



Trombosis de la arteria mesentérica superior

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Laura Lucía Peralta Aceves,† Irene Pérez del Ángel‡

Paciente femenino de 73 años que ingresa al Servicio de Urgencias por ataque al estado general, síndrome doloroso abdominal crónico agudizado con evacuaciones diarreicas y al que se le realiza estudio de tomografía computada de multidetectores (TCMD), abdominopélvica simple y contrastada con protocolo de angiotomografía (AngioTC).

En la fase arterial (Figuras 1 a-h) del estudio de TCMD abdominopélvica se demuestra extensa calcificación (flecha

blanca) en el origen del tronco celíaco (flecha negra) (Figuras 1 a-d); sin embargo, está permeable. En el origen de la arteria mesentérica superior (AMS) no hay opacificación del vaso, defecto que se evidencia en los cortes axiales (Figuras 1 e-h).

En las imágenes de RMP tanto coronal como sagital (Figuras 2 a-b), y en la reconstrucción 3D (Figura 3) se muestra la extensa aortoescclerosis en el origen del tronco celíaco y en el de la AMS (punta de flecha) además del defecto de llenado con recanalización en su segmento más distal.

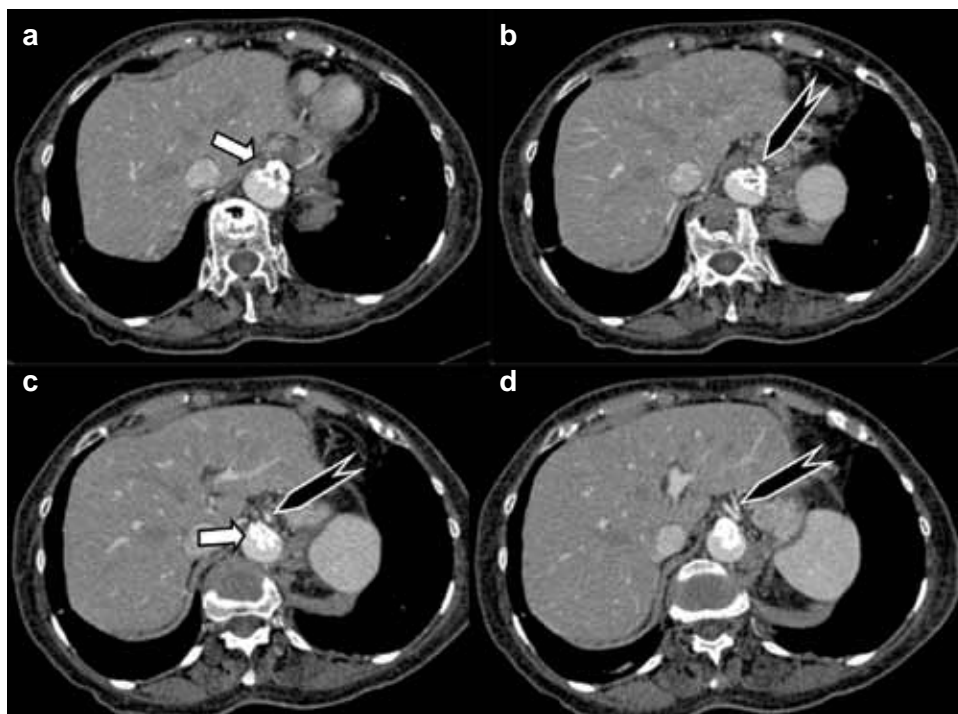


Figura 1.

* Médico Radiólogo, adscrito a los Departamentos de Radiología e Imagen del Hospital Ángeles Pedregal y del Hospital Ángeles Clínica Londres.

† Técnico Radiólogo, adscrito al Departamento de Radiología e Imagen del Hospital Ángeles Clínica Londres.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

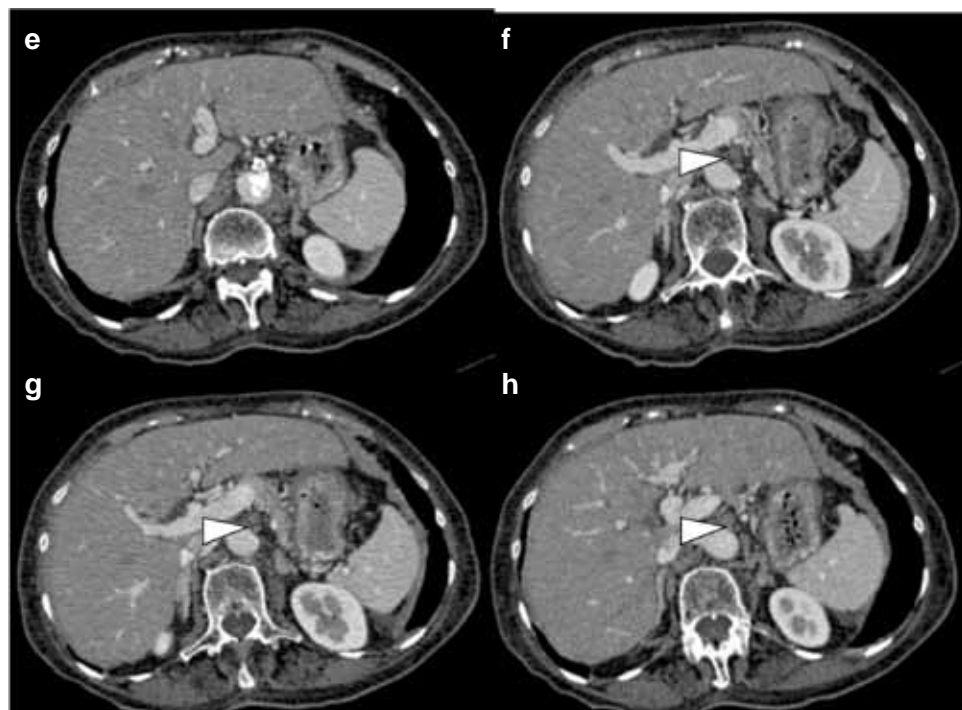
Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Ángeles Pedregal

Camino a Santa Teresa Núm. 1055, Col. Héroes de Padierna, 10700, México, D.F.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 11-09-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>



Continúa figura 1.

