



Trombosis aguda de vena mesentérica inferior. Presentación de caso

Acute thrombosis of inferior mesenteric vein. A case report

Carolina Luque Cala¹
 Erick Daniel Villarreal Ibáñez²
 Valeria Ortega Apráez²

DOI: <https://doi.org/10.53903/01212095.168>

Resumen

La trombosis venosa mesentérica (TVM) representa el 5 %-15 % de las isquemias mesentéricas. Es una patología infrecuente y puede ocurrir de manera espontánea o en su mayoría estar relacionada con factores predisponentes protrombóticos. Tiene un abordaje diagnóstico complicado por su inespecificidad clínica y baja prevalencia, lo cual disminuye su sospecha; sin embargo, es de suma importancia reconocer esta patología en el contexto de un abdomen agudo por su alta mortalidad. El diagnóstico se realiza mediante la angiotomografía computarizada (ATC) y su desenlace estará determinado por un rápido diagnóstico y un tratamiento efectivo. La localización de un trombo en la vena mesentérica inferior (VMI) es muy infrecuente. Este hecho motiva la presentación de este caso, un paciente masculino, adulto mayor, con antecedente de alcoholismo, cardiopatía dilatada y fibrilación auricular en manejo con anticoagulante, quien presenta signos de irritación peritoneal y hallazgo imagenológico de trombosis en distintas ramas de las venas mesentéricas.

Summary

Mesenteric venous thrombosis (MVT) represents 5-15% of mesenteric ischemia. It is an infrequent pathology and can occur spontaneously or mostly be related to predisposing pro-thrombotic factors. It has a complicated diagnostic approach due to its clinical non specificity and low prevalence that reduce its suspicion; however, it is extremely important to recognize this pathology in the context of an acute abdomen due to its high mortality. The approach is performed through the use computed tomography angiography (CTA) and the outcome will be determined by the rapid diagnosis and effective treatment. The location of a thrombus at the level of the inferior mesenteric vein (IMV) is very rare, which is why a case report will be presented of an elderly male patient with a history of alcoholism, dilated heart disease and atrial fibrillation under treatment with anticoagulant. The patient has signs of peritoneal irritation and imaging finding of thrombosis in different branches of the mesenteric veins.

Introducción

La trombosis venosa mesentérica (TVM) fue descrita por primera vez por Warren y Eberhard (1) como una causa de infarto intestinal distinta a oclusión arterial mesentérica. Representa entre el 5 % y el 15 % de los eventos isquémicos mesentéricos (2). La gran mayoría de los casos ocurren en la vena mesentérica superior (VMS), mientras que en la VMI se presenta solo hasta en un 11 % (3). La presentación clínica de la TVM es inespecífica y varía según la temporalidad; si la presentación es aguda (menor a 4 semanas) o crónica (mayor a 4 semanas) (4). Los pacientes con TVM aguda debutan principalmente con dolor abdominal, que se puede incrementar en intensidad y manifestarse como una peritonitis en el 33 % al 66 % de los casos, lo cual indica infarto intestinal. Los pacientes con TVM crónica generalmente son asintomáticos, debido a la formación de colaterales venosas y es poco frecuente que desarrollen infarto intestinal (5). La complejidad del diagnóstico clínico y paraclínico hace de esta entidad todo un reto. Se presenta el caso de un paciente

masculino de 68 años de edad diagnosticado con TVM de VMI, VMS y confluente espleno-portal.

Métodos

Se analizaron las imágenes de pacientes con cuadro clínico sugestivo de TVM diagnosticados mediante angiotomografía computarizada (ATC). En esta revisión se incluyeron las imágenes más representativas del caso expuesto y al mismo tiempo se realizó una revisión de la literatura basada en los factores de riesgo, grupo etario más frecuente, abordaje diagnóstico y posibles complicaciones de esta patología.

Presentación de caso

Paciente masculino de 68 años de edad, con antecedente de alcoholismo, cardiopatía dilatada y fibrilación auricular en manejo con warfarina, quien acudió al servicio de urgencias por dolor y distensión abdominal, emesis y ausencia de deposiciones de cinco días de evolución. Al ingreso el paciente estaba en regulares



Palabras clave (DeCS)

Isquemia mesentérica
 Trombosis de la vena
 Venas mesentéricas
 Angiografía por
 tomografía
 computarizada

Key words (MeSH)

Mesenteric ischemia
 Venous thrombosis
 Mesenteric veins
 Computed tomography
 angiography

¹Radióloga. Departamento de Radiología e Imágenes Diagnósticas, Clínica Chicamocha. Bucaramanga, Colombia.

