

José Ignacio	Nombre:
Rodríguez Martín	Apellido:
Miguesanz I, Varo M, García Sánchez MJ, Díez Tascón A, Martí de Gracia M	Otros autores
capitankirk64@gmail.com	E-mail:
Hospital Universitario La Paz	Hospital:
Madrid	Ciudad:
Ateromatosis y trombosis aguda abdominal. ¿Cuándo sospecharla?	Título:
Anciana de 88 años con dolor abdominal e irritación peritoneal. Paciente infracoagulada. Leucocitosis 12600 con neutrofilia 9800 (78%). INR 1,3. Actividad de protrombina 60%. Fibrinogeno 567 mg/dL. LDH 273. PCR 5,5. Lactato 2,6.	Presentación:
<p>Se realiza TC abdominopélvico con CIV en fase arterial y portal, según protocolo de isquemia mesentérica.</p> <p>Se identifica un defecto de repleción completo de la arteria mesentérica superior (AMS) a aproximadamente 4,7 cm de su origen, sin signos de repermeabilización distal, en relación con trombosis.</p> <p>Marcada ateromatosis calcificada del eje aortoiliaco y ramas viscerales, permaneciendo permeables tanto el tronco celíaco como la arteria mesentérica inferior (AMI).</p> <p>Se observa en ambos flancos asas de intestino delgado (yeyuno distal e íleon) con pérdida del realce parietal normal, sugestivas de isquemia.</p> <p>Se aprecia marcada aerobilia.</p> <p>No se identifica líquido libre, colecciones ni neumoperitoneo.</p>	Discusión :
<p>El diagnóstico fue trombosis de la AMS, a aproximadamente 4,7 cm de su origen, sin repermeabilización distal, con pérdida del realce parietal de asas intestinales por isquemia.</p> <p>La oclusión aguda de la AMS puede deberse a diversas causas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Embolismo: 60% 2. Trombosis in situ aguda superpuesta a la aterosclerosis: 30% (nuestro caso) 3. Disección aórtica que involucre al origen de la AMS 4. Bajo flujo 5. Idiopática <p>Los factores de riesgo incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada • Tabaco • Tendencia protrombótica (anticuerpos antifosfolípidos, infracoagulación...) 	Conclusión:

<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías valvulares / cardíacas (válvula cardíaca mecánica, fibrilación auricular, IAM, aneurisma ventricular...) • Shunt derecha a izquierda (foramen oval permeable o defectos del septo interauricular con embolismo paradójico...) <p>La aerobilia se justifica por CPRE previa con esfinterotomía y extracción de cálculo. No se visualiza gas portal.</p> <p>Se mete en quirófano para operar. Signos de necrosis en prácticamente todas las asas intestinales salvo un segmento proximal de yeyuno (20 cm). Se decide no operar y limitar el esfuerzo terapéutico.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Kaushik S, Federle MP, Schur PH et-al. Abdominal thrombotic and ischemic manifestations of the antiphospholipid antibody syndrome: CT findings in 42 patients. Radiology. 2001; 218 (3): 768-71. • Shih MC, Hagspiel KD. CTA and MRA in mesenteric ischemia: part 1, Role in diagnosis and differential diagnosis. AJR Am J Roentgenol. 2007; 188 (2): 452-61. • Schieda N, Fasih N, Shabana W. Triphasic CT in the diagnosis of acute mesenteric ischaemia. Eur Radiol. 2013; 23 (7): 1891-900. 	Bibliografía:
<p>Trombosis de la AMS, a aproximadamente 4,7 cm de su origen, sin repermeabilización distal, con pérdida del realce parietal de asas intestinales por isquemia. Pie de foto en la imagen.</p>	Pie de foto: