



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-658 - ISQUEMIA MESENTÉRICA NO OCLUSIVA (IMNO) EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. ¿TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O CONSERVADOR?

Alonso Batanero, Ester; Merayo Álvarez, Marta; Cifrián Canales, Isabel; García Gutiérrez, Carmen; Alonso Batanero, Sara; García Munar, Manuel; García Flórez, Luis Joaquín; Llaneza Folgueras, Ana

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: La isquemia mesentérica no oclusiva (IMNO) es una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal asociada a pacientes en hemodiálisis. Su relación con el hallazgo radiológico de gas portomesentérico (GPM) es multifactorial. La hipotensión asociada a hipovolemia es el principal factor desencadenante siendo ésta agravada por la arterioesclerosis característica de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que provoca alteración de la pared intestinal facilitando la salida del gas al eje venoso. Así mismo la ERC se asocia con un aumento de la predisposición a infecciones causadas por bacterias productoras de gas que incrementan la presión intraluminal intestinal y facilitan este proceso.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 48 años en programa de hemodiálisis desde hace 8 años por ERC secundaria a poliquistosis hepatorenal autosómica dominante. Destacamos los antecedentes de DM tipo II, HTA, paratiroidectomía subtotal por HPT 2º grave, nefrectomía bilateral y rechazo a trasplante renal hace 6 años. Acude a Urgencias por dolor abdominal súbito y vómitos tras realizar sesión de hemodiálisis. A su llegada presentaba Tª 35,4 °C, FC 66 lpm, TA 83/53 mmHg y SpO2 100%. Analíticamente encontramos hemoglobina 13,4 g/dL, leucocitos $9,53 \times 10^3/\mu\text{L}$ (neutrófilos 88,7%) y proteína C reactiva 0,2 mg/dL. Se realiza TC sin contraste abdominopélvico (por alergia a contrastes yodados) observándose abundante gas portomesentérico tanto en la confluencia como en ambos lóbulos hepáticos, en ramas venosas mesentéricas y neumatosis intestinal. Tras la reposición de volemia se consigue TA 108/54 mmHg y a la exploración el paciente presenta solo dolor abdominal leve. Sin embargo, dados los hallazgos del TC, se decide laparotomía exploradora urgente con el hallazgo de leve distensión de asas de intestino delgado pero sin líquido libre, signos de necrosis o de perforación intestinal. A nivel de la arteria mesentérica superior se palpaba buen pulso. El paciente presentó buena respuesta al tratamiento antibiótico y sueroterápico siendo dado de alta al 5º día postoperatorio. Tras dos meses de seguimiento, el paciente permanece asintomático.



Discusión: Durante años el hallazgo radiológico de gas portomesentérico obligaba a realizar una laparatomía urgente dada su relación con una alta mortalidad. En la actualidad, factores como la ausencia de signos de irritación peritoneal a la exploración, la ausencia de fiebre, mejoría rápida del dolor abdominal o la ausencia de signos de necrosis en el TC han demostrado ser predictores de una buena respuesta al tratamiento conservador. En cambio, el volumen de GPM no está asociado a la presencia de necrosis intestinal. En pacientes sometidos a hemodiálisis y con hallazgo de gas portomesentérico, sobre todo tras un episodio de hipotensión prolongado, hay que tener en cuenta la posibilidad de que esté causada por una isquemia mesentérica no oclusiva y valorar clínica y analíticamente la rentabilidad de una cirugía urgente.