

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE PRESENTACIÓN SUBAGUDA SECUNDARIA A TROMBOSIS DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR

INTESTINAL OBSTRUCTION OF SUBACUTE PRESENTATION SECONDARY TO THROMBOSIS OF THE SUPERIOR MESENTERIC VEIN

J.P. Roldán-Aviña, C. del Álamo-Juzgado, S. Merlo-Molina, M.V. Paredes-García, L. Herrera-Gutiérrez

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

Resumen

La trombosis de la vena mesentérica superior (TVMS) constituye una forma rara de isquemia mesentérica, de graves consecuencias para los pacientes debido al solapamiento de sus síntomas con otras enfermedades lo que demora tanto el diagnóstico como el tratamiento.

Presentamos el caso de un paciente con un cuadro de dolor abdominal progresivo de casi un mes de evolución inicialmente difuso y posteriormente acompañado de vómitos y estreñimiento, para finalizar en un cuadro de obstrucción intestinal junto con deposiciones líquidas sanguinolentas, con el diagnóstico definitivo de TVMS (asociado a trombosis de la vena porta).

Palabras clave: trombosis venosa mesentérica, isquemia intestinal, obstrucción intestinal.

Abstract

Superior mesenteric vein thrombosis (SMVT) is a rare form of mesenteric ischemia, with severe consequences for patients due to overlapping symptoms with other diseases that delay both diagnosis and treatment.

We present the case of a patient with a progressive abdominal pain of almost a month of initially diffuse evolution and later accompanied by vomiting and constipation, to end up in intestinal obstruction along with bloody liquid stools, with the definitive diagnosis of SMVT (associated with portal vein thrombosis).

Keywords: mesenteric venous thrombosis, intestinal ischemia, bowel obstruction.

Introducción

La TVMS es una enfermedad infrecuente que representa entre el 5-12% de los casos de isquemia mesentérica¹, diferente de la obstrucción mesentérica arterial². Se asocia generalmente a trastornos hematológicos que favorecen un estado protrombótico³. Las dificultades diagnósticas por la inespecificidad del cuadro

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña
Hospital de Alta Resolución de Écija
41400 Écija (Sevilla).
jproldan@aecirujanos.es

Fecha de envío: 16/03/2018
Fecha de aceptación: 20/07/2018

clínico suponen una dificultad para poder iniciar un tratamiento anticoagulante precoz que es la base del tratamiento².

Caso clínico

Paciente varón de 71 años, que tras varias semanas de dolor abdominal inespecífico, consulta por urgencias por empeoramiento del mismo y referido al hipogastrio y ambas fosas iliacas acompañado de sensación nauseosa y vómitos. Última deposición 48 horas antes con heces normales. No refiere fiebre. El paciente cree que se debe a que come muchos higos. A la exploración el abdomen es blando y depresible, doloroso en ambas fosas iliacas sin signos de irritación peritoneal. En la analítica existe leucocitosis (13.370/mL) con neutrofilia (86,71%). En la radiografía de abdomen existe abundante material fecal en marco cólico. En el TAC de abdomen solicitado se informa de apéndice cecal de grosor en límites superiores de la normalidad o ligeramente aumentado en la base, líquido libre perihepático y en pelvis, y discretos cambios de pancreatitis mesentérica. Dado que el paciente se encontraba asintomático con el tratamiento administrado en Urgencias (Paracetamol 1 g IV + Ranitidina 150 mg IV) se ingresa en planta para observación.

Las primeras 48 hora de ingreso presentan un curso evolutivo aceptable con mejoría en la exploración y en la analítica. Posteriormente aunque sigue sin dolor presenta distensión abdominal y disminución del peristaltismo mostrando la radiología de control dilatación de asas de intestino delgado sin edema de pared con niveles hidroaéreos. El empeoramiento continúa presentando una deposición líquida y oscura, aunque seguía sin dolor, fiebre, náuseas o vómitos, manteniéndose sin alteraciones en la analítica. Se realiza nuevo TAC de abdomen (con contraste IV) que informa de trombosis de la vena mesentérica superior (ramas yeyunales) y de la vena porta izquierda, engrosamiento del yeyuno y en asas ileales pélvicas con contenido de elevada densidad probablemente hemático, secundario a hemorragias mucosas (Figuras 1-3).

Se traslada a Medicina Interna del hospital de referencia, donde anticoagulan al paciente, continuando con deposiciones oscuras que mejoran la distensión abdominal, junto con alto débito por la sonda nasogástrica de contenido entérico. Finalmente se decide realizar laparotomía exploradora que muestra un segmento de yeyuno proximal con necrosis establecida, con el resto de intestino delgado y colon sin alteraciones, por lo que se realiza resección intestinal del segmento pasando posteriormente a la UCI donde a las 48 horas se reinicia la anticoagulación según prescripción de Hematología. En el décimo día postoperatorio el paciente presenta episodio de hemorragia digestiva alta sin encontrar en la endoscopia urgente realizada signos de sangrado activo ni otras lesiones. El paciente es dado de alta tras tres semanas de hospitalización. En el seguimiento realizado en las consultas se cambia la anticoagulación a Sintrom y en TAC de abdomen con contraste IV realizado a los cuatro meses del episodio se confirma la repermeabilización de los segmentos venosos afectados. El paciente permanece asintomático.