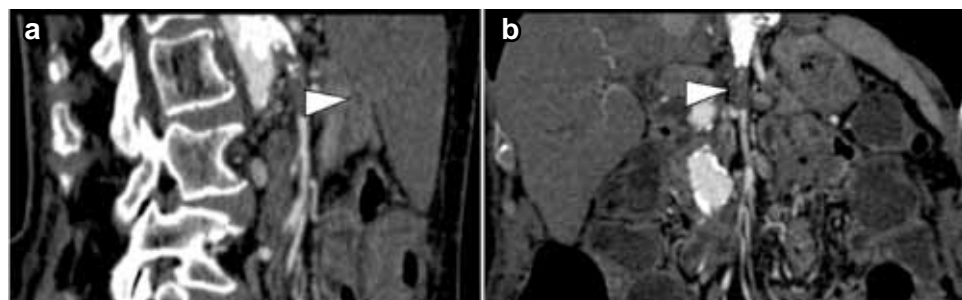


Figura 2.



Figura 3.

TROMBOSIS DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR¹⁻³

La arteria mesentérica superior, cuyo diámetro es similar al de la arteria celíaca, irriga la parte distal del duodeno, el intestino delgado íntegro y el hemicolon derecho. Su flujo es de 500 mL/min, pero se incrementa en un 150% tras una comida, alcanzando volúmenes de 1,400 mL/min.¹

La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una entidad clínica multitietiológica, producida por la interrupción brusca del aporte sanguíneo a un determinado segmento intestinal, lesionándolo al principio de forma reversible, pero si se mantiene el tiempo suficiente hace que deje de ser viable y evolucione hacia necrosis completa su pared. Se trata de un proceso con elevada mortalidad (60-80%) y en el cual es vital la sospecha clínica temprana, ya que

la supervivencia depende directamente de la rapidez con que se aplique el tratamiento.¹

La IMA es la condición clínica que aparece cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico resulta insuficiente para satisfacer los requerimientos del intestino. A diferencia de las formas crónicas en las que el desarrollo progresivo de colaterales impide la necrosis intestinal, en las formas de instauración aguda, la viabilidad del intestino puede quedar comprometida, abocando a una situación de riesgo vital para el enfermo.¹

La trombosis arterial supone un 25% de las IMA. Son pacientes con antecedentes vasculares (es característica la historia previa de isquemia mesentérica crónica) cuyas arterias tienen disminuido el flujo y han desarrollado circulación colateral. La trombosis de la arteria mesentérica superior (TAMS) suele producirse en su origen o en sus tres primeros centímetros y la mortalidad es muy alta, porque a pesar de que la circulación colateral es capaz de mantener cierto flujo, el territorio afectado es muy extenso.¹

La TAMS representa el 15% de los casos de IMA y afecta a pacientes de edad avanzada con marcada arteriosclerosis. No es inhabitual que el enfermo refiera una historia de angina intestinal en las semanas o meses que preceden al episodio trombótico. De hecho, hasta en un 50% de los casos, la TAMS representa la culminación de una isquemia mesentérica crónica. La vasculitis, las enfermedades trombogénicas y el aneurisma de aorta constituyen también factores de riesgo. La trombosis suele ocurrir en los 2 cm proximales al origen de una rama arterial importante y sus efectos suelen ser devastadores al afectar extensas áreas del

intestino, desde el duodeno hasta el colon transversal. La TAMS deriva de una patología aterosclerótica crónica que compromete el territorio mesentérico superior; coexiste con enfermedad aterosclerótica carotídea, coronaria, renal y de extremidades inferiores, con los mismos factores de riesgo conocidos, como son hipertensión arterial crónica, tabaquismo, dislipidemia y diabetes, entre otros. La placa ateromatosa obstruye progresivamente el lumen, hasta ocluirlo; sin embargo, antes del infarto intestinal existiría historia de dolor abdominal recurrente tipo angina intestinal y baja de peso en un 50%. En otros casos, una placa no oclusiva sufre un accidente, con ulceración y rápida trombosis, produciendo un evento oclusivo agudo, sin gran historia previa.¹⁻³

La AngioTC con tecnología multidetector ha desplazado a la angiografía convencional en el diagnóstico de la IMA. Esta técnica, sin embargo, carece del beneficio potencial que ofrece la angiografía en términos de perfusión intra-arterial de vasodilatadores y trombolíticos.¹⁻³

REFERENCIAS

1. Montoro-Huguet MA, Sans-Cuffi M. Isquemia Intestinal, del libro *Problemas comunes en la práctica clínica*. Gastroenterología y hepatología. Cap. 26. <http://www.indogastro.org/downloads/26.isquemaintestinal.pdf>
2. Olivares-Bañuelos D, Zaldívar-Reyna O, Gracia-Álvarez J y Parra-Soto I. Trombosis de la arteria mesentérica superior. Reporte de un caso. *Rev Hosp Jua Mex*. 2010; 77(2): 141-145.
3. Lozano-González Y. Isquemia mesentérica segmentaria: a razón de un caso. *Rev Med Electrón [online]*. 2009; 31(3).