



# Angiología

[www.elsevier.es/angiologia](http://www.elsevier.es/angiologia)



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Isquemia mesentérica: algoritmos diagnósticos y terapéuticos

M. Herrero\* e I. Agúndez

Recibido el 12 de abril de 2016; aceptado el 2 de junio de 2016

### PALABRAS CLAVE

Isquemia mesentérica;  
Algoritmo diagnóstico;  
Algoritmo terapéutico

### KEYWORDS

Mesenteric ischaemia;  
Diagnostic algorithm;  
Therapeutic algorithm

**Resumen** La isquemia mesentérica se caracteriza por una reducción del flujo sanguíneo a nivel intestinal, de forma brusca o de forma progresiva, con unas consecuencias potencialmente letales, sobre todo en los casos agudos.

La falta de evidencia científica ante una enfermedad poco frecuente, con una clínica y pruebas diagnósticas en ocasiones inespecíficas, y la gran heterogeneidad en los procedimientos de revascularización hacen difícil la toma de decisiones. Las sociedades científicas deben estimular el desarrollo de algoritmos diagnósticos y terapéuticos con el fin de mejorar el manejo y la supervivencia de estos pacientes y, por otro lado, avalar la actividad de sus miembros. Es, en este marco, donde la Sociedad Castellano Leonesa de Angiología y Cirugía Vascular (SOCLACIVAS) se propuso establecer un algoritmo diagnóstico y terapéutico en la isquemia mesentérica.

© 2016 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Mesenteric ischaemia: Diagnosis and therapeutic algorithms

**Abstract** Mesenteric ischaemia is characterised by a sudden or gradual reduction in blood flow at intestinal level, with some potentially fatal consequences, particularly in acute cases.

The lack of scientific evidence of a rare disease, with a clinical picture and diagnostic tests that are occasionally non-specific, as well as a wide variation in revascularisation procedures, make it difficult to make decisions. The scientific societies must stimulate the development of diagnostic and therapeutic algorithms, with the aim of improving the management and survival of these patients, as well as to endorse the activities of their members. It is within this framework that the Angiology and Vascular Surgery Society of Castile and Leon (*Sociedad Castellano Leonesa de Angiología y Cirugía Vascular*) (SOCLACIVAS) proposes to establish a diagnostic and therapeutic algorithm for mesenteric ischaemia.

© 2016 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [monherrerobernabe@yahoo.es](mailto:monherrerobernabe@yahoo.es) (M. Herrero).

## Introducción

La isquemia mesentérica (IM) es la consecuencia de una reducción de flujo sanguíneo a nivel intestinal, producida por una oclusión, espasmo o hipoperfusión de la vasculatura esplácnica<sup>1</sup>. Las consecuencias pueden ser catastróficas, incluyendo sepsis, infarto intestinal y muerte (superior al 50% en los casos agudos y hasta el 15% en los casos crónicos)<sup>2,3</sup>, por lo que el rápido diagnóstico y tratamiento son decisivos<sup>4</sup>. El mejor conocimiento de esta dolencia, el aumento de la edad poblacional y la expansión de los procedimientos intervencionistas están incrementado el número de casos tratados. Sin embargo, la evidencia científica es escasa, lo que dificulta la estandarización de su manejo<sup>5</sup>.

Propongo una revisión del diagnóstico y tratamiento de la IM, e invito a los miembros de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) a debatir el posible manejo de esta dolencia, con el fin de desarrollar algoritmos que pudieran mejorar la supervivencia y apoyar en la toma de decisiones.

## Isquemia mesentérica aguda

Se define como una situación de hipoperfusión intestinal de forma brusca. Puede ser producida por una embolia, generalmente a nivel de la arteria mesentérica superior (AMS), o por una trombosis de placa, más frecuentemente en pacientes con enfermedad aterosclerótica multinivel y con clínica previa de angina intestinal. Existen otras causas menos habituales como son las situaciones de bajo gasto o vasoconstricción en pacientes pluripatológicos, en tratamiento con aminas vasopresoras, conocida como isquemia mesentérica no oclusiva (IAMNO), o la trombosis venosa mesentérica (TVM) en pacientes jóvenes con diversas coagulopatías, en procesos sépticos u oncológicos<sup>6,7</sup>.

