Salvando lo Insalvable: Isquemia Mesentérica Masiva en una Paciente Joven con Vasculitis Oculta

Sebastián Salgado Valdenegro[1], José Saver Silva[1], Ángel Sáenz Villarroel[1], Andrés Giglio Jiménez[1], Andrés Ferre Contreras[1]

1. Universidad Finis Terrae - Clínica Las Condes

INTRODUCCIÓN:

La isquemia mesentérica es una patología infrecuente pero potencialmente letal, con formas oclusivas y no oclusivas. Su manejo depende crucialmente de la etiología, lo cual puede retrasar el tratamiento específico debido a la diversidad de causas asociadas y la dificultad en su reconocimiento. Presentamos el caso de una paciente con isquemia mesentérica extensa manejada en cuidados intensivos con sospecha de vasculitis como etiología subyacente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 41 años, tabáquica, con antecedentes de MINOCA y púrpura trombocitopénico idiopático, consulta por dolor abdominal epigástrico y emesis. Ingresa con compromiso de conciencia y bradicardia. La angioTAC abdominal reveló marcada disminución de calibre de la arteria mesentérica superior con dilataciones aneurismáticas de aspecto arrosariado, asociado a signos de isquemia intestinal y hepática. En la unidad de intensivo, evolucionó con dolor abdominal intenso, fiebre y taquipnea. Ante la sospecha de vasculitis, principalmente poliarteritis nodosa, se inició tratamiento con metilprednisolona e inmunoglobulina, junto con antibioticoterapia. Se añadió nitroglicerina en infusión continua por el compromiso vascular mesentérico. A las 72 horas, las imágenes de control mostraron disminución del compromiso de la arteria mesentérica superior y normalización de la perfusión hepática. La paciente completó el tratamiento inmunosupresor inicial y fue trasladada a una unidad de menor complejidad para continuar estudio y manejo.

DISCUSIÓN:

Este caso ilustra el desafío diagnóstico y terapéutico de la isquemia mesentérica no oclusiva, particularmente cuando se sospecha una etiología autoinmune. El patrón arrosariado vascular, característico de ciertas vasculitis, orientó hacia un manejo inmunosupresor precoz, lo cual pudo haber contribuido al desenlace favorable. La isquemia mesentérica no oclusiva, subdiagnosticada en cuidados intensivos, presenta una mortalidad superior al 50%. El uso de vasodilatadores como la nitroglicerina muestra resultados prometedores en la literatura reciente, aunque su aplicación sistémica aún no está estandarizada.

CONCLUSIONES:

El reconocimiento temprano de patrones vasculares sugestivos de vasculitis en pacientes con isquemia mesentérica puede guiar hacia un tratamiento inmunosupresor oportuno. Este caso resalta la importancia de considerar etiologías autoinmunes en el diagnóstico diferencial de la isquemia mesentérica y la necesidad de un abordaje multidisciplinario en su manejo. La combinación de terapia inmunosupresora y vasodilatadora podría mejorar el pronóstico en casos seleccionados de isquemia mesentérica no oclusiva de origen autoinmune.