



## Isquemia mesentérica aguda como forma de presentación de una angina abdominal

Acute mesenteric ischemia as a presentation of abdominal angina

Royland Bejerano-Durán<sup>1</sup>\* <https://orcid.org/0000-0002-6333-5743>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas 10 de octubre. La Habana, Cuba.

\*Autor para correspondencia. Correo electrónico: [roylandbejerano@gmail.com](mailto:roylandbejerano@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La isquemia mesentérica aguda se define como un trastorno por déficit de oxigenación del intestino debido a una trombosis, embolia o espasmo de los vasos sanguíneos que lo nutren.

**Objetivo:** Mostrar un caso de una isquemia mesentérica aguda como forma clínica de una angina intestinal.

**Caso Clínico:** Se trata de un paciente masculino de 87 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y arritmias; que acude a cuerpo de guardia por presentar dolor abdominal súbito, acompañado de náuseas y vómitos. Se constatan signos de *shock* hipovolémico e isquemia mesentérica aguda al examen físico. Se decidió intervenir quirúrgicamente de emergencias, en la que se encuentra isquemia mesentérica del trayecto de irrigación de la arteria mesentérica superior.

**Conclusiones:** La isquemia mesentérica aguda constituye un verdadero reto diagnóstico para el cirujano general, debido a su cuadro clínico inusual, a su tórpida evolución y a su elevado índice de morbimortalidad.



**Palabras clave:** abdomen agudo; cirugía general; isquemia mesentérica aguda; laparotomía.

## ABSTRACT

**Introduction:** Acute mesenteric ischemia is defined as a disorder due to a deficit of oxygenation of the intestine due to thrombosis, embolism or spasm of the blood vessels that nourish it.

**Objective:** Show a case of acute mesenteric ischemia as a clinical form of intestinal angina.

**Clinical Case:** It was an 87-year-old male patient, with a history of high blood pressure, heart failure, ischemic heart disease and arrhythmias; who went to the emergency room for sudden abdominal pain, accompanied by nausea and vomiting. Signs of hypovolemic shock and acute mesenteric ischemia were found on physical examination. It was decided to perform emergency surgery, where mesenteric ischemia of the irrigation path of the superior mesenteric artery was found.

**Conclusions:** Acute mesenteric ischemia poses a true diagnostic challenge for the general surgeon due to its unusual clinical presentation, turbulent progression, and high morbidity and mortality rates.

**Keywords:** acute abdomen; general surgery; acute mesenteric ischemia; laparotomy.

Recibido: 06/05/2025

Aprobado: 04/08/2025

## INTRODUCCIÓN

La isquemia mesentérica aguda se define como un trastorno por déficit total o parcial de oxigenación del intestino debido a una interrupción del flujo sanguíneo mesentérico por una trombosis, embolia o espasmo de los vasos sanguíneos.<sup>(1)</sup> Se presenta principalmente a partir de la sexta década de vida, con una incidencia mayor del sexo femenino sobre el masculino con una prevalencia de 3:1, representa 1 de cada 1000 pacientes que ingresan a urgencias. Tiene una



morbimortalidad de un 90 % y en algunos casos de un 100 %. Su etiología más frecuente es la embolia arterial (40-50 %), luego la trombosis arterial (20 %) y por último la trombosis venosa (5-15 %).<sup>(2,3,4)</sup>

Representa el 2 % de las causas de abdomen agudo quirúrgico y alcanza una incidencia anual del 0,09 - 0,2 %. Un 50 % de los pacientes se presentan con acidosis metabólica y graves complicaciones como *shock* hipovolémico, hiponatremia e hipopotasemia.<sup>(4)</sup> De un 10 - 20 % son idiopáticos.<sup>(5)</sup>

Debido a su cuadro clínico inespecífico e inusual, la isquemia mesentérica aguda se convierte en un reto diagnóstico para el médico de guardia, además de su evolución rápida, complicaciones y alta mortalidad. Por dicha razón se decide mostrar un caso de una isquemia mesentérica aguda como forma clínica de una angina intestinal.

