

## Trombosis venosa mesentérica primaria: una causa poco frecuente de dolor abdominal

J. C. Parra Rodríguez, M. J. Morales Acedo, Á. Borrás Cervera y M. Nogués Herrero

Médicos Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General Básico de Antequera. Málaga.

### INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa mesentérica (TVM) aguda es una causa infrecuente de isquemia intestinal, donde la etiología primaria es excepcional. La inespecificidad de su sintomatología y la escasez de pruebas diagnósticas concluyentes, unido a una elevada mortalidad, convierten a esta patología en una entidad que debe tenerse en cuenta ante todo cuadro de abdomen agudo. Presentamos el caso de un varón de 30 años que acude de forma reiterada a nuestra consulta por un cuadro de dolor abdominal, y que posteriormente fue diagnosticado de trombosis venosa mesentérica primaria.

### CASO CLÍNICO

#### Enfermedad actual

Paciente que encontrándose previamente bien, presenta desde hace 8-9 días episodios de epigastralgia irradiada a hipocondrio izquierdo, de características cólicas, acompañadas de náuseas sin vómito y febrícula termometrada 37,7°. Desde hace 4-6 horas refiere deposiciones líquidas sin sangre ni mucosidad.

Ha consultado en la última semana en cuatro ocasiones por el mismo motivo. El último tratamiento al alta fue de espasmolíticos y un inhibidor de la bomba de protones, sin referir mejoría.

#### Antecedentes personales

No padece diabetes mellitus y no es hipertenso. Fue amigdalectomizado con 16 años. Sin ingresos hospitalarios previos. Niega tener hábitos tóxicos.

Los antecedentes familiares carecen de interés.

No se le conoce ninguna alergia.

A la exploración física se observa que se encuentra en mal estado general, consciente, orientado, eupneico, normocoloreado, bien perfundido.

Tórax: rítmico sin soplo a 110 latidos por minuto. Murmullo vesicular conservado, sin roncus, ni sibilancias.

Abdomen: no depresible, Blumberg, Murphy, defensa a palpación hipocondrio izquierdo, ruidos +, puño percusión renal.

Exámenes complementarios: hemograma: en el que destaca 11.000 leucocitos. Coagulación: normal, con dímero D normal; bioquímica: glucosa 113 mg/dl, creatinina 1mg/dl, sedimento de orina: normal.

Se le realiza radiografía de abdomen, ecografía abdominal y tomografía axial computarizada (TAC), todas sin hallazgos.

Ante la persistencia sintomática y la importante defensa abdominal, el servicio de cirugía plantea laparatomía /laparoscopia explorada a las 6 horas del ingreso, identificándose trombosis venosa mesentérica que afecta a 75 cm desde ángulo de Treitz. Se practicó resección del intestino afecto.

Las laparatomías posteriores al segundo y cuarto confirmaron la buena evolución quirúrgica.

### DISCUSIÓN

La isquemia mesentérica aguda es un cuadro multietiológico en el que se produce una reducción súbita del flujo esplácnico incompatible con la conservación de estructuras intestinales. La trombosis venosa consiste en la oclusión venosa primaria, que origina retrógradamente ectasia y falta de perfusión en territorio capilar. Su frecuencia se estima en dos casos por cada 100.000 consultas, suponiendo menos del 5 % de todas las isquemias mesentéricas agudas<sup>1</sup>. La TVM puede deberse a una gran variedad de causas, entre las que destaca: deficiencias de proteína C, proteína S y antitrombina III, la policitemia vera y otras enfermedades mieloproliferativas, la hiperfibrinogenemia, las neoplasias y el uso de anticonceptivos orales, causas todas ellas de estados de hipercoagulabilidad. También puede presentarse en casos de cirugía abdominal previa, traumatismo abdominal, sepsis, absceso intra-abdominal, peritonitis, vólvulo intestinal, intususcepción, cirrosis hepática, pancreatitis y neoplasias que causen problemas de compresión<sup>2</sup>. La TVM primaria supone aproximadamente el 20% del total de casos de TVM<sup>3</sup>. En nuestro caso, no identificamos ninguna de las causas de TVM secundaria.

Correspondencia:  
J. C. Parra Rodríguez,  
Avenida Carlos Haya, 37, 6º A.  
29010 Málaga.

Recibido el 5-12-2001; aceptado para su publicación el 2-3-2002.

La forma de presentación es muy inespecífica, en algo más del 90 % aparecerá dolor abdominal de una evolución media de dos semanas. Sólo en 2/3 de los pacientes habrá signos de peritonismo. Ocasionalmente el 15 % presenta náuseas, vómitos, diarrea o hemorragia digestiva alta. Son frecuentes la plenitud abdominal, la disminución de peristaltismo y la temperatura mayor de 38<sup>o</sup>t.

