido a no contar con recursos de imagen apropiado (tomografía de abdomen, angiotomografía) se realiza laparotomía exploradora donde se identifica la presencia de porción de asas de intestino con zonas de necrosis. Se realiza resección e ileostomía. Reporte de patología confirma la presencia de trombosis venosa mesentérica segmentaria como causa de isquemia intestinal.

INTRODUCTION

La lesión isquémica del intestino delgado o grueso aparece cuando el flujo sanguíneo es insuficiente para cumplir con los requerimientos del intestino. La isquemia intestinal puede presentarse de forma aguda o crónica y su origen puede ser arterial o venoso. La trombosis venosa es responsable del 15-30 % de casos de isquemia intestinal aguda. La trombosis puede ser primaria (30 %), cuando se debe a un trastorno de coagulación; secundaria (60 %), cuando se debe a procesos intraabdominales que ocasionan trombosis venosa por causa de una combinación de hemoconcentración, reducción del flujo sanguíneo y lesión endotelial; o idiopática (10 %). La trombosis venosa mesentérica supone el 5-10% de los casos. De estos, el 95% afectan a la vena mesentérica superior. Hasta el 60 % de los pacientes tienen antecedentes de trombosis venosa periférica. 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 son: dolor abdominal de gran intensidad, náusea, vómito, distensión abdominal, estreñimiento y/o diarrea

Se puede clasificar en función de la temporalidad en

Aguda: minutos o horas, Subaguda, en la que el dolor abdominal dura días o semanas, Crónica:(meses o años), que no presentan dolor abdominal y presentan una importante circulación venosa colateral.

Y por su etiología en: Primaria - cuando la causa es desconocida. Secundaria - cuando se identifica la causa. La radiografía de abdomen será patológica en el 50-70 % de los casos, aunque sólo en el 5 % habrá hallazgos específicos de isquemia intestinal. Asas de intestino delgado dilatadas. Niveles hidroaéreos. Imágenes en huella de dedo. La ecografía abdominal muestra datos indirectos como engrosamiento de la pared de asas intestinales y líquido libre. La ecografía doppler permite la valoración de la vena mesentérica y porta, proporcionando información del flujo, y permite el análisis de vasos viscerales. La tomografía computada con contraste intravenoso 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 TVM es de aproximadamente el 90%. 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. La RM tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la TVM, pero no parece aportar ninguna ventaja sobre el TC, salvo en pacientes con intolerancia al contraste yodado (3). El tratamiento incluye una estrecha monitorización del enfermo y medidas de reanimación para estabilizar la condición hemodinámica. Este aspecto es obligado antes de proceder a cualquier maniobra invasiva, incluyendo la angiografía y la propia laparotomía. Debe optimizarse la función cardíaca, evitar fármacos vasopresores y reponer electrolitos. Otras medidas incluyen el reposo digestivo, la descompresión intestinal y la administración de antibióticos por vía intravenosa (Bassiouny, 1997; Bradbury, 1995; Brandt, 1998; Acosta, 2005).

*Corresponding author: Urbina Velázquez Marco Antonio, Cirujano General. Departamento de Cirugía General. Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

La TVM en ausencia de peritonitis, su tratamiento consiste en la descoagulación sistémica con un bolus inicial de 5.000 UI de heparina seguido de infusión continua de 1.000 UI/h, ajustando la dosis para mantener el TTP alargado 2-2,5 veces respecto al control. Esta pauta se mantiene durante 7-14 días, iniciando posteriormente la administración de cumarínicos, al menos durante 6 meses. En presencia de peritonitis resulta obligada la laparotomía (Kaleya, 1995; Jorgensen, 1997). La isquemia mesentérica aunque infrecuente es un diagnóstico que el cirujano debe tener presente y más si sabemos que se puede presentar como abdomen agudo, que no se acompaña de síntomas precisos.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 69 años de edad con antecedente de alcoholismo intenso y sangrado de tubo digestivo alto, hipertenso de 5 años de diagnóstico. Presenta dolor abdominal de tres días de evolución con inicio en epigastrio y migración a flanco derecho y mesogastrio acompañado de distensión abdominal, náusea sin llegar al vómito con imposibilidad para evacuar y canalizar gases, debido a la persistencia de la sintomatología acude a consulta médica de urgencias del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. A su ingreso al servicio de urgencias se encuentra paciente consciente orientado, con datos de ictericia, a la exploración dirigida de abdomen paciente con distensión abdominal, a la palpación con resistencia muscular involuntaria en hemiabdomen derecho, plastrón en flanco derecho, peristalsis presente, resto de la exploración sin datos relevantes.

