

Nombre:	Mónica María
Apellido:	Román Sastre
Otros Autores:	Carmen Lechuga, Ana Mañas, Marina Bertólez.
E-mail:	monikamrs@hotmail.com
Hospital:	Clínico San Carlos.
Ciudad:	Madrid.
Título:	ISQUEMIA MESENTÉRICA POR TROMBOSIS VENOSA PRIMARIA.
Presentación:	<p>Desarrollo del Caso Varón 54 años, ex fumador, sin otros antecedentes; antecedentes familiares de trombo- flebitis de repetición (padre). Refiere plenitud y dolor postprandial en epigastrio e hipocondrio derechos desde una ingesta copiosa dos semanas atrás. Se intensifican tras la ingesta y en decúbito. Dos días antes se diagnostica en Urgencias cólico biliar al detectar barro biliar mediante ecografía. Acude nuevamente por empeoramiento del dolor a pesar del tratamiento pautado (analgésicos y omeprazol) con aparición de vómitos biliosos. Abdomen doloroso a la palpación profunda. Analítica normal, exceptuando elevación de LDH, PCR y fibrinógeno. 1. Contexto clínico que motiva la exploración o exploraciones de imagen. Se solicita TC abdómino – pélvica para descartar isquemia mesentérica. 2. Hallazgos de las pruebas de imagen. TC abdómino-pélvica con contraste: trombo ocupando la luz de ambas venas mesentéricas y hasta la confluencia esplenoportal; porta intra y extrahepática permeable. No hay trombos en las arterias esplácnicas. Engrosamiento y ausencia de realce mural de la práctica totalidad del intestino delgado con moderada cantidad de líquido libre, traduciendo isquemia intestinal.</p>
Discusión :	<p>3. Diagnóstico diferencial/final. La sospecha inicial de cólico biliar se descartó en la segunda consulta a Urgencias considerando el ritmo del dolor (postprandial) y la analítica, sugerentes de origen isquémico.</p>
Conclusión:	<p>4. Reflexión docente. El dolor abdominal, motivo de consulta frecuentísimo en Urgencias, puede tener numerosas etiologías, lo cual dificulta su diagnóstico. Las pruebas complementarias pueden conducirnos al diagnóstico equivocado por encontrar hallazgos que inicialmente satisfacen nuestra presunción diagnóstica , descartando otras opciones quizás menos frecuentes. 5. Conclusión. La trombosis venosa mesentérica (5-10% de casos de isquemia intestinal aguda), puede ser primaria o secundaria a inflamación, neoplasia o estados de hipercoagulabilidad y tiene mejor pronóstico que la de causa arterial.</p>
Bibliografía:	<p>Bibliografía 1. Acosta S, Alhadad A, Svensson P, Ekberg O. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. Br J Surg, 2008 Oct;95(10):1245-51. 2. Del Río Solá ML, González - Fajardo JA, Vaquero Puerta C Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. Angiología. 2015;67(2):133---139 3. Gómez Jiménez JF, Molina Nuevo, JD, Juliá EJ, Losa Palacios A, Peinado Rodenas.J.Angio-TC en la urgencia en el diagnóstico de isquemia mesentérica aguda. Póster S-1349. Congreso SERAM</p>

	<p>2014. 4. H. Zaghoulani, Z. Kraiem, M. Allegue, I. Chouchene, M. Limeme, H. Amara, D. Bakir, C. Kraeim; Sousse/TN. The ischemic bowel: A Pictorial review and guide for the emergency radiologist. Poster No.: C-2291 Congress: ECR 2014. Type: Educational Exhibit 5. Bradbury MS, Kavanagh PV, Bechtold RE, Ott DJ, Regan JD, Weber TM. Mesenteric Venous Thrombosis: Diagnosis and Noninvasive Imaging. Radiographics 2002; 22:527-541. 6. Rhee RY, Gloviczki P, Mendonca CT, et al. Mesenteric venous thrombosis: still a lethal disease in the 1990s. J Vasc Surg 1994; 20:688-697</p>
Pie de foto:	<p>IMAGEN Defecto de repleción en relación con trombo en la confluencia esplenoportal (puntas de flecha) y en la luz de la vena mesentérica superior (flecha hueca). Asas de intestino delgado de paredes engrosadas, edematosas y con disminución de realce y líquido libre intraperitoneal en relación con isquemia intestinal (flechas).</p>