

PACIENTE EN HEMODIÁLISIS CON DOLOR ABDOMINAL

HEMODIALYSIS PATIENT WITH ABDOMINAL PAIN

A. Martín-Lagos Maldonado, E. Borrego-García, T. Gallart-Aragón

Hospital Campus de la Salud. Granada.

Resumen

La isquemia mesentérica no oclusiva es una causa no infrecuente de abdomen agudo en pacientes en hemodiálisis. La hipotensión y ultrafiltración constituyen los principales factores de riesgo. El diagnóstico de enteritis isquémica de causa no oclusiva debería ser sospechado en cualquier paciente en hemodiálisis con dolor abdominal.

Palabras clave: isquemia mesentérica segmentaria no oclusiva, enteritis isquémica, hemodiálisis.

Abstract

Non-occlusive mesenteric ischemia is a not infrequent cause of acute abdomen in patients undergoing hemodialysis. Hypotension and ultrafiltration are the main risk factors. Diagnosis of non-occlusive ischemic enteritis should be suspected in any hemodialysis patient with abdominal pain.

Keywords: non-occlusive segmentary mesenteric ischemia, ischemic enteritis, hemodialysis.

Cuerpo

Varón de 62 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e insuficiencia renal crónica en estadio IV en diálisis. Ingresa por episodio de dolor centroabdominal y vómitos de una semana de evolución. No asocia fiebre ni otros síntomas. En la exploración física destaca discreta hipotensión (TA 100/60 mmHg) y palidez mucocutánea. El abdomen es doloroso de forma difusa y con defensa generalizada. La analítica muestra: leucocitos 14.800/l (78% PMN), Hb 11 gr/dl, VCM normal, creatinina 3,9 mg/dl, PCR 17 mg/dl. Se solicita una tomografía axial computarizada (TC) y angioTC abdominal urgente que informan de la existencia de un marcado engrosamiento del yeyuno con llamativo edema e hipercaptación de su pared, causando estenosis filiforme de la luz (**Figura 1**); el estudio vascular concluye un descenso del relleno vascular a nivel yeyunal, sin objetivar imágenes compatibles con trombosis. Con la sospecha clínica de una enteritis isquémica subaguda el paciente inicia tratamiento conservador con fluidoterapia, nutrición parenteral, antibioterapia y heparina profiláctica. La evolución es favorable con desaparición del dolor y normalización analítica en una semana, siendo dado de alta.

CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-Lagos Maldonado
Hospital Universitario Campus de la Salud
Avda. de la Investigación, s/n. 18016 Granada
aliciamartin-lagos@hotmail.com

Fecha de envío: 19/12/2017
Fecha de aceptación: 26/01/2018



Figura 1

TC abdominal. Corte coronal. Llamativo engrosamiento de la pared yeyunal que causa estenosis filiforme de la luz intestinal.

La enteritis isquémica se considera una condición intermedia entre la angina intestinal y el infarto mesentérico. Se relaciona con la existencia de un flujo sanguíneo inadecuado a un segmento intestinal (o víscera abdominal) concreto. En función de la causa se diferencian dos tipos: isquemia mesentérica arterial oclusiva o isquemia mesentérica arterial no oclusiva¹. Mientras que la causa más frecuente en la población general de una isquemia mesentérica es el embolismo o trombosis de la arteria mesentérica superior (tipo oclusivo), un 25% de los casos son de tipo no oclusivo, afectando principalmente a grupos de riesgo como los pacientes dializados.

La isquemia mesentérica no oclusiva se produce por una descompensación hemodinámica en un sistema vascular mesentérico severamente estenosado. Los pacientes con insuficiencia renal crónica son un grupo de alto riesgo para la aparición de complicaciones isquémicas en general, y en concreto, la isquemia mesentérica no oclusiva cada vez se reconoce con más frecuencia en pacientes sometidos a sesiones de hemodiálisis (más aun en diálisis peritoneal). Esto se debe a la presencia en esta población de numerosos factores de riesgo, como la DM, HTA, enfermedad isquemia coronaria o empleo de vasoconstrictores, responsables de un deterioro en el sistema circulatorio. El protocolo de ultrafiltración agresiva, con la retirada de grandes volúmenes de líquido intravascular, y un mayor tiempo de hemodiálisis, sobre todo de forma recurrente, causan una hipotensión que constituye el principal factor precipitante de la isquemia mesentérica no oclusiva en enfermos en diálisis².

En la isquemia mesentérica no oclusiva, las lesiones afectan sobre todo al colon derecho o intestino delgado. La enteritis isquémica suele manifestarse con dolor abdominal difuso (más intenso en la región del segmento implicado), náuseas, vómitos y diarrea. En ocasiones, el sufrimiento intestinal puede resultar en una hemorragia digestiva causando melenas o hematoquecia.

El íleo paralítico es otra forma de presentación. El carácter inespecífico de los síntomas y de los datos de laboratorio, deriva en que sea el estudio de imagen el que aporte las claves para el diagnóstico. La ecografía o la TC abdominal pueden mostrar una dilatación intestinal y engrosamiento de la pared, pero la prueba diagnóstica gold estándar es la angiografía, que permite demostrar la permeabilidad del sistema vascular mesentérico, además de constituir una modalidad terapéutica. La confirmación definitiva del proceso isquémico se establece por histología en los casos en los que la resección intestinal sea necesaria.

Aunque el diagnóstico precoz favorece los resultados del tratamiento de la enteritis isquémica, la evolución final de esta entidad está ligada a la extensión del sistema vascular comprometido y la existencia o no de circulación colateral, que no suele estar desarrollada en los procesos agudos o subagudos. En general la cirugía o abordaje intervencionista endovascular precoz es lo recomendado. Cuando la isquemia es transitoria o reversible y el paciente está estable, puede optarse por un manejo conservador con analgésicos y nutrición parenteral³. El deterioro clínico del paciente, la dilatación progresiva intestinal o la ausencia del control de los síntomas debe hacernos sospechar la evolución a una gangrena y es indicación de cirugía urgente.

La enteritis isquémica debería ser sistemáticamente sospechada en pacientes en hemodiálisis con dolor abdominal, incluso cuando este es leve e inespecífico.

Bibliografía

1. Tanaka A, Ito Y, Sugiura Y et Sezaki R. Non-Occlusive Mesenteric Ischemia in a Hemodialysis Patient. *Intern Med* 2011;50: 523
2. Brener Z, Bergman M, Ohm H et Winchester J. Acute non-occlusive mesenteric ischemia of the small bowel in a patient started on hemodialysis: a case report. *Cases Journal* 2008, 1:217
3. Yu J, Kim B, Chung S, Whee C, Sik Y. Ischaemic enteritis in a patient with chronic renal failure: diagnosis and management decisions. *BMJ Case Reports* 2010; doi:10.1136/bcr.09.2009.2249