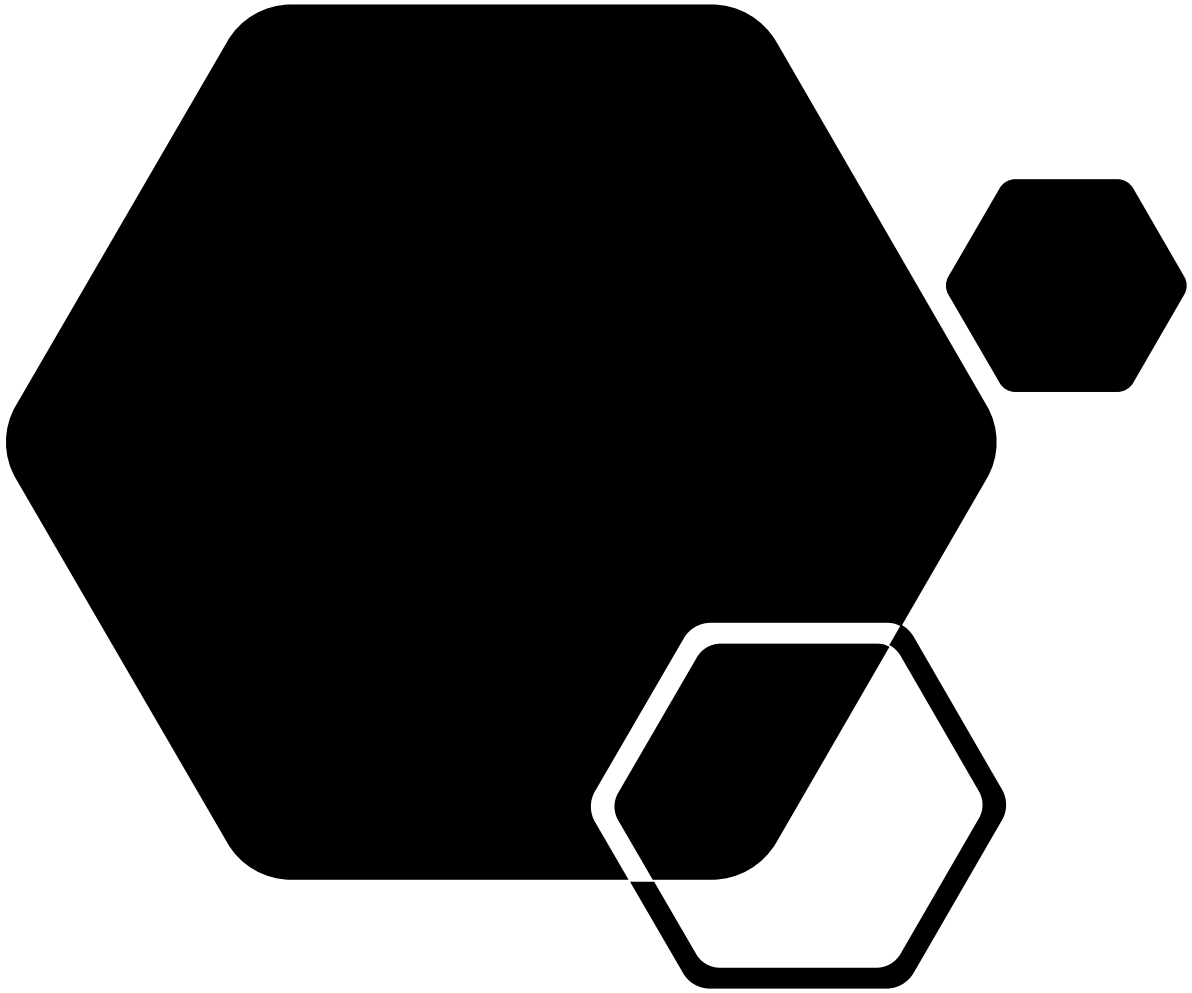
Caso clínico 25 mayo

Dra. Pintor / Dra. Prada



Presentación del caso

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Alérgico al ácido clavulánico.
- Independiente. Vive con su mujer en medio urbano.
- FRCV: Hipertensión arterial y dislipemia.
- Fibrilación auricular crónica.
- Cardiopatía isquémica tipo IAM en 2015. Estenosis aórtica moderada.
- AIT de perfil cardioembólico en territorio de la ACM izquierda en mayo 2018 y AIT de perfil aterotrombótico carotídeo derecho con endarterectomía.
- Hemorragia digestiva alta por úlcus gástrico Forrest III en 2018. (Gastroscopia de control en febrero 2021 con resultado de gastritis erosiva antral leve y crónica atrófica. Colonoscopia con diverticulosis de colon y hemorroides internas).
- Hiperplasia benigna de próstata.
- IQ: carcinomas basocelulares cutáneos nasales. Melanoma con cirugía de Mohs.

TRATAMIENTO HABITUAL:

- Mirtazapina 15 mg 0-0-1
- Orfidal 1 mg 0-0-1
- Pausedal 25 mg 1-0-1
- Balzak Plus 40/5/12,5 1-0-0
- Bioplak 125 mg 1-0-0
- Apixaban 5 mg 1-0-1
- Serenoa repens 160 mg 1-0-1
- Alapanzol 40 mg 1-0-0
- Atorvastatina 40 mg 0-0-1.

Presentación del caso

ENFERMEDAD ACTUAL:

Varón de 87 años que reingresa en un mes por dolor abdominal difuso e intermitente que se acentúa con el esfuerzo, de tres meses de evolución, acompañado de plenitud gástrica tras la ingesta. No cede con analgesia habitual ni con deposición. No fiebre ni pérdida de peso. Hábito intestinal estreñido. Actitud muy demandante y ansiosa.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Afebril, TA 115/70 mmHg, buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo sin oxígeno. Normohidratado y normocoloreado de piel y mucosas. No IY.

ACP: arrítmico a 60 lpm con soplo sistólico en foco aórtico irradiado a carótidas. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación generalizada. Blumberg, Murphy y PPRB negativos. RHA aumentados.

EEII sin edemas ni signos de TVP. Insuficiencia venosa crónica. Pulsos pedios presentes y simétricos. Exploración neurológica sin focalidad.

Presentación del caso

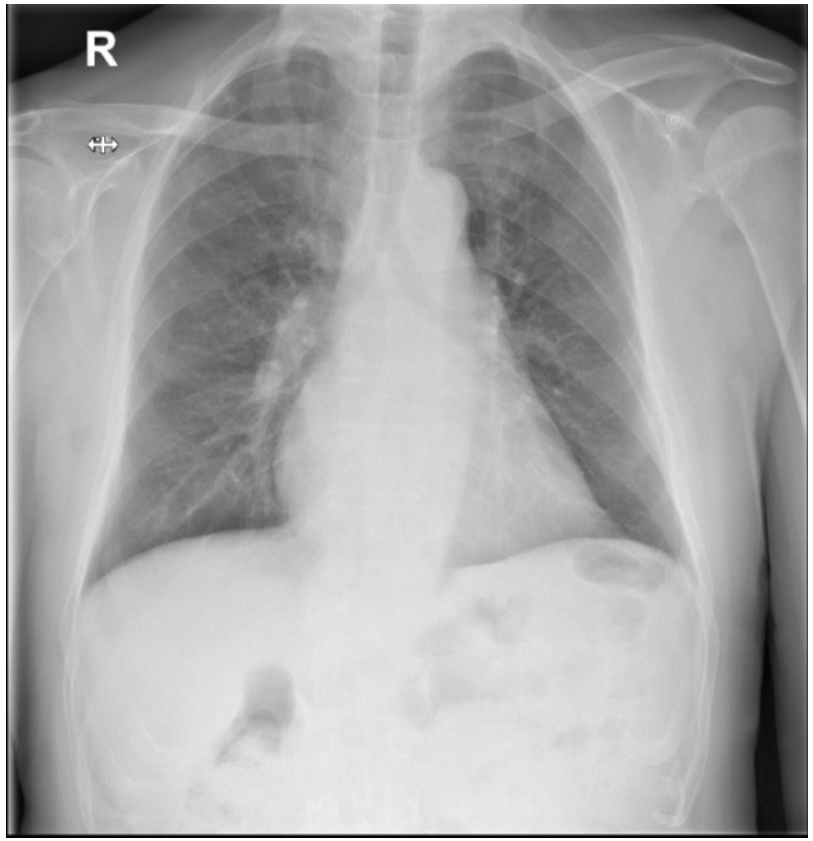
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