²Médico(a) general. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

Departamento de Radiología e Imágenes Diagnósticas, Servicio de Urgencias de la Clínica Chicamocha. Bucaramanga, Colombia.

condiciones generales: con taquicardia de 152 latidos por minuto, deshidratación grado II y signos de irritación peritoneal. Se le practicó una laparotomía exploratoria en la que se evidenciaron asas intestinales hipoperfundidas y edematosas, lesiones violáceas con aspecto de “vino de Oporto” y patrón isquémico irreversible. Se realizó resección intestinal con una anastomosis término-terminal; el paciente fue llevado a unidad de cuidados intensivos donde presentó una evolución tórpida, con persistencia de distensión abdominal, emesis e intolerancia a la vía oral. Debido a estas alteraciones, se sospechó una trombosis arterial mesentérica y se realizó una TAC de abdomen total, con la cual se llegó al diagnóstico de TVM.

Discusión

La TVM es una entidad de difícil diagnóstico debido a su comportamiento clínico: dolor abdominal desproporcionado, náuseas, vómito, ausencia de deposición o diarrea sanguinolenta y la falta de pruebas paraclínicas específicas, como leucocitosis o incluso acidosis metabólica (6). Por esta razón, la ATC tiene una función importante en el diagnóstico de esta patología y se considera la técnica radiológica de elección, ya que permite evaluar el curso, calibre y opacificación de las estructuras vasculares, las características de la pared intestinal y del mesenterio, con una sensibilidad descrita en la literatura de hasta el 90 % (4,7).

La TVM se puede clasificar en primaria o secundaria según su causa. Se considera primaria aquella cuyo origen es espontáneo, como el relacionado con la trombosis idiopática del sistema venoso esplácnico (venas mesentéricas, vena esplénica, vena portal) y que no esté asociado a ninguna condición predisponente, por lo cual se considera un diagnóstico de exclusión. Sin embargo, el número de pacientes con esta entidad, catalogada como primaria, ha disminuido notablemente debido a la mejora en diagnóstico de dichas patologías (4). Se considera secundaria cuando existen patologías que predisponen a la formación de trombos, por ejemplo: 1) estados primarios de hipercoagulabilidad y trastornos protrombóticos; 2) neoplasias mieloproliferativas y tumores (principalmente el adenocarcinoma pancreático y el carcinoma hepatocelular), y 3) enfermedades inflamatorias crónicas, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa (8). En particular, la trombosis de VMI podría relacionarse con afecciones neoplásicas o inflamatorias del colon descendente y sigmoide, ya que su drenaje abarca las venas provenientes de estos segmentos del colon. Más comúnmente está asociada con episodios de enfermedad diverticular complicada, y también se ha visto relacionada con la formación de trombos sépticos a la altura de la vena porta y/o sus ramas, conocida como *pileflebitis* (8,9). Otros factores predisponentes para desarrollar una TVM son: cirugías recientes, hipertensión portal de cualquier etiología, uso de anticonceptivos orales, embarazo, quimioterapia y la infestación parasitaria por *Ascaris lumbricoides* (8).

Como ya se mencionó, el diagnóstico es principalmente radiológico y el estudio de elección es la ATC por su alta sensibilidad (7,10). Existen signos murales, vasculares y extramurales-no vasculares que se pueden identificar en la ATC para hacer el diagnóstico. Entre estos se pueden encontrar: engrosamiento de la pared intestinal (> 2 mm si hay distensión de luz intestinal, > 4 mm cuando la luz intestinal no está distendida), edema intramural (asa con atenuación heterogénea con el signo del halo con baja atenuación), hemorragia intramural (asa con alta densidad), realce anormal de la pared y con neumatosis intestinal

que se diagnostica por zonas con densidad de aire en la pared del asa (11). Entre los signos vasculares en fase venosa se pueden encontrar los defectos de opacificación de la vasculatura venosa, el aumento del calibre de las estructuras vasculares, circulación venosa colateral en la TVM crónica y gas libre en la luz vascular (12). Finalmente, los signos extramurales-no vasculares, considerados signos indirectos, son ascitis y edema de la grasa mesentérica, los cuales se observan como una alteración de su densidad (13).

En el caso aquí descrito se observa un defecto de opacificación concéntrico que compromete casi totalmente la VMI; de igual manera, un defecto de opacificación de la vena cólica derecha que desemboca en la VMS y un defecto de opacificación excéntrico en el confluente esplenoportal (figuras 1-3).



Figura 1. ATC de aorta abdominal, corte axial: defecto de opacificación, concéntrico, en la luz de la vena mesentérica inferior (flecha blanca).



Figura 2. ATC de aorta abdominal, reconstrucción coronal. Defecto de opacificación concéntrico de toda la vena mesentérica inferior (flecha blanca).



Figura 3. ATC de aorta abdominal, reconstrucción coronal: defecto de opacificación excéntrico del confluente esplenoportal (flecha superior). Defecto concéntrico de la vena cólica derecha la cual desemboca en la vena mesentérica superior (flecha inferior).

