

TÍTULO:

ISQUEMÍA MESENTÉRICA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Autores:

Julen Ocharan-Corcuera

María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

Centro:

1.- Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Bizkaia. España.

2.- IMSS. Ciudad de México. México.

Correo electrónico: julenocharan@yahoo.es



Resumen:

Se presentan generalmente con dolor abdominal, vómitos e hipotensión. La leucocitosis y neutrofilia son inconstantes, al igual que la aparición de sangre en heces. La amilasa es normal y generalmente aparecen niveles hidroaéreos en la radiología. La cirugía debe ser precoz y sólo en casos muy dudosos se indicará una arteriografía. Una elevación progresiva del lactato sanguíneo puede ser de ayuda diagnóstica en formas oligosintomáticas o cuadros clínicos confusos. Las formas no oclusivas se precipitan por maniobras que comprometen el flujo mesentérico como la pérdida de volumen por ultrafiltración (con o sin hipotensión), la caída aguda del gasto cardíaco (por ejemplo, por un episodio de fibrilación auricular) o el uso de fármacos vasopresores como los ergotamínicos o la noradrenalina. El diagnóstico de la variedad no oclusiva es sumamente difícil y sólo se puede confirmar por arteriografía, que mostrará un patrón de “árbol de invierno”, en el que no se visualizan las arterias tributarias de segundo, tercero o cuarto orden, y con una captación retrasada del contraste por la pared intestinal debido a la estasis arteriola.

Palabras clave:

Isquemia mesentérica. Clínica. Niveles hidroaéreos en la radiología. Cirugía. Arteriografía. Lactato sanguíneo. Diagnóstico.



ISQUEMÍA MESENTÉRICA.

Relativamente frecuentes en los renales crónicos, además de la forma oclusiva (clásica), se han descrito formas no oclusivas que se desencadenan por una hipotensión arterial sistémica severa o descompensación hemodinámica en el contexto de una arterioesclerosis generalizada con estenosis severa de las arterias mesentéricas. Se presentan generalmente con dolor abdominal, vómitos e hipotensión. La leucocitosis y neutrofilia son inconstantes, al igual que la aparición de sangre en heces. La amilasa es normal y generalmente aparecen niveles hidroaéreos en la radiología. La cirugía debe ser precoz y sólo en casos muy dudosos se indicará una arteriografía. Una elevación progresiva del lactato sanguíneo puede ser de ayuda diagnóstica en formas oligosintomáticas o cuadros clínicos confusos. Las formas no oclusivas se precipitan por maniobras que comprometen el flujo mesentérico como la pérdida de volumen por ultrafiltración (con o sin hipotensión), la caída aguda del gasto cardíaco (por ejemplo, por un episodio de fibrilación auricular) o el uso de fármacos vasopresores como los ergotamínicos o la noradrenalina. El diagnóstico de la variedad no oclusiva es sumamente difícil y sólo se puede confirmar por arteriografía, que mostrará un patrón de “árbol de invierno”, en el que no se visualizan las arterias tributarias de segundo, tercero o cuarto orden, y con una captación retrasada del contraste por la pared intestinal debido a la estasis arteriola. Se han comunicado éxitos terapéuticos con tratamiento conservador en casos en que el diagnóstico angiográfico se ha realizado antes de las 6 horas desde el inicio de los síntomas mediante la infusión selectiva de vasodilatadores a través del propio catéter de angiorradiología (verapamilo, 60 mg/24 horas, o alprostadil, 60 Ug/24 horas). Es mandatorio en estos casos una segunda exploración a las 6-12 horas para comprobar los resultados.



Si el tiempo desde el inicio de los síntomas isquémicos es mayor de 12 horas, aunque la infusión de vasodilatadores puede ser de ayuda, siempre se procederá a una laparotomía exploradora urgente. En cualquier caso, la aparición de signos de peritonitis exige una laparatomía urgente.

Bibliografía:

- 1.- Haag-Weber M, Hörl WH. Uremia and infection: mechanisms of impaired cellular host defense. *Nephron*. 1993; 63: 125-31.
- 2.- Gupta KL, Radotta BD, Sakhuja V, Banerjee AK, Chugh KS. Mucormycosis in patients with renal failure. *Renal Failure*. 1990; 11: 195-9.
- 3.- Marigliano N, Covarsi A, Novillo R, Gómez-Martino JR. Piomiositis en hemodiálisis. Una complicación poco frecuente. *Nefrología*. 1995; 15: 88-9.
- 4.- Kessler M, Hoen B, Mayeux D, Hestin D, Fontenaille CH. Bacteremia in patients on chronic hemodialysis. *Nephron*. 1993; 64: 95-100.
- 5.- Mylotte JM, Aeschliman JR, Rotella DL. Staphylococcus aureus bacteremia. Factors predicting hospital mortality. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 165-8.
- 6.- Flaherty JP, Garcia-Houchins S, Chudy R, Arnow PM. An outbreak of gram-negative bacteremia traced to contaminated o-rings in reprocessed dialyzers. *Ann Intern Med*. 1993; 119: 1072-8.
- 7.- Levin A, Mason AJ, Jindal KK, Fong IW, Goldstein MB. Prevention of hemodialysis subclavian vein catheter infections by topical povidone-iodine. *Kidney Int*. 1991; 40: 934-8.
- 8.- Mermel LA. Prevención de infecciones asociadas a catéteres intravasculares. *Infectious Diseases in Clinical Practice*. Ed Esp. 2: 53-60.
- 9.- Mansfield PF, Hohn DC, Fornage BD, Gregurich MA, Ota DM. Complications and failures of subclavian-vein catheterization. *N Engl J Med*. 1994; 331: 1735-8.



- 10.- Hung KY, Tsai TJ, Yen CJ, Yen TS. Infection associated with double lumen catheterization for temporary haemodialysis: experience of 168 cases. *Nephron Dial Transplant*. 1995; 10: 247-51.
- 11.- Capdevilla JA, Segarra A, Planes AM, et al. Sucesful treatment of haemodialysis catheter-related sepsis without catheter removal. *Nephron Dial Transplant*. 1993; 8: 231-4.
- 12.- Ramos B, Arqué JM, Calvar C, Fernandez-Gallego J, Valera A, Lopez de Novales E. Catéter de doble luz con túnel subcutáneo para hemodiálisis crónicas. *Nefrología*. 1992; 12: 143-8.
- 13.- Fridkin SK, Pear SM, Williamson TH, Galgiani JN, Jarvis WR. The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infctions. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 150-8.
- 14.- Chaudhry A, Stone WJ, Breyer JA. Occurrence of pyuria and bacteriuria in asymptomatic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 1983; 21: 180-3.
- 15.- Mathews M, Shen FH, Lindner A, Sherrard DJ. Septic arthritis in hemodialyzed patients, *Nephron*. 1980; 25: 87-91.