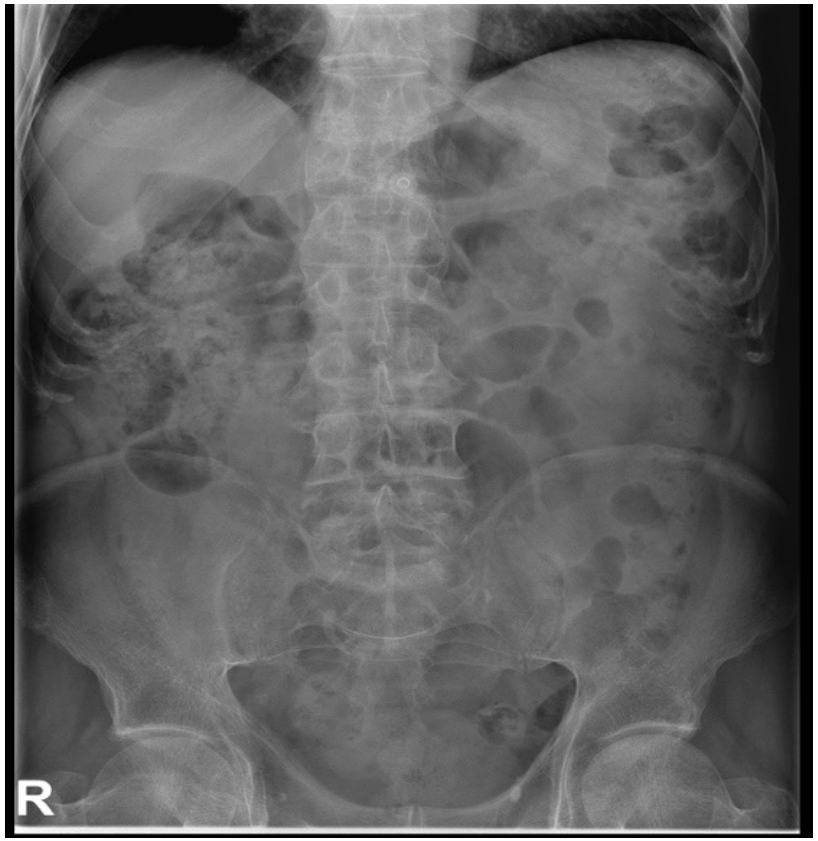
- Analítica: Hb 14.3, leucocitos 5.400, plaquetas 191.000, INR 1,61, TP 48%, glucosa 103, urea 33, creatinina 0,93, FG 74, Na 134, K 4, colesterol total 137, amilasa 31, GOT 39, GPT 21, GGT 26, BiT 0,77, proBNP 1551, PCR 26,9. CEA, beta2microglobulina y Ca 19.9 normales.

- PCR para SARS COV-2 negativa.

- ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular media de 55 lpm, eje normal sin alteraciones de la repolarización.

- Rx tórax y abdomen simple:





En resumen...

- **Varón de 87 años.**
- ACxFA. IAM 2015. AIT.
- **Úlcus gástrico** Forrest III en 2018. Gastroscopia en febrero 2021 **gastritis erosiva antral leve y crónica atrófica.** Colonoscopia con **diverticulosis.**
- Dolor **abdominal difuso e intermitente, 3 meses,** acentúa con el **esfuerzo**, **plenitud gástrica tras la ingesta**. **No cede con deposición o analgesia**. Sin síntomas generales.
- Abdomen **distendido, RHA aumentados**.

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

- Enfermedad funcional benigna vs. patología orgánica (peso, fiebre, hipovolemia, anomalías electrolíticas, síntomas o signos de pérdida de sangre gastrointestinal, anemia o signos de desnutrición).
- Adultos mayores a menudo no presentan los mismos signos y síntomas de la enfermedad característicos de las personas más jóvenes.
- Dolor abdominal inespecífico: etiologías que conducen a dolor abdominal difuso o las que tienden a ser más localizadas.

Causas del dolor abdominal difuso

Difuso/poco caracterizado	Características clínicas	Comentarios
Obstrucción intestinal	Los síntomas más comunes son náuseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico y estreñimiento. Abdomen timpánico distendido con ruidos intestinales agudos o ausentes.	Múltiples etiologías.
Perforación del tracto gastrointestinal	Dolor abdominal severo, particularmente después de procedimientos.	Puede presentarse de manera aguda o indolente, particularmente en pacientes inmunodeprimidos.
Isquemia mesentérica aguda	Inicio agudo y severo de dolor abdominal difuso y persistente, a menudo descrito como un dolor desproporcionado para el examen.	Puede ocurrir por enfermedad arterial o venosa. Los pacientes con disección aórtica pueden tener dolor abdominal relacionado con la isquemia mesentérica.
Isquemia mesentérica crónica	Dolor abdominal después de comer ("angina intestinal"), pérdida de peso, náuseas, vómitos y diarrea.	Puede ocurrir por enfermedad arterial o venosa.
Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn)	Asociado con diarrea sanguinolenta, urgencia, tenesmo, incontinencia intestinal, pérdida de peso y fiebres.	Puede tener síntomas durante años antes del diagnóstico. Manifestaciones extraintestinales asociadas (p. ej., artritis, uveítis).
Gastroenteritis viral	Diarrea acompañada de náuseas, vómitos y dolor abdominal.	
Peritonitis bacteriana espontánea	Fiebre, dolor abdominal y/o estado mental alterado.	Con mayor frecuencia en pacientes cirróticos con enfermedad hepática avanzada y ascitis.
Peritonitis relacionada con la diálisis	Dolor abdominal y efluente peritoneal turbio. Otros síntomas y signos incluyen fiebre, náuseas, diarrea, sensibilidad abdominal y sensibilidad de rebote.	Sólo en pacientes en diálisis peritoneal.
Cáncer colonrectal	Presentación variable, incluyendo obstrucción y perforación.	
Otra malignidad	Varían dependiendo de la malignidad.	
Enfermedad celíaca	Dolor abdominal además de incluir diarrea con heces voluminosas, malolientes y flotantes debido a esteatorrea y flatulencia.	
cetoacidosis	Dolor abdominal difuso y náuseas y vómitos.	
insuficiencia suprarrenal	Dolor abdominal difuso y náuseas y vómitos.	Los pacientes con crisis suprarrenal pueden presentarse con shock e hipotensión.
Enfermedad transmitida por alimentos	Mezcla de náuseas, vómitos, fiebre, dolor abdominal y diarrea.	
Síndrome del intestino irritable	Dolor abdominal crónico con hábitos intestinales alterados.	
Constipación		Asociado con una variedad de trastornos neurológicos y metabólicos, lesiones de obstrucción del tracto gastrointestinal, trastornos endocrinos, trastornos psiquiátricos y efectos secundarios de medicamentos.
diverticulosis	Puede tener síntomas de dolor abdominal y estreñimiento.	Suele ser un hallazgo asintomático e incidental en la colonoscopia o la sigmoidoscopia.
Intolerancia a la lactosa	Asociado con dolor abdominal, hinchazón, flatulencia y diarrea. El dolor abdominal puede ser de naturaleza cólico.	