Se ha documentado que la TVM tiene una alta mortalidad, entre el 12,5 % y el 50 %, por lo cual es de vital importancia el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. El manejo inicial incluye reposo intestinal, hidratación intravenosa, control de dolor y anticoagulación. En algunos casos puede ser necesario el tratamiento quirúrgico, reservado para pacientes con complicaciones como isquemia mesentérica, dilatación intestinal progresiva o signos de irritación peritoneal (14,15). La ATC ha demostrado ser un método diagnóstico efectivo, ya que al realizar el diagnóstico temprano se puede iniciar rápidamente el manejo y disminuir así su alta tasa de mortalidad. Si bien el diagnóstico se confirma mediante las imágenes diagnósticas, es importante una adecuada anamnesis para determinar los posibles factores predisponentes. En el caso descrito, el consumo crónico de alcohol y la fibrilación auricular, generan predisposición a eventos trombóticos (16).

Conclusión

En el contexto clínico de abdomen agudo se debe tener en cuenta la TVM porque, a pesar de ser una patología infrecuente, por su alta mortalidad es definitivo el pronto diagnóstico radiológico para iniciar el manejo. El diagnóstico ideal para TVM es con ATC por su alta sensibilidad y utilidad para descartar patologías adyacentes. Por último, la ubicación de un trombo en la VMI es rara y hasta el momento se desconoce la causa de la menor prevalencia de trombos venosos en esta localización.

Referencias

1. Warren S, Eberhard TP. Mesenteric venous thrombosis. *Surg Gynecol Obstet.* 1935;61:102-21.
2. Grendell JH, Ockner RK. Mesenteric venous thrombosis. *Gastroenterology.* 1982;82:358-72.
3. Singal AK, Kamath PS, Tefferi A. Mesenteric venous thrombosis. *Mayo Clin Proc.* 2013;88:285-94. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.01.012.
4. Hassan HA, Raufman JP. Mesenteric venous thrombosis. *South Med J.* 1999; 92:558-62. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.01.012.
5. Kumar S, Sarr MG, Kamath PS. Mesenteric venous thrombosis. *N Engl J Med.* 2001;345:1683-8. doi: 10.1056/NEJMra010076.
6. Bradbury MS, Kavanagh PV, Bechtold RE, Chen MY, Ott DJ, Regan JD, et al. Mesenteric venous thrombosis: diagnosis and noninvasive imaging. *Radiographics.* 2002;22:527-41. doi: 10.1148/radiographics.22.3.g02ma10527.
7. Moawad J, Gewertz BL. Chronic mesenteric ischemia: clinical presentation and diagnosis. *Surg Clin North Am.* 1997; 77:357-69. doi: 10.1016/s0039-6109(05)70554-5.
8. Duran R, Denys AL, Letovanec I, Meuli RA, Schmidt S. Multidetector CT features of mesenteric vein thrombosis. *Radiographics.* 2012;32:1503-22. doi: 10.1148/rg.325115100.
9. Akpınar E, Turkbey B, Karcaaltincaba M, Karaosmanoglu D, Akata D. MDCT of inferior mesenteric vein: normal anatomy and pathology. *Clin Radiol.* 2008;63:819-23. doi: 10.1016/j.crad.2007.09.001.
10. Lui A, Poniachik J, Quera R, Bermúdez C. Trombosis venosa mesentérica: manifestaciones clínicas, terapia y evolución. *Rev. Méd. Chile.* 2005;133:17-22. doi: 10.4067/s0034-98872005000100003.
11. Wiesner W, Khurana B, Ji H, Ros PR. CT of acute bowel ischemia. *Radiology.* 2003;226:635-50. doi: 10.1148/radiol.2263011540.
12. Wiesner W, Mortelé KJ, Glickman JN, Ji H, Ros PR. Pneumatosis intestinalis and portomesenteric venous gas in intestinal ischemia: correlation of CT findings with severity of ischemia and clinical outcome. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177:1319-23. doi: 10.2214/ajr.177.6.1771319.
13. Whitehead R. The pathology of ischemia of the intestines. *Pathol Annu.* 1976;11:1-52.
14. Hedayati N, Riha GM, Koungias P, Huynh TT, Cheng C, Bechara C, et al. Prognostic factors and treatment outcome in mesenteric vein thrombosis. *Vasc Endovascular Surg.* 2008;42:217-24. doi: 10.1177/1538574407312653.
15. Boley SJ, Kaley RN, Brandt LJ. Mesenteric venous thrombosis. *Surg Clin North Am.* 1992;72:183-201. doi: 10.1016/s0039-6109(16)45634-3.
16. Hanna K, Khalid A, Hamidi M, Gries L, Haddadin Z, kulvatunyon N, et al. Chronic alcohol consumption and risk of deep venous thrombosis: A propensity – matched analysis. *J Surg Res.* 2019;244: 251-6. doi: 10.1016/j.jss.2019.06.067.

Correspondencia

Carolina Luque Cala
Carrera 26 # 35-31, Conjunto Buganvilía casa 25
Bucaramanga, Colombia
caritoluque13@hotmail.com

Recibido para evaluación: 25 de marzo de 2021

Aceptado para publicación: 26 de mayo de 2021