



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-668 - MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LA TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Gasós García, Miguel; Fernández Pera, Diego; Otero Romero, Daniel; Medina Mora, Laura; Carramiñana Nuno, Rubén; Soriano Liébana, María del Mar; Lete Aguirre, Noelia; Antinolfi, Luigi

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La trombosis venosa profunda es una patología poco frecuente que supone alrededor del 1-2% de todos los abdomenes agudos que se atienden en urgencias. La mortalidad del cuadro es muy elevada (830-90%) y es fundamental tener un alto nivel de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. Aunque se trata de una patología que requiere un manejo multidisciplinar en el que intervienen múltiples especialistas, es el cirujano general el que muchas veces debe coordinar a todos estos profesionales.

Caso clínico: Paciente de 65 años con antecedente de 2 TVP en EEII en seguimiento por Hematología y en tratamiento con heparina, que ha dejado de administrarse desde hace unos meses. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso que asocia vómitos y diarrea. En urgencias se solicita TC urgente con hallazgos de extenso trombo en VMS y sufrimiento de asas de ID. DÍA 1: RX INT: se aprecia obstrucción completa de VMS y se procede a recanalización utilizando: tromboaspiración, fibrinólisis intratrombo, fragmentación con catéteres/guía y trombectomía con balón. Persiste trombosis parcial en VMS no oclusiva por lo que se deja catéter de fibrinólisis conectado a bomba de perfusión de urokinasa. Cirugía: segmento isquémico con signos de sufrimiento irreversible resección 1 m de ID + abandono de cabos + Abthera. Ingresa en UCI intubada, bajo efectos de sedoanalgesia. Estable hemodinámicamente. Día 2: Rx int: Persiste trombosis parcial Se decide dejar bomba de perfusión de urokinasa a razón de 50.000 UI/h. Día 3: Rx int: se objetiva retrombosis de VMS con paso parcial mínimo de columna de contraste. Cirugía: intestino delgado y colon sin datos macroscópicos de isquemia. Tras exhaustiva exploración de todo el paquete intestinal, antes los hallazgos descritos en la flebografía preoperatoria se decide recolocar sistema Abthera VAC de cara a realizar nueva revisión quirúrgica en 24-48 h. Día 4: Rx int: MEJORÍA radiológica. Se cierra abordaje transhepático con Amplatzer IV-8 mm + sellado. Cirugía: intestino delgado y colon sin datos macroscópicos de isquemia. Últimos 20 cm de yeyuno con pared engrosada. Se resecan los últimos 20 cm de yeyuno y se realiza anastomosis yeyunoileal anisoperistáltica totalmente mecánica con endoGIA de carga morada de 60 mm reforzada con puntos sueltos de seda 3/0 a 20 cm de la válvula ileocecal y se cierra la pared abdominal. Extubación a las pocas horas de la cirugía. Día 5: alta de UCI. Desde el diagnóstico, se contacta con Hematología para iniciar perfusión continua de heparina sódica que es ajustada durante todo el proceso por ellos. El día 5 de junio se sustituye la heparina sódica por HBPM 70 mg cada 12 h. La paciente es dada de alta a una residencia a los 23 días desde su llegada a urgencias.

Discusión: El cirujano general debe tener un alto nivel de sospecha para reconocer y tratar de una forma precoz la trombosis venosa profunda, y además, tiene que conocer las indicaciones de todas las opciones terapéuticas disponibles para conseguir un tratamiento óptimo de estos pacientes