Causas del dolor abdominal epigástrico

Epigástrico	Características clínicas	Comentarios
Infarto agudo del miocardio	Puede estar asociado con dificultad para respirar y síntomas de esfuerzo.	Considere particularmente en pacientes con factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria.
Pancreatitis aguda	Dolor abdominal superior persistente de inicio agudo que se irradia a la espalda.	
Pancreatitis crónica	Dolor epigástrico que se irradia a la espalda.	Asociado a insuficiencia pancreática.
La enfermedad de úlcera péptica	El dolor o malestar epigástrico es el síntoma más prominente.	Ocasionalmente, la incomodidad se localiza en un lado.
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Asociado con acidez estomacal, regurgitación y disfagia.	
Gastritis/gastropatía	Malestar/dolor abdominal, acidez estomacal, náuseas, vómitos y hematemesis.	Variedad de etiologías que incluyen alcohol y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
Dispepsia funcional	La presencia de uno o más de los siguientes: plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico o ardor.	Los pacientes no tienen evidencia de enfermedad estructural.
gastroparesia	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, saciedad temprana, plenitud posprandial y distensión abdominal.	La mayoría de las causas son idiopáticas, diabéticas o posquirúrgicas.

Causas del dolor abdominal en el cuadrante superior derecho (RUQ)

RUQ	Características clínicas	Comentarios
biliar		
Cólico biliar	Molestias intensas y sordas localizadas en el RUQ o epigastrio. Asociado con náuseas, vómitos y diaforesis. Generalmente dura al menos 30 minutos y se estabiliza en una hora. Examen abdominal benigno.	Los pacientes generalmente se ven bien.
Colecistitis aguda	Prolongado (> 4 a 6 horas) RUQ o dolor epigástrico, fiebre. Los pacientes tendrán protección abdominal y el signo de Murphy.	
colangitis aguda	Fiebre, ictericia, dolor RUQ.	Puede tener una presentación atípica en adultos mayores o pacientes inmunodeprimidos.
Disfunción del esfínter de Oddi	Dolor RUQ similar a otros dolores biliares.	Dolor de tipo biliar sin otras causas aparentes.
Hepático		
Hepatitis aguda	Dolor RUQ con fatiga, malestar general, náuseas, vómitos y anorexia. Los pacientes también pueden tener ictericia, orina oscura y heces de color claro.	La variedad de etiologías incluye hepatitis A, inducida por alcohol y drogas.
Perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis)	Dolor RUQ con componente pleurítico, el dolor a veces se refiere al hombro derecho.	Las aminotransferasas suelen ser normales o solo ligeramente elevadas.
Absceso hepático	La fiebre y el dolor abdominal son los síntomas más comunes.	Los factores de riesgo incluyen diabetes, enfermedad hepatobiliar o pancreática subyacente o trasplante de hígado.
Síndrome de Budd-Chiari	Los síntomas incluyen fiebre, dolor abdominal, distensión abdominal (por ascitis), edema de las extremidades inferiores, ictericia, hemorragia gastrointestinal y/o encefalopatía hepática.	Variedad de causas.
Trombosis de la vena porta	Los síntomas incluyen dolor abdominal, dispepsia o sangrado gastrointestinal.	Las manifestaciones clínicas dependen de la extensión de la obstrucción y la velocidad de desarrollo. Más comúnmente asociado con la cirrosis.

Causas del dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo (LUQ)

LUQ	Características clínicas	Comentarios
esplenomegalia	Dolor o malestar en LUQ, dolor en hombro izquierdo y/o saciedad precoz.	Múltiples etiologías.
infarto esplénico	Dolor LUQ severo.	Presentaciones atípicas comunes. Asociado con una variedad de condiciones subyacentes (p. ej., estado de hipercoagulabilidad, fibrilación auricular y esplenomegalia).
absceso esplénico	Asociado con fiebre y sensibilidad LUQ.	Poco común. También puede estar asociado con infarto esplénico.
ruptura esplénica	Puede quejarse de LUQ, dolor en la pared torácica izquierda o en el hombro izquierdo que empeora con la inspiración.	La mayoría de las veces se asocia con traumatismos.

Gráfico 106201 Versión 2.0

© 2022 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Reservados todos los derechos.

Causas del dolor abdominal bajo

Abdomen bajo	Localización	Características clínicas	Comentarios
Apendicitis	Generalmente cuadrante inferior derecho	Dolor periumbilical inicialmente que se irradia al cuadrante inferior derecho. Asociado con anorexia, náuseas y vómitos.	Los pacientes ocasionales presentan dolor abdominal epigástrico o generalizado.
diverticulitis	Generalmente cuadrante inferior izquierdo; cuadrante inferior derecho más común en pacientes asiáticos	El dolor suele ser constante y presente durante varios días antes de la presentación. Puede tener náuseas y vómitos asociados.	La presentación clínica depende de la gravedad del proceso inflamatorio subyacente y de la presencia o no de complicaciones.
Nefrolitiasis	O	Dolor síntoma más común, varía de leve a severo. Generalmente dolor en el costado, pero puede haber dolor de espalda o abdominal.	Causa síntomas a medida que el cálculo pasa de la pelvis renal al uréter.
pielonefritis	O	Asociado con disuria, polaquiuria, urgencia, hematuria, fiebre, escalofríos, dolor en el flanco y sensibilidad en el ángulo costovertebral.	
retención urinaria aguda	suprapúbico	Presente con dolor abdominal inferior y molestias; incapacidad para orinar.	
Cistitis	suprapúbico	Asociado con disuria, polaquiuria, urgencia y hematuria.	
colitis infecciosa	O	La diarrea es el síntoma predominante, pero también puede haber dolor abdominal asociado, que puede ser intenso.	Los pacientes con infección por *Clostridioides difficile* pueden presentar abdomen agudo y signos peritoneales en el contexto de perforación y colitis fulminante.

Gráfico 106202 Versión 4.0

© 2022 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Reservados todos los derechos.

Gastritis erosiva antral leve y crónica atrófica

- Úlceras duodenales: gastritis de predominio antral.
- Clínica: dolor abdominal, dispepsia.
- Infección crónica H. pylori: complicaciones de úlcera péptica o complicaciones gastroduodenales de una infección crónica, como atrofia gástrica, metaplasia intestinal, cáncer gástrico y linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT).

- Gastritis atrófica metaplásica autoinmune (AMAG) y ambiental (EMAG): Tumores neuroendocrinos gástricos (carcinoides), Adenocarcinomas gástricos.

Etiology-based classification of gastropathy and gastritis

Gastropathy	Gastritis
Reactive (chemical) gastropathy	**Infectious gastritis**
Bile reflux	*Helicobacter pylori*
Alcohol	Other bacteria (phlegmonous gastritis)
NSAIDs	Mycobacterial
Iron salts	Syphilitic
Other agents (eg, alendronate, sodium phosphate)	Viral
Vascular gastropathy	Parasitic
Portal hypertensive (congestive) gastropathy	Fungal
Gastric antral vascular ectasia	**Autoimmune gastritis**
Ischemic gastropathy	**Granulomatous disease**
Cocaine	Crohn disease
Hypovolemia	Sarcoidosis
Sepsis	**Uncertain etiology**
Burns	Lymphocytic gastritis
Trauma, mucosal prolapse	Collagenous gastritis
	Eosinophilic gastritis

NSAIDs: nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

UpToDate®

En conclusión…

Helicobacter pylori: endoscopia vs pruebas de aliento con urea o antígenos en heces.

Perfil férrico, vitamina B12.

Angio-TC

Caso Clínico 25 de Mayo 2022

Marina Pintor Rey
Cristina Prada González
Medicina Interna CAULE

Junta de Castilla y León

Complejo Asistencial Universitario de León

Sacyl

Resumen caso clínico

- **ENFERMEDAD ACTUAL:**
  - Varón de 87 años que reingresa en un mes por ***dolor abdominal*** difuso e intermitente que se acentúa con el esfuerzo, de tres meses de evolución, acompañado de plenitud gástrica tras la ingesta.
  - No cede con analgesia habitual ni con deposición.
  - No fiebre ni pérdida de peso.
  - Hábito intestinal estreñido.
  - Actitud muy demandante y ansiosa.