## CASO CLÍNICO

Se trató de un paciente masculino de 87 años de edad, de tez blanca, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y arritmias, tratado con enalapril (20 mg), aspirina (81 mg), clopidogrel (75 mg) y carvedilol (12,5 mg); que acudió a urgencias por dolor abdominal que comenzó de forma súbita en mesogastrio hacía 2 días, a tipo cólico, intermitente y que posteriormente se volvió mantenido y generalizado a todo el abdomen, no se aliviaba en ninguna posición y de intensidad creciente, acompañado de náuseas y vómitos en número de 6, de contenido tipo líquido de retención. Los familiares refirieron que el paciente padecía de episodios de anginas abdominales, en varias ocasiones.

Al examen físico se observó cianosis distal en las 4 extremidades, *fascie* hipocrática, edema en ambos miembros inferiores, coloración cianótica en abdomen y cara interna de los muslos, se encontraba pálido y diaforético. Frecuencia respiratoria en 30 respiraciones por minuto, saturación de O<sub>2</sub> en 90 %, pulso en 115 pulsaciones por minuto y tensión arterial en 80/50 mmHg. Abdomen distendido, que no seguía los movimientos respiratorios, doloroso a la palpación superficial y profunda, hiperestesia cutánea, ligera contractura abdominal generalizada, hipertimpanismo

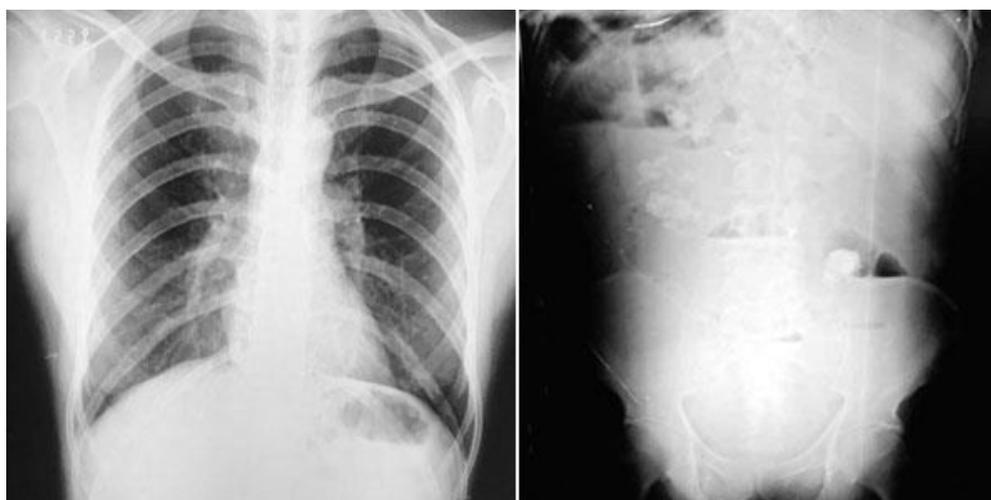


generalizado y reacción peritoneal exagerada. Se realizó punción abdominal en la cual se extrajo líquido de sufrimiento intestinal, de color verde oscuro, azulado y de olor fétido.

Se decidió ingreso inmediatamente, se realizaron complementarios y se recibieron resultados de laboratorio e imagenología.

Hemograma: hemoglobina 13,5 mg/dL; leucograma:  $14 \times 10^9/L$ ; ionograma:  $Na^+$ : 120 mEq/L y  $K^+$ : 2,5 mEq/L; gasometría arterial: pH: 7,27;  $PCO_2$ : 26 mmHg;  $HCO_3$ : 19 mEq/L. Se recibió informe de radiografía de tórax sin alteraciones y de abdomen (Fig. 1) con niveles hidroaéreos y aumento de la radioopacidad del abdomen.

Se anunció como isquemia mesentérica aguda para tratamiento quirúrgico de emergencia con posibilidades de fallecimiento durante la inducción anestésica.