El diagnóstico ha de iniciarse con la sospecha clínica precoz. En el hemograma puede existir leucocitosis, neutrofilia, desviación izquierda y hemoconcentración. La amilasa, la LDH y la creatinquinasa sólo se elevan cuando la isquemia y la necrosis están avanzadas, alteraciones que no estuvieron presentes en nuestro caso<sup>5</sup>. La ecografía abdominal con doppler es útil en el diagnóstico precoz, sobre todo en pacientes no obesos. La TAC abdominal es más sensible en la detección de TVM, ya que puede objetivar un engrosamiento de la pared intestinal, neumatosis y/o trombosis de la vena mesentérica hasta en el 100% de los casos. La arteriografía mesentérica con fase venosa se limita habitualmente a los casos de sospecha de TVM en los que la TAC abdominal resulta equívoca o no diagnóstica<sup>6</sup>. La evaluación preoperatoria laparoscópica y endoscópica del intestino delgado ha sido utilizada para predecir la ocurrencia de infarto intestinal en este tipo de pacientes<sup>7,8</sup>.

El diagnóstico diferencial ha de plantearse con entidades como la colitis isquémica, que suele afectar a colon izquierdo, aunque es frecuente en todo intestino grueso; con diverticulitis aguda, de localización preferente en flanco izquierdo, con palpación de zona de empastamiento y signos de peritonismo intenso. Destacar por último la colitis pseudomembranosa, caracterizada por diarrea acuosa, fiebre y leucocitosis.

La actitud terapéutica puede ser farmacológica con la anticoagulación o quirúrgica. No obstante, todos los pacientes con peritonitis localizada o difusa requieren una laparotomía exploradora, siendo habitualmente necesaria la resección del intestino afectado. En los casos en que existan dudas sobre la viabilidad del intestino no resecado, debe realizarse una segunda laparotomía a las 24 horas. La

trombectomía de la vena mesentérica superior se ha descrito con escasos resultados positivos, ya que la mayoría de las TVM son difusas y distales, no adecuadas a la trombectomía. La anticoagulación mejora significativamente la supervivencia en los casos de TVM aguda que es cercana al 61% en pacientes sometidos a cirugía y anticoagulación, frente al 56% en los tratados únicamente con anticoagulación y al 15% en los no tratados<sup>9,10</sup>.

Presentamos el caso de un paciente joven que consulta en varias ocasiones en nuestro servicio de urgencias por dolor abdominal, con una exploración y pruebas complementarias dentro de la normalidad, pero con un cuadro final de trombosis venosa mesentérica, todo lo cual demuestra la dificultad de su diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez C, Veras M, Sainz F. Isquemia mesentérica aguda. En: Manual práctico de urgencias quirúrgicas. 1ª ed. Madrid: Glaxo; 1998.p.557-64.
- Grendell JH, Ockner RK. Mesenteric venous thrombosis. *Gastroenterology* 1982;82:358-72.
- Wilson C, Walker ID, Davidson JF, Imrie CW. Mesenteric venous thrombosis and antithrombin III deficiency. *J Clin Pathol* 1987;40:906-18.
- Errando Ricol X, Piedrafita Serra P. Isquemia mesentérica. En: Protocolos terapéuticos en urgencias. 3ª ed. Barcelona: Springer-verlag; 1997.p.486-90.
- Verbanck JJ, Rutgeerts LJ, Haergens MH, Tytgat JH, Segaert MF, Afschrift MB. Partial splenoportal and superior mesenteric venous thrombosis. *Gastroenterology* 1984;86:949-52.
- Rosen A, Korobkin M, Silverman PM, Dunick NR, Kelvin FM. Mesenteric venous thrombosis: CT identification. *Am J Radiol* 1984;143:83-5.
- Serreyne RF, Schoofs PR, Baetens PR, Vanderkerckhove D. Laparoscopic diagnosis of mesenteric venous thrombosis. *Endoscopy* 1986;18:249-50.
- Wade TP, Jewell WR, Andrus CH. Mesenteric venous thrombosis: modern management and endoscopic diagnosis. *Surg Endosc* 1992;6:283.
- Boley SJ, Kaley RN, Brandt LJ. Mesenteric venous thrombosis. *Surg Clin North Am* 1992;72:183-201.
- Rhee RY, Glociczki P, Mendoca CT, Petterson TM, Serry RD, Sarr MGJ, et al. Mesenteric venous thrombosis: still a lethal disease in the 1990s. *J Vasc Surg* 1994;20:688-97.