Resumen caso clínico

- **ANTECEDENTES PERSONALES:**
  - Alérgico al ácido clavulánico.
  - Independiente. Vive con su mujer en medio urbano.
  - FRCV: Hipertensión arterial y dislipemia.
  - Fibrilación auricular crónica.
  - Cardiopatía isquémica tipo IAM en 2015. Estenosis aórtica moderada.
  - AIT de perfil cardioembólico en territorio de la ACM izquierda en mayo 2018 y AIT de perfil aterotrombótico carotídeo derecho con endarterectomía.
  - Hemorragia digestiva alta por úlcus gástrico Forrest III en 2018.
    - Gastroscopia de control en febrero 2021 con resultado de gastritis erosiva antral leve y crónica atrófica.
    - Colonoscopia con diverticulosis de colon y hemorroides internas.
  - Hiperplasia benigna de próstata.
  - IQ: carcinomas basocelulares cutáneos nasales. Melanoma con cirugía de Mohs.

Resumen caso clínico

- Tratamiento habitual:
  - Mirtazapina 15 mg 0-0-1,
  - Orfidal 1 mg 0-0-1,
  - Pausedal 25 mg 1-0-1,
  - Balzak Plus 40/5/12,5 1-0-0,

- Bioplak 125 mg 1-0-0,
- Apixaban 5 mg 1-0-1,
- Serenoa repens 160 mg 1-0-1,
- Alapanzol 40 mg 1-0-0,
- Atorvastatina 40 mg 0-0-1.

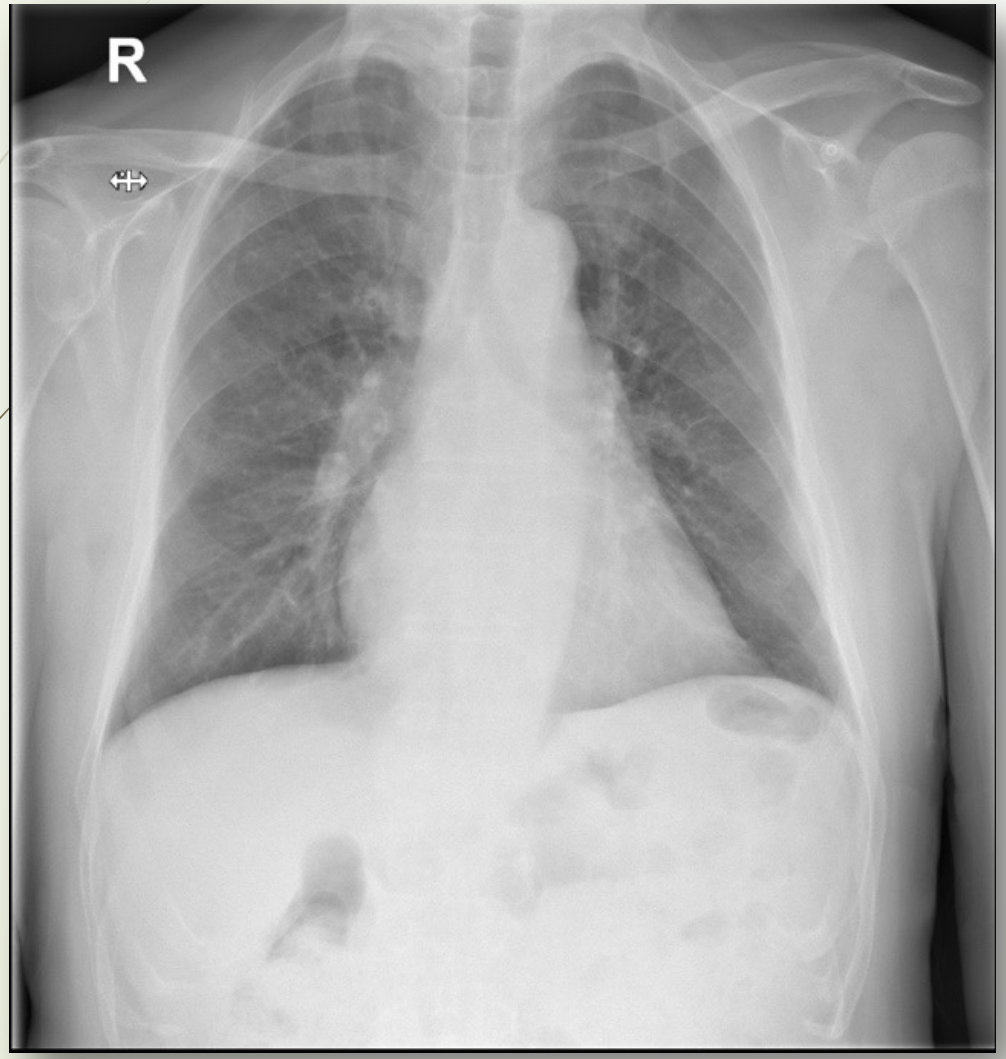
Resumen caso clínico

- **EXPLORACIÓN FÍSICA:**
  - Afebril, TA 115/70 mmHg, buen estado general.
  - Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo sin oxígeno. Normohidratado y normocoloreado de piel y mucosas. No IY.
  - ACP: arrítmico a 60 lpm con soplo sistólico en foco aórtico irradiado a carótidas. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
  - Abdomen distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación generalizada. Blumberg, Murphy y PPRB negativos. RHA aumentados.
  - EEII sin edemas ni signos de TVP. Insuficiencia venosa crónica. Pulsos pedios presentes y simétricos.
  - Exploración neurológica sin focalidad. No signos meníngeos.

