

424/2781 - ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: UN DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

R. Franco Ferraz¹, E. Navarro Guerrero², A. Fernández-Llebrez Castaño³ y E. Galindo Almohalla⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Melilla. ²Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla. ³Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Melilla. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Este Polavieja. Melilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años que solicita valoración domiciliaria por su médico de Atención Primaria por cuadro de dolor abdominal periumbilical, agudo y continuo, acompañado de náuseas. Antecedentes: no alergias medicamentosas conocidas. Dependiente para actividades básicas de la vida diaria. Hipertensión arterial. Dislipemia. Fibrilación auricular. Valvulopatía con doble prótesis mitral y aórtica. Miocardiopatía dilatada con función sistólica severamente deprimida. Ictus isquémico extenso de arteria cerebral media izquierda de origen cardioembólico. En seguimiento por Cuidados Paliativos. En tratamiento con atorvastatina, furosemida, espironolactona, bisoprolol, enalapril, ivabradina, acenocumarol, risperidona.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, deshidratación, caquexia. Estabilidad hemodinámica. Auscultación: Tones arrítmicos. Hipofonesis con roncos bibasales. Abdomen: en tabla, defensa a la palpación con signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos abolidos. Tacto rectal: ampolla vacía. Ante clínica de abdomen agudo se deriva a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias. Analítica: glucosa 243 mg/dL, urea 95,7 mg/dL, creatinina 2,06 mg/dL, sodio 126 mmol/L, potasio 4,2 mmol/L, PCR 44 mg/dL. Hemoglobina: 11,10 g/dL. Leucocitos 24.000/ml con desviación izquierda. Coagulación normal. ECG: fibrilación auricular con respuesta ventricular a 80 lpm. Rx tórax: cardiomegalia, redistribución vascular. TC toracoabdominal sin contraste: distensión gástrica y de asas de intestino delgado con edema de pared y gas intramural acompañado de presencia de gas en ramas portales sugestivo de Isquemia mesentérica aguda.

Orientación diagnóstica: Isquemia mesentérica aguda de origen cardioembólico.

Diagnóstico diferencial: Perforación intestinal. Obstrucción intestinal. Pancreatitis.

Comentario final: La isquemia mesentérica aguda (IMA) se produce por la interrupción brusca del aporte sanguíneo en un segmento del intestino. Representa aproximadamente un tercio de las formas de isquemia intestinal y su evolución suele ser fatal debido al diagnóstico tardío, cuando la necrosis intestinal ya está establecida. Por ello, ante un cuadro de abdomen agudo en un paciente con antecedentes de arritmia e historia de embolismos en otras localizaciones, la principal sospecha a corroborar radiológicamente debe ser la de IMA. A pesar de la indicación de cirugía, en caso de alto riesgo quirúrgico o pacientes en situación terminal como nuestro caso, se justifica adoptar un tratamiento conservador con medidas de confort a fin de evitar el encarnizamiento terapéutico.

Bibliografía

1. Río-Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero-Puerta C. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. *Angiología*. 2015;67:133-9.

Palabras clave: Isquemia Intestinal. Embolia. Neumatosis intestinal.