

CARTAS

Trombosis mesentérica en hemodiálisis, un cuadro que se presta a interpretaciones erróneas

B. L. García, P. M. Nieto, E. Fernández y R. Martínez

Servicio de Nefrología. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara (Cuba).

Señor director:

La enfermedad isquémica intestinal es frecuente en pacientes¹ en diálisis; no obstante, a menudo el diagnóstico se torna difícil, abigarrado y tardío, lo que eleva considerablemente la mortalidad, llegando a ser hasta de un 90 % en este grupo de enfermos².

Nosotros no hemos realizado ningún estudio en nuestro medio sobre el tema; sin embargo, queremos presentar un caso que ejemplifica lo anterior e invita a reflexionar sobre la importancia de pensar siempre en esta entidad para lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

Paciente varón de 59 años de edad, pescador, con antecedentes de buena salud hasta un año antes del ingreso, en que debuta con anemia y edema en miembros inferiores. Siete días antes de su admisión comienza con trastornos de conducta, astenia marcada y oliguria por lo que es traído al Servicio de Urgencia de nuestro hospital. En la exploración física se constata palidez cutáneo-mucosa, edema blando en las piernas, estertores crepitantes en las bases pulmonares y desorientación en tiempo y espacio. Analítica al ingreso: Hb, 7,1 g/l; Crp, 800 um/l; glicemia, 3,6 mm/l; urea, 33,4 mm/l; proteínas totales, 7,6 g/dl; albúmina, 3,6 g/dl; TGP, 8 uds; TGO, 12 ud; Ca sérico total, 2,30 mm/l; fósforo sérico, 1,7 mm/l, y EKG con signos de sobrecarga de VI. En el ultrasonido renal se observan riñones pequeños y pérdida de la relación corticomedular. Se diagnosticó una insuficiencia renal crónica terminal de etiología no filiada y se inició tratamiento con DPI a través de catéter de Tenckhoff de doble «cuff».

Las complicaciones surgidas en su evolución fueron: En el segundo mes, peritonitis bacteriana con obstrucción del catéter, por lo que se decidió implantar dispositivo intravascular e iniciar tratamiento con HD convencional. En el tercer mes, pericarditis con derrame ligero demostrado por ecocardiografía, que fue resuelta con diálisis intensiva durante siete días.

Dos semanas después el paciente comienza con inestabilidad hemodinámica durante las sesiones de diálisis y en los días subsiguientes aparece hipotensión arterial mantenida hasta fallecer en un estado de shock irreversible.

En el estudio necrópsico se evidenció una trombosis de la arteria mesentérica superior con necrosis isquémica de intestino delgado.

La angina mesentérica es una entidad de diagnóstico y manejo difícil^{3,4}, sobre todo teniendo en cuenta que el tratamiento quirúrgico ofrece una elevada mortalidad. Es por esto que existe una tendencia actual a utilizar otras intervenciones terapéuticas como la angioplastia transluminal percutánea^{5,6} y la infusión de estreptoquinasa⁷ o uroquinasa⁸.

Independientemente de la técnica utilizada para la restauración del flujo sanguíneo al intestino, es muy importante que el médico realice el diagnóstico precozmente a través de diversas técnicas como la angiografía^{9,10}; el ultrasonido duplex^{11,12} y la tomografía axial computarizada¹³, entre otras.

El paciente dialítico habitualmente aqueja síntomas en varios órganos y los cuadros de angina intestinal pueden confundirse con otros eventos derivados del propio síndrome urémico, como sucedió en nuestro enfermo.

Es por esto que ante una hipotensión arterial inexplicable y mantenida, aun sin dolor abdominal, hay que descartar, entre otras cosas, la trombosis mesentérica.

Correspondencia: Dr. Boris L. García.
Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico
Arnaldo Milián Castro.
Santa Clara. 50250 Villa Clara (Cuba).

Bibliografía

1. Diamond S, Emmett M y Henrich W: Bowel infarction a common occurrence in dialysis patients. Abstract. *Kidney Int* 29:212, 1986.
2. Johnson WJ The Digestive Tract. En John T, Daugirdas y Todd S. Ing. *Handbook of Dialysis*. First Edition. Little Brown and Company, pp. 486-494. Boston/Toronto, 1988.
3. Scatone S, Pintus M, Angioy F, Uccheddu A, Murgia C, Neri A y Cagetti M: Embolism of the superior mesenteric artery. A clinical experience. *Minerva-Chir* 46 (18):941-946, 1991.
4. Kitchens CS: Evolution of our understanding of the pathophysiology of primary mesenteric venous thrombosis. *Am JSurg* 163 (3):346-348, 1992.
5. McShane MD, Proctor A, Spencer P, Cumberland DC y Welsh CL: Mesenteric angioplasty for chronic intestinal ischaemia. *Eur JVasc Surg* 6 (3):333-336, 1992.
6. Warnock NG, Gaines PA, Beard TD y Cumberland DC: Treatment of intestinal angina by percutaneous transluminal angioplasty of a superior mesenteric artery occlusion: *Clin-Radiol* 45 (10):614-616, 1991.
7. Sade E, Johnsen G, Tangen G y Myrvold HE: Intraoperative streptokinase in the treatment of superior mesenteric artery embolisation. Case report. *Eur JSurg* 157 (10):615-616, 1991.
8. Schoenbaum SW, Pena C, Koeningsberg P y Katzen BT: Superior mesenteric artery embolism: Treatment with intraarterial urokinase. *JVasc Interv Radiol* 3 (3):485-490, 1992.
9. Boos J: Angiography of the mesenteric artery 1976 to 1991. A change in the indications during mesenteric circulatory disorders? *Radiologe* 32 (4):154-157, 1992.
10. Bottger T, Jonas J, Weber W y Junginger T: Sensitivity of preoperative diagnosis in mesenteric vascular occlusion. *Bildgebung* 58 (4):192-198, 1991.
11. Koslin DB, Mulligan SA y Berland LL: Duplex assessment of the splanchnic vasculature. *Semin Ultrasound CT MR* 13 (1):34-39, 1992.
12. Muller AF: Rule of duplex Doppler ultrasound in the assessment of patients with postprandial abdominal pain. *Gut* 33 (4):460-465, 1992.
13. Nordback I y Sisto T: Ultrasonography and computed tomography in the diagnosis of portomesenteric vein thrombosis. *Int Surg* 76 (3):179-182, 1991.