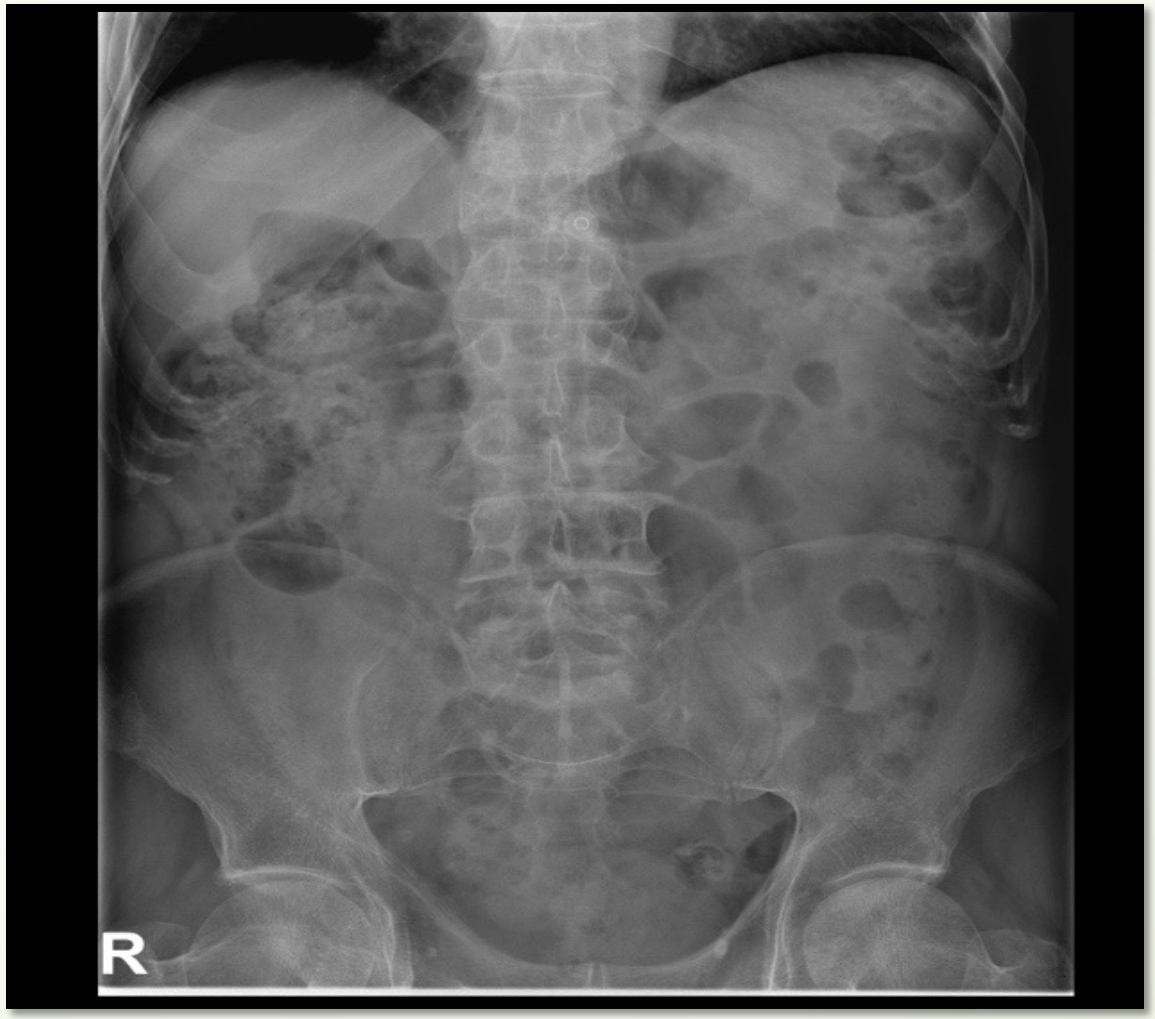
Resumen caso clínico

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**
  - Analítica: Hb 14.3, leucocitos 5.400, plaquetas 191.000, INR 1,61, TP 48%, glucosa 103, urea 33, creatinina 0,93, FG 74, Na 134, K 4, colesterol total 137, amilasa 31, GOT 39, GPT 21, GGT 26, BiT 0,77, proBNP 1551, PCR 26,9. *CEA, beta2microglobulina y Ca 19.9 normales.*
  - PCR para SARS COV-2 negativa.
  - ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular media de 55 lpm, eje normal sin alteraciones de la repolarización.

Resumen caso clínico



Resumen caso clínico



Resumen caso clínico

- **TAC TORACOABDOMINAL CON CONTRASTE 11/2020**
- Tórax:
- Lesiones cicatriciales pleuroparenquimatosos en ambos vértices pulmonares.
- Engrosamiento uniforme de la pared bronquial, predominantemente en lóbulos inferiores, língula y lóbulo medio con broncopatía crónica con
- alguna atelectasia laminar del parénquima.
- Pequeñas adenopatías hiliares mediastínicas de tamaño no patológico.
- Se observa una adenopatía de 1,2 cm en la región supraclavicular izquierda y otra adenopatía morfología ovalada y también de 1,2 cm en su
- eje corto en la axila izquierda ambas de naturaleza indeterminada pero de tamaño patológico.
- Cardiomegalia un crecimiento predominante de ambas aurículas. Dilatación de la aorta ascendente aunque no superan los 4 cm de diámetro
- por lo que no puedo considerarla aneurismática.
- Calcificación de válvula aórtica

- Abdomen:
- En el parénquima hepático se observa únicamente una imagen hipodensa milimétrica compatible con quiste en segmento V pero no se ven otras lesiones ocupantes de espacio.
- Ligera esplenomegalia de atenuación homogénea. Bazo accesorio.
- Páncreas, suprarrenales y riñones sin alteraciones destacables.
- Se observa alguna pequeña adenopatía retroperitoneal pero sobretodo hay adenopatías mesentéricas de aspecto patológico aunque de naturaleza indeterminada ya que la adenopatía de mayor tamaño mide 2 cm y está situada en mesogastrio a la derecha de la línea media.
- No observo adenopatías de tamaño patológico en las cadenas ilíacas ni en ambas ingles.
- Vejiga de pared fina que presenta una deformidad "en pico" en su pared anterosuperior y que se continúa con una imagen tubular por el espacio preperitoneal en relación con persistencia del uraco .
- Gran quiste de más de 6 cm en la bolsa escrotal derecha aquílea con un quiste de epidídimo tiene un hidrocele tabicado ya que la bolsa escrotal no está incluida en su totalidad.
- Divertículos en colon sigmoides.

- **CONCLUSIÓN:**
  - Adenopatías axilares y supraclaviculares izquierdas, retroperitoneales y sobre todo mesentéricas de naturaleza indeterminada aunque se asocian a una ligera esplenomegalia pero no se evidencian lesiones viscerales por lo que la primera posibilidad sería un *síndrome linfoproliferativo*.

Evolución

- **TC tóraco abdominal con contraste oral e iv. Se compara con TC previo del 12/11/20.**
- Persisten, sin cambios relevantes, adenopatía supraclavicular izqda de 13 x 19 mm (ejes corto y largo, respectivamente), pequeñas adenopatías axilares izquierdas (la mayor de 10 x 23 mm), mediastínicas paratraqueales derechas superiores e inferiores (la mayor precarinal de 13 x 23 mm, con calcificaciones puntiformes), infracarinal e hiliares e interlobares bilaterales así como una paraaórtica inferior derecha.
- No se identifican derrames torácicos.
- Cardiomegalia un crecimiento predominante de ambas aurículas. Dilatación de la aorta ascendente (4 cm de diámetro).
- Calcificación de válvula aórtica
- Lesiones cicatriciales en ambos vértices pulmonares, y segmento posterior del LSD. Pequeña bronquiectasia en segmento posterior del LID.
- Micronódulo subpleural posterior en LSI, adyacente a la cisura, sugestivo de granuloma. No identifico nódulos u otras alteraciones relevantes en el parénquima pulmonar de nueva aparición.
- Parénquima hepático homogéneo, con quiste milimétrico en segmento V, sin otras LOES. Radicales biliares intrahepáticos discretamente prominentes sin dilatación del colédoco.
- Bazo prominente, homogéneo. Bazo accesorio de 19 mm, sin cambios.
- Moderado reemplazamiento graso de la cabeza del páncreas. Suprarrenales y RD, sin hallazgos relevantes. Pequeño quiste cortical en RI.
- Numerosas adenopatías retroperitoneales y en raíz de mesenterio (en este última la mayor de 19 x 21 mm), sin cambios. Se observa aumento de tamaño de una adenopatía en la región posterior lateral derecha del mesogastrio de 22 x 40 mm (21 x aprox. 30 mm en el estudio anterior).
- No se identifican adenopatías de tamaño significativo en cadenas ilíacas ni inguinales.
- Gran quiste de epidídimo dcho y posible pequeño hidrocele izquierdo.
- Calcificaciones prostáticas. Vejiga a media repleción, sin engrosamientos de sus paredes. Pequeño resto uracal sin signos de complicación.
- Divertículos en colon sigmoides.

- **CONCLUSION**
- Sin cambios relevantes salvo aumento en su eje largo de la adenopatía en región lateral dcha del mesogastrio

Resumen caso clínico

- Reingreso para completar estudio ambulatorio de múltiples adenopatías rechazando biopsia y/o punción, con diagnóstico de presunción de síndrome linfoproliferativo.

- Ante empeoramiento de su estado general y claudicación familiar por la gran ansiedad asociada, se decide continuar estudio.

Evolución

- **IC PSIQUIATRÍA**:
  - Sin antecedentes psiquiátricos, a tratamiento con Mirtazapina 30 mg y Lorazepam 1 mg.
  - Refiere dolor abdominal por estreñimiento y escaso ventoseo.
  - Muy ansioso y demandante a pesar de negatividad de las pruebas para lesión orgánica.
  - No problemas de estreñimiento hasta hace un mes aunque le afectó mucho la pandemia.
  - A la exploración: consciente, orientado, abordable, colaborador. No impresiona trastornos afectivos mayores o trastornos en esfera psicótica. No alteraciones en sensopercepción. Rumiaciones acerca de problemas gastrointestinales sin poder asegurar de forma contundente un problema funcional.

