



P-424 - TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA CON FIBRINOLISIS INTRAARTERIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Husein Alonso, Fátima; González Serrano, María Carmen; Cruz González, María Inmaculada Concepción; Etxebarría Beitia, Eider; López Medina, Antonio; Ascondo Larrucea, Asier; García Raña, Alba; González Aguirregomezcorta, Eneko

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La trombosis venosa mesentérica (TVM) es una causa poco frecuente de la isquemia mesentérica aguda (IMA). Tiene una incidencia entre el 5-15% de los casos de IMA, su diagnóstico es difícil si no se acompaña de una sospecha clínica. Suele tener lugar en pacientes con coagulopatía de base, con antecedentes de trombosis venosas periféricas o tromboembolismo pulmonar y siempre hay que descartar patología neoplásica.

Caso clínico: Mujer 69 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de ocho horas de evolución. El dolor abdominal se focaliza en mesogastrio, asocia malestar general, náuseas y vómitos de contenido alimentario, junto con deposición diarreica sanguinolenta. A la exploración, abdomen distendido y dolor a la palpación de forma generalizada. Se realiza TC que muestra una extensa trombosis aguda que afecta a la vena mesentérica superior y que alcanza el confluente esplenoportal, junto con engrosamiento de asas intestinales con marcado engrosamiento mural, ingurgitación mesentérica y cierta hipocaptación, hallazgos en relación a isquemia. Se inicia anticoagulación con HBPM a dosis terapéuticas junto con arteriografía selectiva de la arteria mesentérica superior (AMS). Se evidencia permeabilidad de los vasos arteriales con ausencia de relleno de venas mesentéricas por la trombosis. Se instaura tratamiento fibrinolítico intraarterial local con urokinasa desde el catéter de la AMS. Tras el tratamiento, ingresa en la Unidad de Cuidados Polivalentes Intermedios, con controles radiográficos, observando, disminución del componente de TVM y cambios de ileítis isquémica en las asas de intestino delgado, sin necrosis del asa captante (mejoría radiológica respecto al primer TC), por lo que se decide finalizar el tratamiento fibrinolítico intraarterial con urokinasa. Se traslada a planta con inicio de tolerancia por vía oral. Dos días después, empieza con empeoramiento clínico: fiebre, dolor, defensa en FID y aumento de los parámetros de infección. Se realiza TC de urgencia, que se informa de colección hidroaérea en FID compatible con perforación ileal isquémica, con disminución de la trombosis de la vena mesentérica superior. Se decide intervenir de urgencia hallando isquemia segmentaria de unos 20 cm de íleon a 80 cm de válvula ileocecal y líquido libre escaso hematoseroso. Se realiza resección segmentaria del asa afectada y anastomosis laterolateral mecánica. A los dos días, se inicia terapia con HBMP. Ante la buena evolución, es dada de alta a la semana de la intervención. El estudio de trombofilia realizado fue normal.

Discusión: El pilar básico del tratamiento de la TVM es la anticoagulación con heparina sódica intravenosa y posteriormente la anticoagulación oral durante un mínimo de 6 meses. El tratamiento trombolítico se realiza cuando el diagnóstico está firmemente establecido, el paciente está clínicamente estable, sin evidencia de infarto intestinal y sin contraindicación para esta terapia. Este tratamiento consigue, según los últimos estudios, una mayor tasa de recanalización que con anticoagulantes orales y además permite evitar un síndrome de intestino corto, que asocia una alta mortalidad.