Se solicitan exámenes de laboratorio reportando Hb 13.7, Htc 41, Plq 100, Leucocitos 15.6, Neu 85%, Linfocitos 6%, TP 14 segundos. 70%, TTP 27.5 segundos, Glucosa 124, Urea: 40, Creat: 1.0. BilTot: 1.3, BilDir: 0.28, BilInd: 1.02, TGO 7, TGP 14, FA 70, Pr T 5, Albumina 2.3. Estudios de gabinete limitados solo a radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos en hipocondrio derecho y mesogastrio, no se observa gas distal e imagen de vidrio despulido, No se realiza mayor estudios de extensión por no contarlos en el hospital. Se decide manejo quirúrgico por datos clínicos de oclusión intestinal a descartar proceso apendicular. Los hallazgos transoperatorios fueron: porción de intestino delgado con necrosis intestinal en segmentos de aproximadamente 40 cm a nivel de íleon, se realizó resección intestinal de dichos segmentos así como, ileostomía terminal. En el postoperatorio con buena evolución postquirúrgica, se egresó al quinto día, sin complicaciones aparentes. Reporte de patología con presencia de necrosis intestinal y trombosis venosa de segmentos de vasos mesentéricos.

DISCUSIÓN

Debido a las características clínicas del paciente, y ante la precaridad diagnóstica por la falta de insumos para estudios de gabinete en el centro hospitalario donde fue atendido, fue llevado a la sala de operaciones sin un diagnóstico de certeza que pudiera haber condicionado en una terapéutica distinta. Las características de la TVM pueden no ser del manejo de muchos cirujanos en el área de urgencias por lo que es importante conocerla y poderla sospechar ante un cuadro clínico similar.

Glosario de abreviaturas

- RM: Resonancia magnética.
- TC: Tomografía computada.
- TVM: Trombosis venosa mesentérica.

REFERENCES

- Bassiouny HS. Nonocclusive mesenteric ischemia. *Surg Clin North Am.* 1997;77:319-26.
- Bradbury AW, Brittenden J, McBride K, Ruckley CV. Mesenteric ischaemia: a multidisciplinary approach. *Br J Surg.* 1995; 82: 1.446-59.
- Esnal Andueza. G. Isquemia mesentérica causada por trombosis venosa mesentérica. <http://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-0883>
- Brandt LJ, Smithline AE. Ischemic lesions of the bowel. En: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, eds. *Gastrointestinal and liver disease. Pathophysiology/ Diagnosis/Management.* 6ta ed. Filadelfia: WB Saunders Company; 1998.p. 2009-34.
- Gandhi SK, Hanson MM, Vernava AM, Kaminski DL, Longo WE. Ischemic colitis. *Dis Colon Rectum.* 1996; 39: 88-100.
- Acosta S, Ogren M, Sternby NH, Bergqvist D, Bjorck M. Mesenteric venous thrombosis with transmural intestinal infarction: a population-based study. *J Vasc Surg.* 2005; 41(1):59-63.
- Kaleya RN. Acute mesenteric ischemia. *Crit Care Clin.* 1995; 11: 479-511
- Jorgensen JE. Catástrofes vasculares abdominales: urgencias abdominales. ¿Ha cambiado algo? *Clin Quir Norte Am.* 1997; 6: 1271-8.