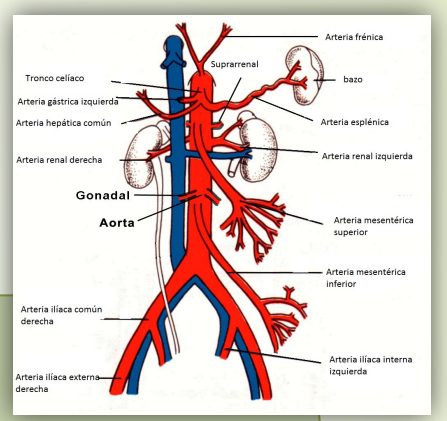
Evolución

- No auto ni heterogresividad en estos momentos. No situación de muerte ni autolítica. FIS conservadas.
- JC: No es posible confirmar/descartar componente funcional en el momento actual.
- PLAN: teniendo en cuenta el componente rumiativo acerca de la sintomatología gastrointestinal, se decide iniciar tratamiento con Sertralina 50 mg al día para mejorar estreñimiento por sus efectos 2º. Retiramos benzodiacepinas y mantenemos Mirtazapina.
- 3 días más tarde: continúa con la misma sintomatología, personalidad muy rígida y obsesiva. Aumentan dosis de Sertralina a 100 mg al día.

Evolución

- **Se realizo angio-TC abdominal tras administrar contraste intravenoso y posteriormente TAC abdominal en fase venosa.**
  - La arteria mesentérica superior presenta una estenosis focal muy importante en el extremo proximal, del 78% según el área y del 53% según el diámetro, recuperando posteriormente un calibre normal. Se observa escaso lecho vascular distal.
  - Arteria mesentérica inferior permeable.
  - Tronco celíaco permeable de calibre normal. Sus ramas son permeables.
  - La aorta abdominal es permeable y de calibre normal, así como las arterias ilíacas.
  - Eje esplenoportal permeable.
  - Hernia de hiato.
  - Hígado tamaño y densidad normales, con dos quistes milimétricos.
  - Vía biliar no dilatada.
  - Hipocaptación de contraste del riñón derecho con respecto al contralateral, sin observar estenosis de la arteria renal. Quiste cortical en el riñón izquierdo. Vía excretora no dilatada.
  - Bazo prominente de densidad homogénea. Bazo accesorio de 16 mm.
  - Páncreas y suprarrenales sin alteraciones.
  - Se observan múltiples adenopatías mesentéricas, la mayor de 18 mm en el eje largo, sin cambios significativos con respecto a TAC previo.
  - La adenopatía mesentérica localizada en la fosa ilíaca derecha ha aumentado ligeramente de tamaño, mide 25 x 42 mm.
  - Pequeñas adenopatías retroperitoneales periaórticas en abdomen superior, la mayor de 10 mm en el eje corto, sin cambios significativos.
  - No se observan adenopatías en las cadenas ilíacas ni inguinales.
  - No se visualiza líquido intraperitoneal.
  - Hipertrofia prostática.
  - Vejiga aparentemente normal. Pequeño remanente del uraco.

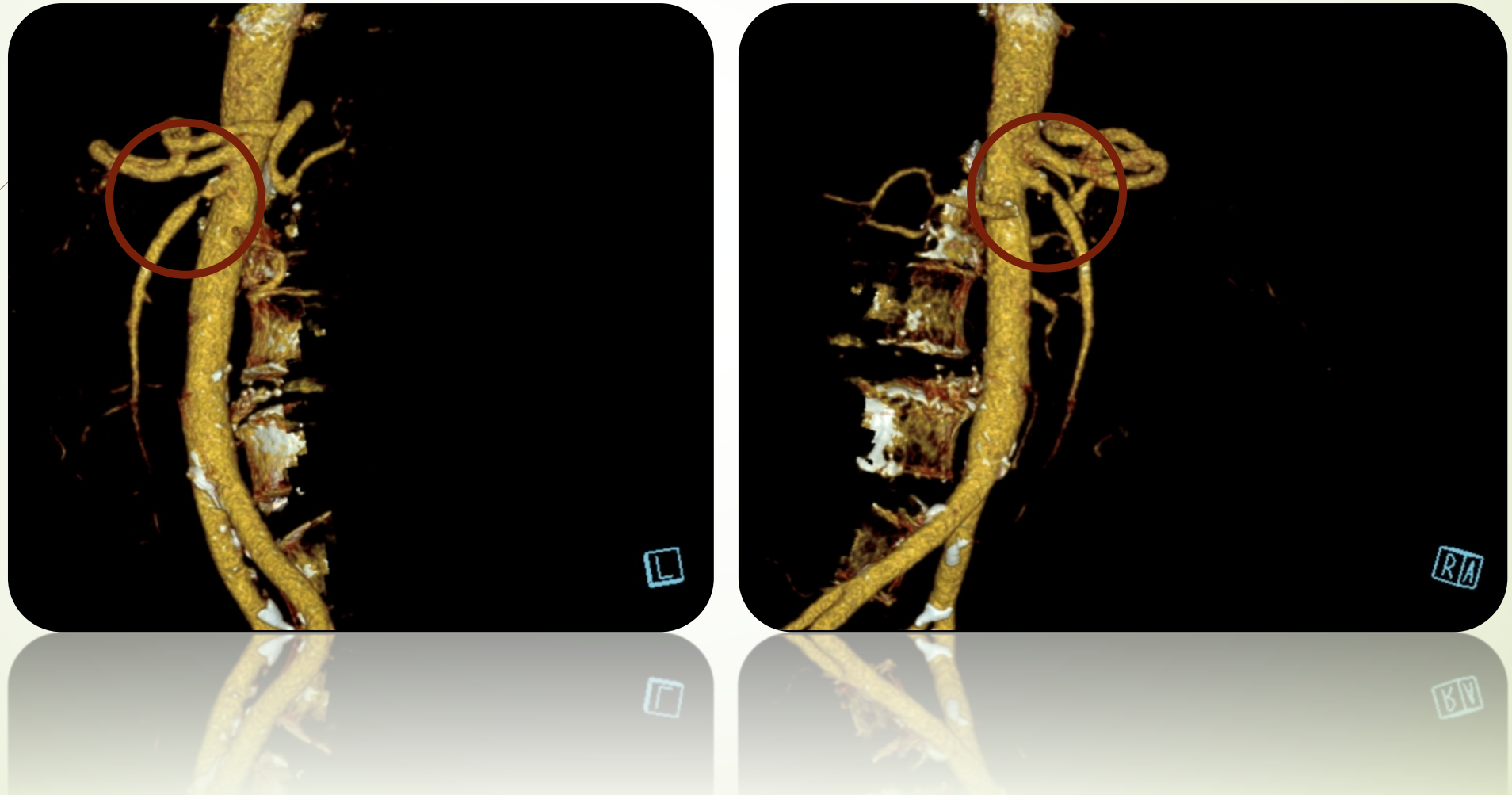
Evolución



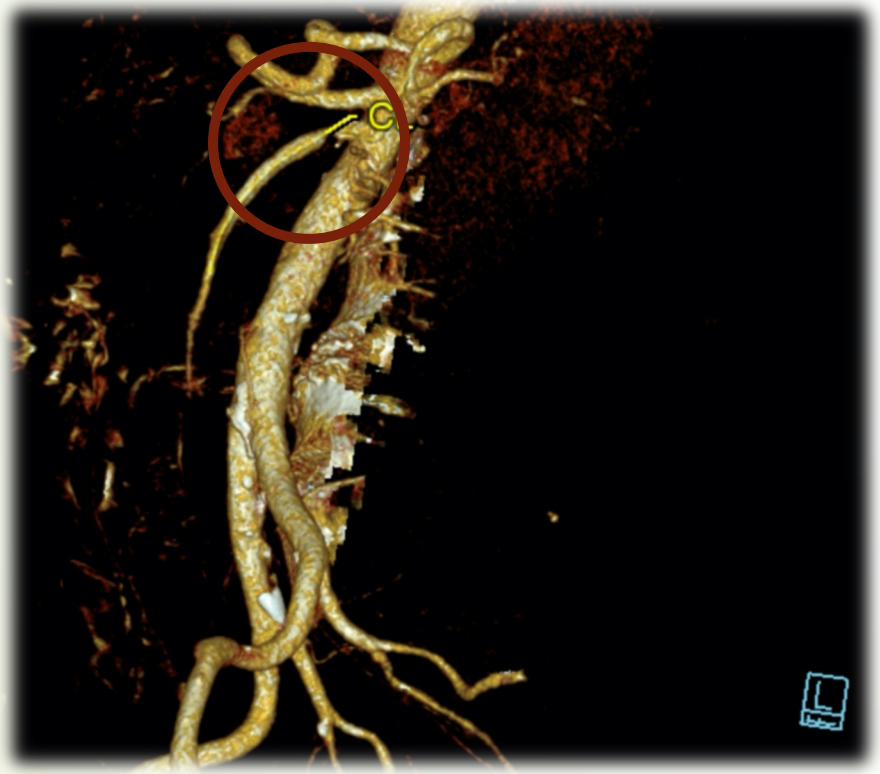
- **CONCLUSION:**
  - **Estenosis focal** en el extremo proximal de la **arteria mesentérica superior** del 78% según el área y del 53% según el diámetro, con escaso lecho vascular distal.
  - Hipocaptación de contraste del riñón derecho, la arteria renal y ramas principales son permeables.
  - Ligero aumento de tamaño de la adenopatía mesentérica de la FID.
  - Resto sin cambios significativos con el TC previo del 01/02/21.

