



## CARTA AL DIRECTOR

### Isquemia mesentérica aguda



### Acute mesenteric ischemia

Sr. Director:

En el artículo sobre la isquemia mesentérica de esa revista<sup>1</sup> los autores no indican, en mi opinión, algunos aspectos que son relevantes para el mejor conocimiento y diagnóstico de esta enfermedad.

En primer lugar, y a propósito de los datos radiológicos encontrados en la isquemia mesentérica aguda (IMA), considero que además de la radiografía simple de abdomen y la TAC de abdomen convencional, citadas por los autores, existen otras técnicas radiológicas que, con las imágenes que suministran, nos permiten realizar un diagnóstico lo más precoz posible. Actualmente, diferentes técnicas de resonancia nuclear magnética (RNM) son utilizadas de acuerdo con el estado clínico del paciente, así como la información solicitada. Dentro de estas se encuentra la angiografía-resonancia nuclear magnética (A-RNM), que ha demostrado una alta especificidad y sensibilidad para visualizar estenosis u obstrucción de la arteria mesentérica superior o del tronco celiaco<sup>2</sup>. Puede ser utilizada con técnicas de contraste no intravenoso en aquellos pacientes que tengan incluso un GFR  $\leq$  45 ml/min. Sin embargo, con el uso de contraste intravenoso se consigue una mayor sensibilidad diagnóstica<sup>2</sup>. Una de las ventajas frente a la tomografía computarizada multidetector (TCMD) y la angio-tomografía computarizada (CTA) es que los contrastes son más seguros al utilizar agentes yodados que evitan la nefrotoxicidad y riesgos asociados a los contrastes usados con las técnicas indicadas<sup>3</sup>, permitiendo una sensibilidad y especificidad del 95 y del 100%, respectivamente, y además no utiliza radiaciones ionizantes. El principal inconveniente de esta técnica se debe a que no es efectiva en las formas no oclusivas ni en la oclusión de ramas distales<sup>4</sup>, y además no tienen la misma resolución espacial que la CTA<sup>5</sup>. Se ha ideado una nueva modalidad diagnóstica<sup>6</sup>, la llamada 7 tesla imagen de resonancia magnética (7T-MRI), que aunque se encuentra en fase experimental, en estudios realizados en animales promete resultados alentadores al permitir la identificación de hallazgos anatómicos y su correlación histopatológica.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2012.03.004>

La angiografía mesentérica tiene su indicación en aquellos enfermos con una alta sospecha de IMA y en ausencia de una clara indicación de laparotomía urgente<sup>7</sup>. Entre sus ventajas se encuentran su sensibilidad y su especificidad del 100%, capaz de distinguir entre las formas oclusivas y no oclusivas, y permitir administrar fármacos trombolíticos y vasodilatadores arteriales<sup>4</sup>. Sin embargo, tiene también inconvenientes, siendo los más relevantes el hecho de ser una prueba invasiva, su potencial nefrotóxico, la alta dosis de radiación, su limitada disponibilidad y el elevado coste económico<sup>7</sup>.

En segundo lugar, los autores no citan las formas secundarias o no oclusivas de IMA, que es importante conocer, ya que a veces plantean problemas diagnósticos con las formas primarias de IMA<sup>8</sup>. Ocurren en aproximadamente en el 20-30% de todos los casos de IMA<sup>8</sup> y son debidas a hipoperfusión que puede afectar a todo el intestino, si bien incide especialmente este bajo flujo en el intestino delgado y el hemicolon derecho, al ser estas zonas de especial susceptibilidad en el riego sanguíneo intestinal. Sus causas más frecuentes<sup>9</sup> son las derivadas de estados de shock, deshidratación, septicemia o las secundarias a cirugía abdominal o cardíaca, así como las debidas a compresiones extrínsecas generalmente de tipo mecánico de los vasos mesentéricos, producidas habitualmente por hernias o adherencias o de origen vascular<sup>10,11</sup>. Causas menos frecuentes son la administración de derivados ergotamínicos, drogas o aquellas de origen endocrino<sup>9</sup>. Estas formas secundarias de IMA son más frecuentes en las personas mayores, y a veces plantean un auténtico problema de diagnóstico diferencial con las formas primarias. Rasgos importantes para su diferenciación son que el inicio de los síntomas es más gradual y lento en las formas secundarias, y su curso clínico, más prolongado<sup>8</sup>.

## Bibliografía

1. Palma A, Caldevilla D, Parrondo C. Isquemia mesentérica. Actualización de nuevas técnicas diagnósticas para una vieja enfermedad y revisión de signos radiológicos. *Semerger*. 2013;39:279-81.
2. Shih MC, Hagspiel KD. CTA and MRA in mesenteric ischemia: Part 1, role diagnostic and differential diagnostic. *AJR*. 2007;188:452-61.
3. Wyers MC. Acute mesenteric ischemia: Diagnostic approach and surgical treatment. *Semin Vasc Surg*. 2010;23:9-20.

4. Montoro MA, Sans M. Isquemia intestinal. En: Ponce García J, editor. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier-Doyma; 2011. p. 389–400.
5. Upponi S, Harvey JJ, Uberoi R, Ganeshan A. The role of radiology in the diagnosis and treatment of mesenteric ischaemia. *Postgrad Med J*. 2013;89:165–71.
6. Iacobellis F, Berritto D, Somma F, Cavaliere C, Corona M, Cozzolino S, et al. Magnetic resonance imaging: A new tool for diagnosis of acute ischemic colitis? *World J Gastroenterol*. 2012;18:1496–501.
7. Ramos-Clemente MT, Rodríguez C, Rivas M, Girón JA. Patología del mesenterio. Isquemia intestinal. Malformaciones intestinales. Lesiones vasculares del intestino delgado. *Medicine*. 2012;11:231–8.
8. Chang RW, Chang JB, Longo WE. Update in management of mesenteric ischemia. *World J Gastroenterol*. 2006;12:324–47.
9. Krupski WC, Selzman CH, Whitehill TA. Unusual causes of mesenteric ischemia. *Surg Clin North Am*. 1997;77:471–502.
10. Onoda S, Kimata Y, Yamada K, Koshimune S, Onoda T, Shirakawa Y. Secondary mesenteric ischemia and cause. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013;66:e133–6.
11. Tseng CK, Su WB, Lai HC, Chou JW, Feno CY, Chen YF. Superior mesenteric artery syndrome caused by celiac axis compression syndrome: A case report and review of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2008;20:578–82.

V. Bueno García

*Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC), Centro de Salud La Paz, Badajoz, España*

*Correo electrónico: [virginiabueno@hotmail.com](mailto:virginiabueno@hotmail.com)*