

Luis	Nombre:
Alemañ Romero	Apellido:
Mª Carmen Ojados Hernández, Francisco Javier Nieves Merino, Mª Francisca Cegarra Navarro, Plácida Alemán Díaz, Mª José Ruíz López.	Otros Autores:
mcarmenrx@gmail.com	E-mail:
Hospital General Universitario Reina Sofía	Hospital:
Murcia	Ciudad:
ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA. TROMBOSIS DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR	Título:
Varón de 74 años hipertenso, con FA anticoagulada que presenta mal estado general y dolor abdominal de 48 horas de evolución. Ante la sospecha de isquemia intestinal se solicita angio TC abdominal hallando signos de isquemia. Finalmente se realizó una arteriografía terapéutica.	Presentación:
<p>La isquemia intestinal es una entidad con alta mortalidad que precisa diagnóstico y tratamiento precoz.</p> <p>Cuando se produce un descenso crítico de la perfusión intestinal y/o los mecanismos de protección locales están alterados se produce isquemia. Podemos distinguir causas oclusivas arteriales (la más frecuente, 70% de los casos), venosas (5%-10%) y causas no oclusivas. (20%-30%).</p> <p>El espectro clínico abarca el dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea sanguinolenta y distensión abdominal.</p> <p>Hallazgos radiológicos en TC:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Engrosamiento de pared intestinal: Secundario a edema mural, hemorragia o sobreinfección del asa. Dependiendo de la etiología, la pared puede visualizarse engrosada (oclusión venosa) o adelgazada (oclusión arterial). -Dilatación: secundario a la atonía del asa. En la isquemia sin infarto pueden aparecer contracciones espásticas. -Atenuación de la pared intestinal: la hipoatenuación es debido al edema, frecuente en la oclusión venosa, y la hiperatenuación a la hemorragia intramural y al infarto hemorrágico. -Realce: el estudio simple discrimina si la hiperatenuación se debe a hemorragia o bien a hiperperfusión/hiperemia. El realce mural puede ser difuso o focal. Es característico el "signo de la diana". La ausencia de realce es específica de la oclusión arterial. -Neumatosis intestinal y neumatosis portomesentérica: el gas en la pared intestinal es un hallazgo muy específico. La neumatosis portal se distribuye típicamente en la periferia hepática. -Mesenterio: trabeculación de la grasa y ascitis. 	Discusión :
El diagnóstico de la isquemia intestinal precisa de una adecuada orientación clínica. El diagnóstico debe ser precoz, siendo el TC con contraste la técnica de elección.	Conclusión:
<ol style="list-style-type: none"> 1. CT of acute bowel ischemia. Wiesner W, Khurana B, Ji H, Ros PR. Radiology 2003; 226:635–650. 2. Acute mesenteric ischemia. Oldenburg WA, Lau LL, Rondenburg TL, Edmonds HJ, Burger CD. Arch Intern Med 2004; 164:1054 –1062. 	Bibliografía:
A) Imagen axial de angio-TC abdominopélvico en el que se observa el engrosamiento	Pie de foto:

<p>mural por edema (cabezas de flecha) de asas de delgado, y presencia de alteraciones mesentéricas (flechas). En la esquina inferior izquierda, detalle de un asa con el signo de la diana. B) Imagen axial de TC sin contraste I.V. a nivel de pelvis, que muestra asas de delgado con neumatosis. C) Reconstrucción MPR coronal de angiografía por TC en la que se visualiza la arteria mesentérica superior con un defecto de repleción (flecha) D) Imagen de arteriografía selectiva de arteria mesentérica superior durante procedimiento intervencionista vascular terapéutico.</p>	
--	--