Evolución

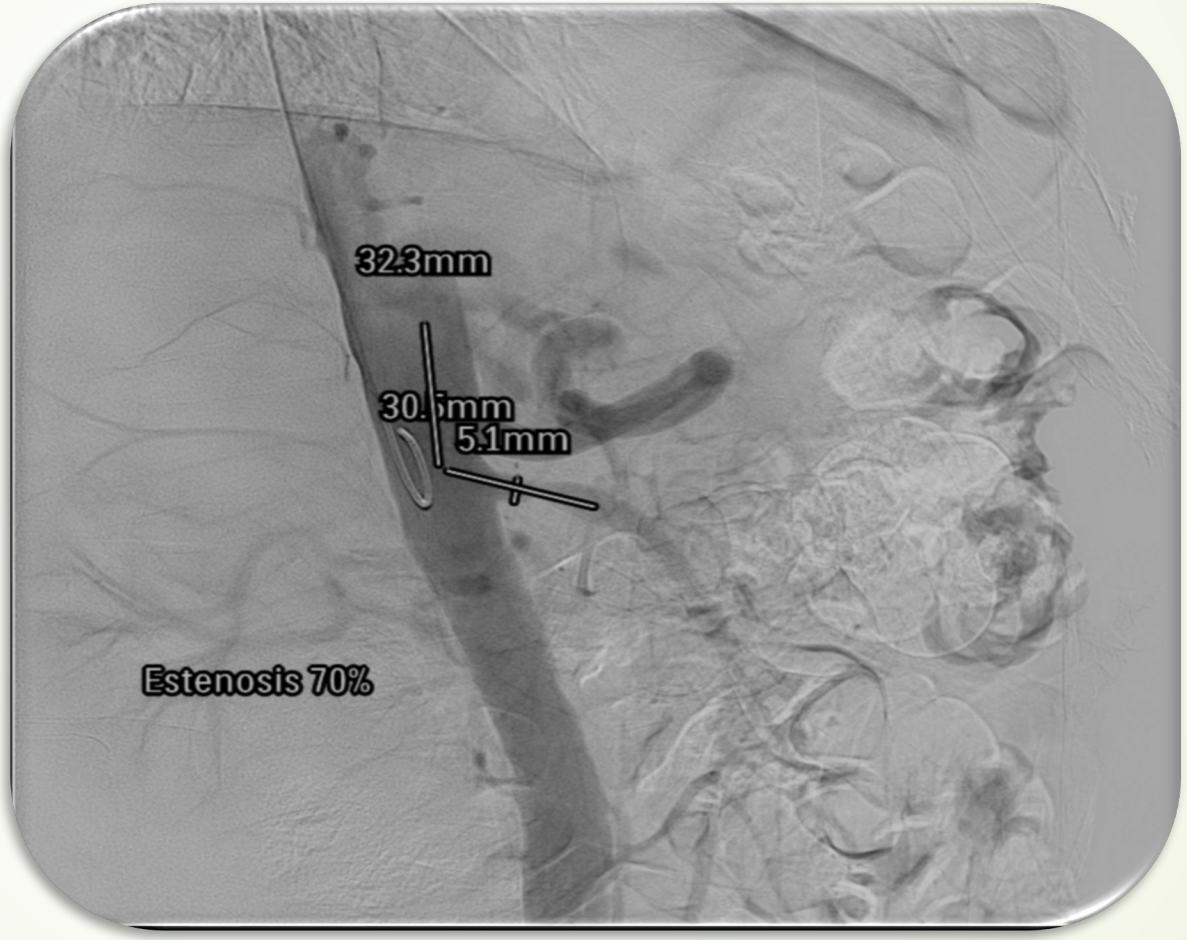
Evolución



Evolución

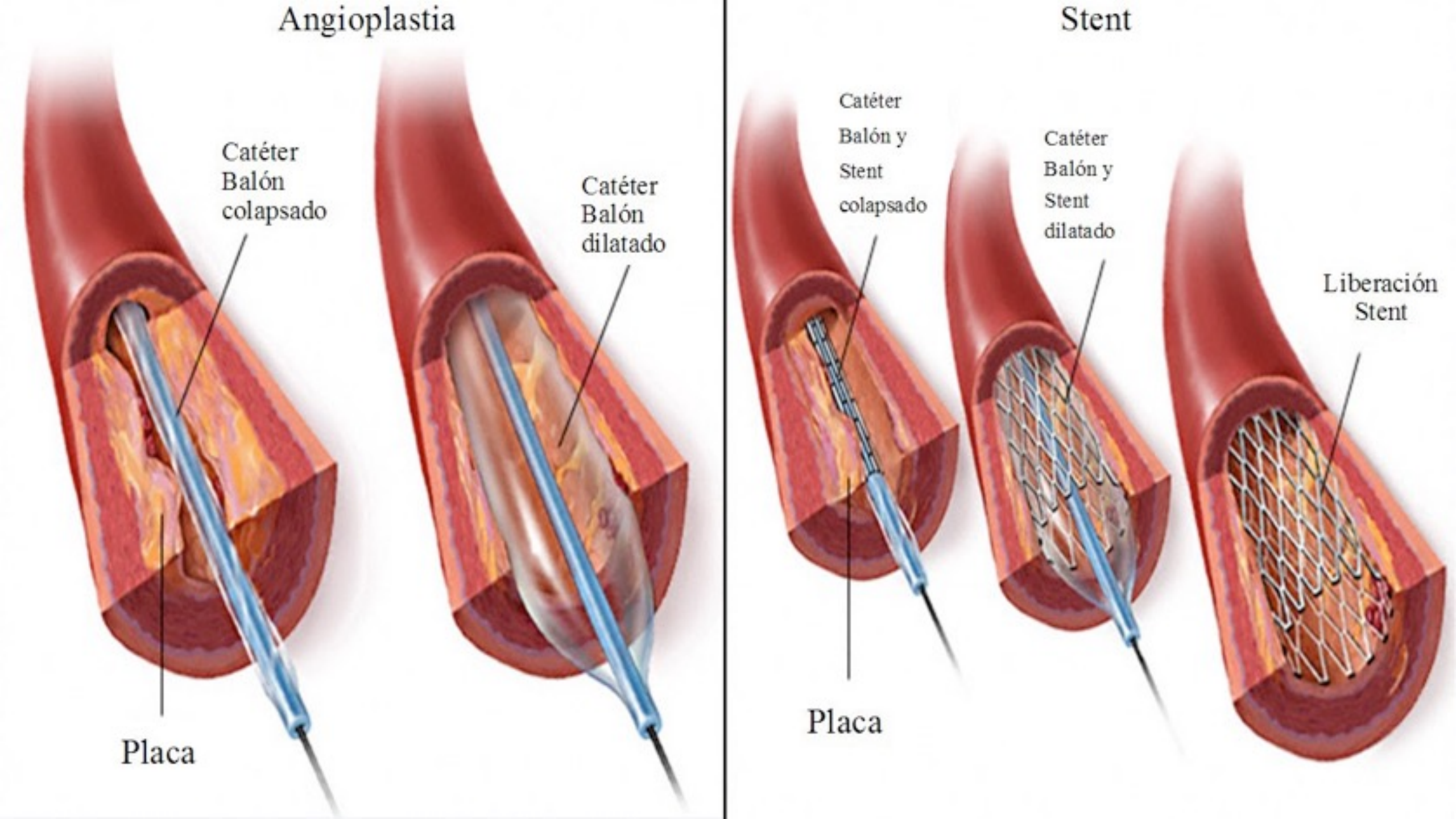


Evolución



TRATAMIENTO

- **PROCEDIMIENTO Y HALLAZGOS:**
  - Antisepsia de región humeral izquierda. Colocación de campos estériles y anestesia local. Cateterización de la arteria humeral izquierda y aorta torácica descendente por técnica de Seldinger.
  - Se realiza aortograma constatando estenosis del 70% de AMS, aunque se observa muy buena colateralidad y buen relleno distal de las ramas de AMS.
  - Por lo que se decide realizar angioplastia simple con balón de 6 mm.
  - Se observa buen resultado en control final.
  - Se retira introductor humeral y se comprime hasta comprobar hemostasia.
  - Durante el procedimiento se administran 4000 UI de heparina.


Angioplastia
Catéter
Balón
colapsado
Catéter
Balón
dilatado
Placa
Stent
Catéter
Balón y
Stent
colapsado
Catéter
Balón y
Stent
dilatado
Liberación
Stent
Placa

TRATAMIENTO

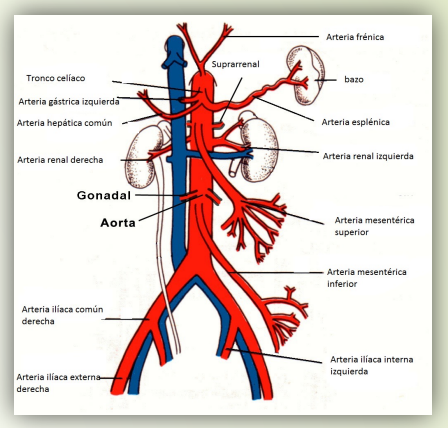
- **INDICACIONES:**
  - Iniciar doble antiagregación 1 mes Clopidogrel 75mg + 100mg AAS. Tras 1 mes pasar a antiagregación simple.
  - Inmovilización de brazo correspondiente durante 4 horas.
  - Tomar constantes y vigilar la zona de la punción una vez cada hora durante las primeras 4 horas, cada 2 horas durante las siguientes 4 horas y posteriormente al menos una vez cada 8 horas.
  - En caso de observar sangrado, comprimir en la zona de la punción manteniendo el latido arterial.
  - Reanudar ingesta a la comida.

Tratamiento

Tratamiento

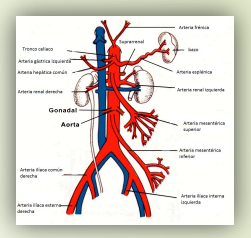
- Psiquiatría reevalúa al paciente 3 días más tarde:
  - Enfermería refiere dolor controlado sin analgesia con buen descanso nocturno que el paciente niega.
  - Lo relacionamos con su personalidad y necesitad de control de la situación.
  - Recomendamos mantener Sertralina 100 mg y Mirtazapina 15 mg.

Tras el alta…



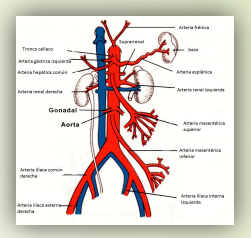
- No sangrados
- No dolor abdominal
- No estreñimiento

Estenosis de arteria mesentérica superior Isquemia intestinal



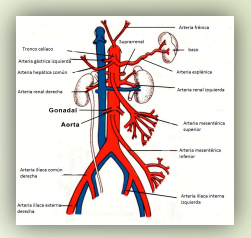
- Poco frecuente
  - gran cantidad de colaterales en vasos viscerales que irrigan el intestino
  - Afectación de 2 o más vasos para flujo insuficiente
- Incidencia anual 1/100,000 habitantes (varón/mujer 1:3)
- Alta morbilidad y mortalidad
- Más frecuente por arterioesclerosis en >60 años
  - Arteritis, disección, displasia fibromuscular, neurofibromatosis…

Estenosis de arteria mesentérica superior Isquemia intestinal