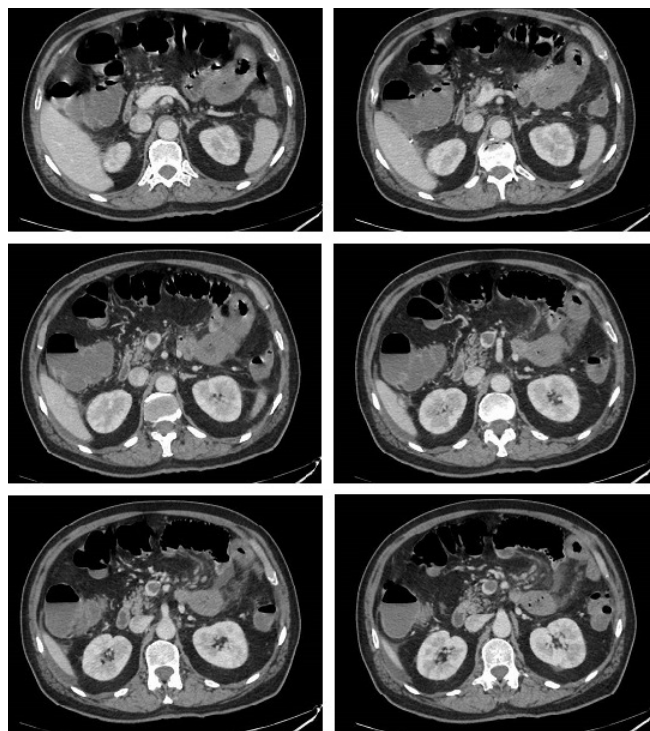


Figura 1

TAC de abdomen con contraste IV (cortes axiales): trombosis vena mesentérica superior sin afectación de la vena esplénica ni del tronco de la vena porta.

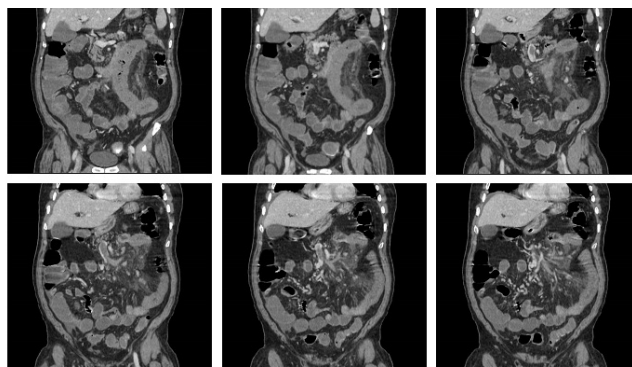


Figura 2

TAC de abdomen con contraste IV (cortes coronales): trombosis vena mesentérica superior (ramas yeyunales) con dilatación y engrosamiento de asas de yeyuno. En asas ileales contenido secundario a hemorragia mucosa.

Discusión

La trombosis venosa mesentérica (TVM) es una patología infrecuente que se presenta en 1 de cada 5.000-15.000 pacientes ingresados⁴ suponiendo entre el 5-12% de todas las isquemias mesentéricas agudas^{1,2,4}.

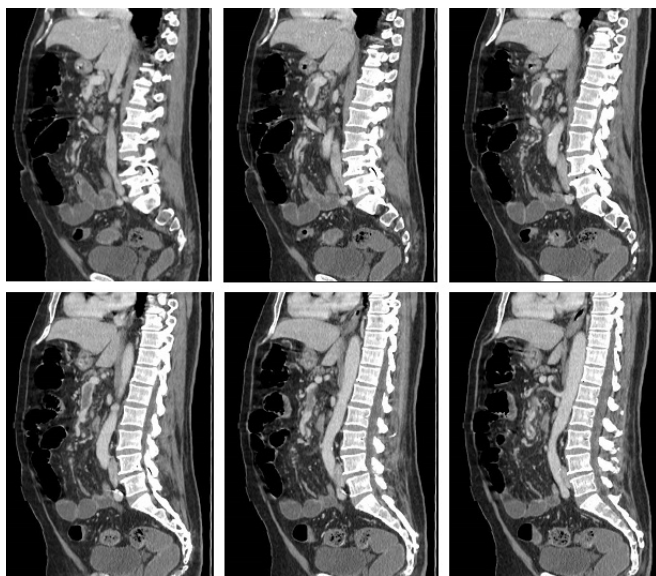


Figura 3

TAC de abdomen con contraste IV (cortes sagitales): trombosis vena mesentérica superior. Aumento de densidad de la grasa mesentérica e ingurgitación de los vasos.