## Diagnóstico

Se necesita una alta sospecha clínica ante cuadros de dolor abdominal<sup>8</sup>, en pacientes con factores de riesgo conocidos, para iniciar rápidamente una batería de actuaciones y pruebas diagnósticas que suelen culminar con técnicas invasivas que permiten llegar al diagnóstico e, incluso, al tratamiento.

Su baja incidencia, menos de 1/1.000 de los ingresos hospitalarios, y la clínica tan común con otras enfermedades retrasan el diagnóstico y tratamiento<sup>4,9</sup>. Esta demora se traduce en aumento de la mortalidad, de un 36% en los casos tratados antes de las 24 h de inicio de los síntomas hasta un 76% en los tratados más allá de las primeras 24 h<sup>10</sup>.

El dolor abdominal está presente en casi todos los casos, pero su localización, duración y naturaleza son variables dependiendo de la etiología. Así, las embolias tienen una clínica más florida y una rápida progresión frente a los casos de trombosis venosa, en los que el paciente puede consultar tras días de inicio de la sintomatología. La forma más común es un dolor de aparición súbita, incapacitante, en epigastrio o mesogastrio, en ocasiones acompañado de vómitos o diarrea. La exploración inicial puede ser poco significativa, cierta distensión abdominal o

disminución del peristaltismo que puede contrastar con la situación de postración del paciente. En los casos evolucionados, con necrosis intestinal, puede aparecer hematemesis o melena, signos peritoníticos, fiebre e incluso inestabilidad hemodinámica<sup>8,11</sup>.

Las pruebas de laboratorio no son concluyentes. Aparecen en otros cuadros de abdomen agudo y, además, resultan tardías, cuando ya reflejan situaciones de necrosis intestinal establecida. Así, podemos encontrar leucocitosis, elevación de los niveles séricos de láctico deshidrogenasa, creatinfosfocinasa, fosfatasa alcalina y acidosis metabólica<sup>8</sup>.

En cuanto a las pruebas de imagen, la radiografía simple tan ampliamente utilizada y la tomografía computarizada (TC) son normales hasta en un 25% de los casos y en situaciones avanzadas se pueden observar datos inespecíficos y comunes a otras enfermedades como íleo paralítico, engrosamiento de la pared, pneumatosis o falta de realce en pared tras contraste intravenoso en TC<sup>12</sup>. Sin embargo, son pruebas útiles para descartar otras enfermedades. Excepcionalmente, si la sospecha es una TVM, la TC es la prueba de elección, con una especificidad de hasta un 93% en alguna serie<sup>2</sup>.

La angiotomografía computarizada (angio-TC), con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 95%<sup>8,13,14</sup>, es el test de elección en pacientes hemodinámicamente estables, con abdomen agudo y sospecha de isquemia mesentérica aguda (IMA). Permite valorar localización, extensión y características de la lesión del árbol arterial, el grado de afectación de la pared intestinal y los posibles accesos vasculares de cara a una intervención. Sin embargo, la arteriografía sigue siendo el *gold standard* en el diagnóstico y además permite el inicio de tratamiento. Por ello, en centros con gran experiencia en técnicas endovasculares, se plantea como primera opción en pacientes con alta sospecha con el fin de no retrasar la revascularización<sup>6,8,10,15</sup>.

Desgraciadamente, el paciente inestable o con datos peritoníticos debe ser intervenido directamente mediante laparotomía: así se llega al diagnóstico de hasta el 20% de los casos de IMA<sup>16</sup> (fig. 1).

## Tratamiento

El tratamiento inicial radica en un soporte hemodinámico agresivo, que corrija la hipovolemia y evite vasoconstrictores (especialmente alfa-agonistas), con el fin de mantener la perfusión en el territorio esplácnico. Se debe mejorar la acidosis metabólica y se debe iniciar antibioterapia de amplio espectro, para prevenir y tratar la translocación bacteriana. La anticoagulación es fundamental para evitar la progresión del trombo y para disminuir el riesgo de embolización en pacientes con fibrilación auricular, independientemente de los posibles sangrados durante el procedimiento posterior<sup>17,18</sup>.

En segundo lugar, siempre y cuando la situación clínica del paciente lo permita, se debe plantear una revascularización, teniendo en cuenta la etiología, duración de la clínica, comorbilidades del paciente y recursos técnicos.

Aquellos pacientes con peritonismo o datos radiológicos de isquemia intestinal avanzada, serán tratados directamente con laparotomía. Se explorará extensión y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596350>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596350>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)