- Dolor abdominal epigástrico o periumbilical 10-30 minutos tras la ingesta de alimentos con duración máxima de 1-3 horas.
- Aumenta en frecuencia e intensidad produciendo hiporexia y pérdida de peso.
- Náuseas, vómitos y diarrea, síndrome de malabsorción, "terror a la comida".

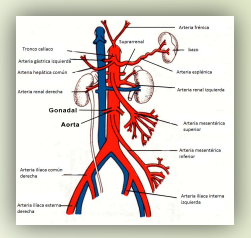
Estenosis de arteria mesentérica superior Isquemia intestinal



- Diagnóstico por demostración angiográfica:
  - cuantifica lesiones de las arterias esplácnicas
  - informa del estado de la circulación colateral y vías de abordaje

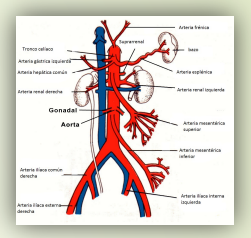
- Ecografía-Doppler color (no invasivo para diagnóstico y seguimiento)

Estenosis de arteria mesentérica superior Isquemia intestinal



- Revascularización quirúrgica de elección en isquemia aguda/crónica (endarterectomía o bypass aortomesentérico/aortocelíaco) o resección
  - Morbilidad 22-26% y mortalidad del 16%.
  - Revascularización de 1 o 2 arterias mesentéricas en pacientes sintomáticos con permeabilidad primaria entre 80-85% durante un seguimiento de 24 a 69 meses.

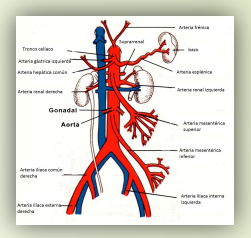
Estenosis de arteria mesentérica superior Isquemia intestinal



- En 1980 se describió la primera angioplastia percutánea para la isquemia mesentérica.
  - Resultados de éxito de la técnica en >90%,
  - Mortalidad periprocedimiento 0-13%,
  - Buenos resultados clínicos inmediatos 85%.
  - Permeabilidad media primaria y secundaria del 63 y 75% respectivamente.
  - Localización pueden dividirse en ostiales 78% y no ostiales 95%.

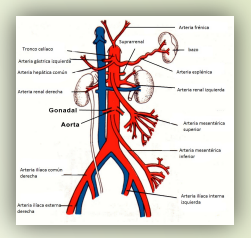
- El implante de stent debe considerarse tras angioplastia
  - mejoran resultados si la angioplastia percutánea ha fallado,
  - nunca primera opción (publicaciones escasas).

Estenosis de arteria mesentérica superior Isquemia intestinal



- Complicaciones del 7%
  - La mayoría relacionadas con el sitio de punción (abordaje axilar con hematomas, daño en plexo braquial…)
  - Abordaje femoral minimiza estas complicaciones,
  - Embolia distal puede causar infarto intestinal como complicación inmediata
  - > riesgo de reestenosis, recurrencia sintomática y reintervención frente a revascularización quirúrgica.

Estenosis de arteria mesentérica superior Isquemia intestinal



- Ventajas
  - Desaparece el dolor, mejora el estado nutricional y previene infarto intestinal.
  - Alta a las 24 horas tras procedimiento con anestesia local.
  - Menor estancia hospitalaria.
  - Alternativa en alto riesgo quirúrgico con buen resultado inmediato y aceptable a medio plazo.
  - Menores complicaciones.

¡ GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN !