

Isquemia mesentérica masiva en un paciente en hemodiálisis

V. González, B. Zalduendo, F. Vidaur

Servicio de Nefrología. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa

NefroPlus 2010;3(2):40

doi:10.3265/NefroPlus.pre2010.Jun.10492

La isquemia mesentérica no es una complicación infrecuente en los pacientes sometidos a hemodiálisis. Algunos trabajos recientes reflejan un aumento de su incidencia en los últimos años hasta de un 1,9% por paciente/año¹.

En la población general, la isquemia mesentérica es fundamentalmente de tipo oclusivo, afectando en la mayoría de los casos al colon descendente y sigma. Por el contrario, en los pacientes en hemodiálisis la forma más frecuente es la no oclusiva, y afecta principalmente al colon ascendente y al ciego².

Presentamos el caso de un hombre de 50 años en tratamiento renal sustitutivo en hemodiálisis desde el año 1987. Entre sus antecedentes destacan hepatitis C, miocardiopatía dilatada y una arteriopatía periférica severa, tanto en extremidades superiores como inferiores. Ingresó en el servicio de cirugía cardiovascular por varias lesiones de origen isquémico en su mano derecha, siendo necesaria la amputación transfalángica de 2 dedos de dicha extremidad. Tras 14 días de hospitalización, el paciente comienza con clínica de náuseas, vómitos, hipotensión arterial y un dolor abdominal inespecífico, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó una TAC toracoabdominal, en la que se detectó una isquemia mesentérica masiva, objetivándose neumatosis en la pared de varias asas de intestino delgado, gas en el trayecto de las venas mesentéricas y en la pared de la cámara gástrica. Asimismo, también se objetivó gas en varias ramas portales intrahepáticas (figura 1).

La isquemia mesentérica es una complicación potencialmente fatal, y constituye la principal causa de dolor abdominal en la población en hemodiálisis. En ocasiones el diagnóstico es dificultoso: la presentación clínica varía dependiendo de la severidad, extensión y rapidez de instauración de la isquemia^{2,3}. El dolor es el único síntoma que aparece en casi la totalidad de los casos. La fiebre, la leucocitosis y

la defensa abdominal aparecen en el 87-93% de los casos, el sangrado en el 40% y la diarrea y vómitos en el 27%. La extensa afectación de nuestro caso, afectando incluso a la pared de ramas venosas intrahepáticas, es excepcional.

La mortalidad es mayor cuando la intervención quirúrgica se demora más de 24 horas. Basándose en este dato, es de especial importancia tener presente esta entidad clínica: un diagnóstico temprano es crucial para un buen pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bassilios N, Menoyo V, Berger A, Mamzer MF, Daniel F. Mesenteric ischemia in hemodialysis patients: a case/control study. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18:911-7.
2. Brener ZZ, Bergman M, Ohm HK, Winchester JF. Acute non-occlusive mesenteric ischemia of the small bowel in a patient started on hemodialysis: a case report. *Cases Journal* 2008;1:217.
3. Zeier M, Wiesel M, Rambašek M, Ritz E. Non-occlusive mesenteric infarction in dialysis patients: the importance of prevention and early intervention. *Nephrol Dial Transplant* 1995;10:771-3.

■ Figura 1

Las flechas indican neumatosis en la pared de cámara gástrica y venas intrahepáticas.



Correspondencia: Victoria González-Martín

Servicio de Nefrología. Hospital Donostia. Paseo Dr. Beguiristain,s/n.
20014 San Sebastián. Guipúzcoa.
vglezmartin@hotmail.com
MARIAVICTORIA.GONZALEZMARTIN@OSAKIDETZA.NET