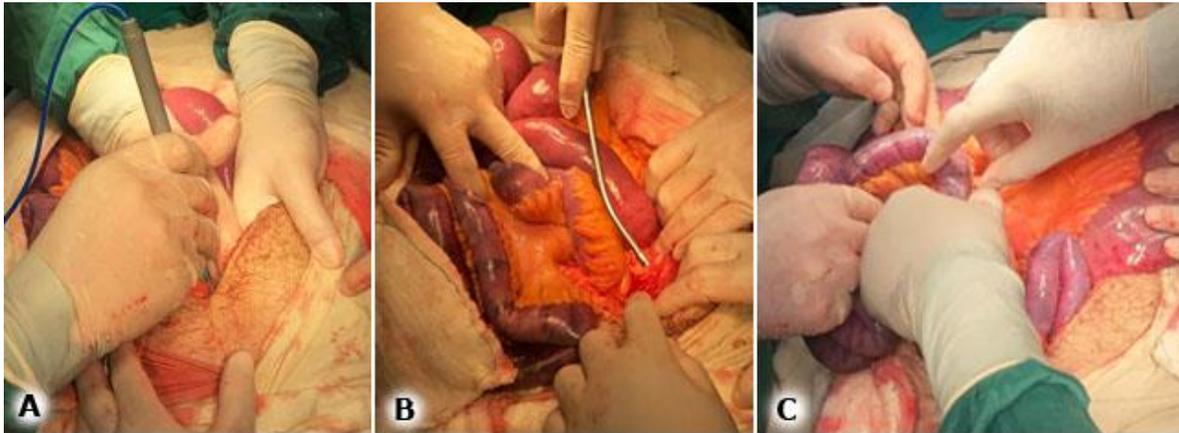


**Fig. 1** - Estudio de rayos X. A: radiografía simple de tórax. B: radiografía simple de abdomen.

Durante la intervención quirúrgica se extrajeron aproximadamente 2000 mL de líquido fétido en la cavidad abdominal (Fig. 2B), se confirmó la isquemia mesentérica del territorio de irrigación de la arteria mesentérica superior (Fig. 2 y 3), desde el ángulo duodeno-yeyunal hasta el tercio anterior del colon transversal y parte del mesenterio. No se encontraron focos ni placas necróticas. Se realizan maniobras de vasodilatación con compresas tibias (Fig. 3), las cuales mejoraron el aspecto



isquémico del intestino. Sin embargo, el paciente fallece de un paro cardiorrespiratorio durante el acto quirúrgico.



**Fig. 2 -** Intervención quirúrgica. A: laparotomía; B: succión del líquido libre en cavidad abdominal; C: exploración del intestino isquémico.



**Fig. 3-** Intervención quirúrgica. Visualización de asas intestinales isquémicas y colocación de compresas tibias.



## COMENTARIOS

Al encontrar signos de reacción peritoneal se debe intervenir quirúrgicamente para diagnóstico y tratamiento, sin embargo, en muchas ocasiones el diagnóstico se realiza en anatomía patológica tras una necropsia. Si es necesaria la resección intestinal debe valorarse la friabilidad del intestino y los daños producidos, siguiendo las pautas de la cirugía de control de daños mediante resección y creación de ostomías de ambos cabos hasta realizar una relaparotomía programada a las 48 horas e incluso una tercera intervención.<sup>(5,6,7)</sup>

*Fernández P* y otros,<sup>(8)</sup> en su estudio de caso obtuvo como resultados que en la totalidad de los casos existe dolor abdominal, sin embargo solo tienen reacción peritoneal aquellos pacientes que se encuentran en fase necrotizante, no así para los que están en fase isquémica, lo cual difiere del caso presentado, ya que si presentó reacción peritoneal, hiperestesia cutánea e incluso contractura abdominal generalizada en fase isquémica.

*Rodríguez O* y otros,<sup>(9)</sup> comenta en su investigación que existen 3 variantes de isquemia mesentérica al explorar la cavidad abdominal, la total (para la totalidad del intestino), la focal o segmentaria (solo un segmento de intestino) y la angina mesentérica (cuando solo existe isquemia en el intestino); a lo cual se puede concluir que el caso presentado de isquemia mesentérica fue producida a partir de una angina mesentérica.

La isquemia mesentérica aguda constituye un verdadero reto diagnóstico para el cirujano general, debido a su cuadro clínico poco inusual, a su tórpida evolución y a su elevado índice de morbimortalidad.

### Ética y consentimiento

Los familiares del paciente propiciaron su consentimiento y autorización para que las imágenes presentes en este artículo fueran publicadas. Se respetó en todo momento la confidencialidad e integridad de los datos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON, Cirugía. Tomo II. Afecciones quirúrgicas recuentes [Internet]. 1ra Ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. [acceso: 11/04/2025]. Disponible en: [www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/](http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/)
2. García-Sarmiento I, Rosales-Alcántara Y, Suárez-Fariñas FR. Isquemia mesentérica aguda: un desafío de la medicina. Reporte de un caso [Internet]. Rev Med Electrón. 2024 [acceso: 11/04/2025]; 46:e5362. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242024000100019&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100019&lng=es)
3. Navas-Campo R, Moreno-Caballero L, Casajús AE, Munoz DI. Isquemia mesentérica aguda: Revisión de las principales técnicas y signos radiológicos. Radiología. 2020; 62(5):336-48. DOI: [10.1016/j.rx.2020.02.001](https://doi.org/10.1016/j.rx.2020.02.001)
4. Bolaños-Alvarado I, Castillo-Gutiérrez A, Kourbanov-Steller S. Revisión General de Isquemia Mesentérica Aguda, Clasificación, Diagnóstico y Manejo [Internet]. CS. 2020; 4(3):75-84. DOI: [10.34192/cienciaysalud.v4i3.134](https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i3.134).
5. Vanrell AJ, Peralta J, Sáez A. Isquemia mesentérica aguda: a propósito de un caso [Internet]. Rev Asoc Méd Argent. 2020 [acceso: 11/04/2025]; 133(1):21-4. Disponible en: [https://www.amamed.org.ar/uploads\\_archivos/1914/21%20a%2024\)%20Vanrell%20-%20INTE RNET%20baja.pdf](https://www.amamed.org.ar/uploads_archivos/1914/21%20a%2024)%20Vanrell%20-%20INTE RNET%20baja.pdf)
6. Pedersoli , Schönau K, Schulze-Hagen M. Revascularización endovascular con implantación de stent en pacientes con isquemia mesentérica aguda por trombosis arterial aguda: resultado clínico y factores predictivos [Internet]. Cardiovasc Intervent Radiol. 2021 [acceso: 11/04/2025]; 44(7):1030-8. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00270-021-02824-2>
7. Fernández Sanz PL, Sanz Pupo NJ, Rodríguez Pascual Y. Factores diferenciales entre las etapas evolutivas de la isquemia mesentérica aguda [Internet]. Arch Méd Camag. 2021 [acceso: 11/04/2025]; 25(1):e7819. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552021000100006&lng=es.%20%20Epub%2001-Feb-2021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000100006&lng=es.%20%20Epub%2001-Feb-2021)



8. Fernández-Sanz PL, Sanz-Pupo NJ, Rodríguez-Pascual Y, González-Pérez B. Factores diferenciales entre las etapas evolutivas de la isquemia mesentérica aguda [Internet]. AMC. 2021 [acceso: 11/04/2025]; 25(1):e7819. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552021000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000100006&lng=es)

9. Rodríguez-Moreira OA, Delgado-Santana C. Mobility and Mortality for Acute Mesenteric Ischemia in “Arnaldo Milián Castro” University Hospital [Internet]. Rev Cubana Cir. 2022 [acceso: 11/04/2025]; 61(3):e1386. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932022000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932022000300007&lng=es)

### **Conflictos de interés**

El autor declara que no existen conflictos de interés.

### **Información financiera**

Los autores declaran no haber recibido financiamiento en esta investigación.

### **Disponibilidad de datos**

Los datos utilizados para la presentación de caso, corresponden al Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Salvador Allende".