



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-048 - EMBOLECTOMÍA QUIRÚRGICA COMO TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA NO REVASCULARIZABLE

Romacho López, Laura; Aranda Narváez, José Manuel; Titos García, Alberto; González Sánchez, Antonio Jesús; Cabrera Serna, Isaac; Cabañó Muñoz, Daniel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La isquemia mesentérica aguda (IMA) se produce cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico cesa o disminuye de forma brusca, siendo insuficiente para satisfacer los requerimientos del intestino. Es una patología con una elevada mortalidad. El origen puede deberse a patología arterial; donde la embolia es la principal responsable (50%), dejando en un segundo plano a la trombosis arterial (15%), la isquemia no oclusiva (20-30%) y a los casos de isquemia focal segmentaria. La trombosis venosa mesentérica (10%) también es responsable de este cuadro. Las alteraciones analíticas más características son la leucocitosis y la acidosis metabólica, ambas proporcionales a la extensión de la isquemia. El diagnóstico radiológico se obtiene mediante un angioTAC y, si fuera posible, una arteriografía. Requiere un tratamiento urgente. Clásicamente se optaba por la cirugía abierta pero actualmente las técnicas endovasculares están adquiriendo más protagonismo en los pacientes no peritoníticos. Exponemos la técnica de embolectomía abierta en un paciente que no pudo ser sometido a tratamiento endovascular.

Caso clínico: Paciente de 56 años sin antecedentes de interés salvo una safenectomía que ingresa el mes previo a cargo de neurología por un ictus vertebrobasilar. Comienza con un cuadro de dolor abdominal brusco asociado a náuseas y diarreas de 48h de evolución. Analíticamente destacaba leucocitosis y elevación de la LDH. Se realizó TAC abdominal que evidenciaba la presencia de un émbolo oclusivo en la arteria mesentérica superior (AMS) con discreta revascularización distal. Ante la ausencia de abdomen agudo planteamos el tratamiento intervencionista como primera opción pero fue desestimado por imposibilidad técnica. Se realizó laparotomía exploradora urgente y embolectomía quirúrgica. Se apreciaba un intestino delgado congestivo pero viable. Maniobra de Cattell-Braasch ampliada para exponer la raíz del meso y una apertura del mesocolon a nivel del ángulo hepático para tener un buen abordaje de la AMS. A través de una arteriotomía transversal y con la ayuda de un catéter de Fogarty, se extrajo un coágulo de unos 4 cm que se encontraba a 3 cm de la salida de la AMS. Se realizó un cierre longitudinal continuo de la arteria con un prolene de 7/0 comprobando que existía buen pulso. Se decidió realizar un cierre temporal de la pared abdominal utilizando un dispositivo de presión negativa con el objetivo de realizar un second look a las 48h. Tras comprobar viabilidad intestinal, en la segunda cirugía, se cerró la pared abdominal.

Discusión: La isquemia mesentérica aguda es una patología que asocia una mortalidad elevada. Por ese motivo, una estrategia terapéutica rápida nos permite mejorar los resultados. Las nuevas técnicas endovasculares, en pacientes no peritoníticos, están reemplazando a la cirugía como tratamiento de primera elección obteniendo mejores resultados en morbilidad. Sin embargo, la cirugía sigue siendo un tratamiento de primera línea en los casos de abdomen agudo o cuando las técnicas endovasculares no son

exitosas.