Las causas que predisponen a la aparición de una isquemia intestinal son⁵: 1) estrangulación; 2) estados de bajo gasto circulatorio; 3) embolismo o trombosis de la arteria mesentérica superior (AMS) y 4) trombosis de la vena mesentérica superior (VMS). Existen numerosos factores precipitantes⁵ entre los que destacan los estados congénitos o adquiridos de hipercoagulabilidad¹⁴.

Respecto a la clínica se distinguen tres formas de presentación¹: 1) aguda, evoluciona en pocas horas con elevado riesgo de isquemia intestinal; 2) subaguda, con dolor abdominal de días o semanas de evolución, como en el caso que presentamos y 3) crónica, los síntomas se deben a sangrado por varices esofágicas o ascitis por trombosis portal². Los síntomas son inespecíficos incluyendo dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos⁵, y en formas más graves o evolucionadas los pacientes presentan sangrado intestinal⁵. Pueden existir síntomas suboclusivos u obstructivos en aquellos casos en los que se desarrollen estenosis intestinales^{2,3,6}. Tanto los exámenes de laboratorio¹⁵ como la radiología simple muestra hallazgos inespecíficos⁴. El método diagnóstico de elección es la TAC con contraste IV^{1,2,5,6}, siendo los hallazgos más comunes la presencia de trombos, dilataciones venosas, engrosamiento de la pared abdominal o de la grasa mesentérica⁴, tal y como se informaba en nuestro caso. La arteriografía mesentérica ha quedado obsoleta y no se utiliza en la actualidad¹.

El tratamiento se basa en dos aspectos^{2,4,7}: 1) prevenir la extensión del trombo y del infarto intestinal y 2) evitar secuelas como el síndrome de intestino corto o la recurrencia de la trombosis. El tratamiento inicial comienza con reposo digestivo y sondaje nasogástrico, reposición hidroelectrolítica y antibioterapia de amplio espectro^{1,7}, y tratamiento anticoagulante precoz que favorece la recanalización de las venas trombosadas y reduce la estancia hospitalaria, la mortalidad y el riesgo de síndrome de intestino corto². El tratamiento quirúrgico queda reservado para aquellos pacientes con síntomas de peritonitis⁷ o con

empeoramiento de su cuadro³ y cuando exista una alta sospecha de isquemia intestinal que no se haya podido confirmar². Las claves para el éxito de la cirugía^{2,7} son: 1) conservar la mayor cantidad de intestino (la viabilidad del mismo se establece por inspección visual); 2) valorar un second look programado a las 24-48 horas y 3) en casos con afectación intestinal masiva no realizar ningún gesto. No existe evidencia de la eficacia de la trombectomía² y solo debería valorarse en trombosis proximales de la VMS de menos de 72 horas de evolución⁷.

Para disminuir las recurrencias existen dos indicaciones respecto a la duración de la anticoagulación^{5,7}: 1) en pacientes con estados de hipercoagulabilidad hereditaria el tratamiento deberá ser a largo plazo y 2) cuando existan otras condiciones protrombóticas la duración será de al menos seis meses. Las complicaciones hemorrágicas asociadas a la anticoagulación son frecuentes y en 10% de los casos tienen origen gastrointestinal⁴ tal y como sucedió con nuestro paciente.

Podemos resumir que para el correcto diagnóstico y tratamiento de la TVM (y sus variantes) deberá existir un alto nivel de sospecha, buscando confirmarlo mediante una TAC con contraste IV e iniciando tratamiento anticoagulante de forma precoz.

Bibliografía

1. Arechea LA, de la Torre AM, Pavlosky AJ, Penedo S. Obstrucción intestinal post-trombosis venosa de la vena mesentérica superior presentación de caso y revisión de la literatura. *Rev Argent Cir* 2013; 104: 17-20.
2. Paraskeva P, Akoh JA. Small bowel stricture as a late sequela of superior mesenteric vein thrombosis. *Int J Surg Case Rep* 2015; 6: 118-121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2014.11.071>
3. Patel S, Gurjar SV. Small intestinal strictures as a complication of mesenteric vessel thrombosis: two case reports. *J Med Case Reports* 2009; 3: 8623. Disponible en: <https://doi.org/10.4076/1752-1947-3-8623>
4. Singal AK, Kamath PS, Tefferi A. Mesenteric venous thrombosis. *Mayo Clin Proc* 2013; 88: 285-294. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.01.012>
5. Lin H, Lin CC, Huang WT. Idiopathic superior mesenteric vein thrombosis resulting in small bowel ischemia in a pregnant woman. *Case Rep Obstet Gynecol* 2011; 687250. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/687250>
6. Nair V, Seth AK, Sridhar CM, Chaudhary R, Sharma A, Anad AC. Protein-C deficiency presenting with subacute intestinal obstruction due to mesenteric vein thrombosis. *J Assoc Physicians India* 2007; 55: 519-521.
7. Del Rey-Moreno A, Jiménez-Martín JJ, Doblas-Fernández J, Marín-Moya R, García-Hirschfeld J. Trombosis venosa mesentérica asociada a obstrucción intestinal por fitobezoar. *Cir Esp* 2013; 91: 461-463. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2013.10.042>