

Angiología

**Isquemia mesentérica venosa y
arterial concomitantes**

**Simultaneous arterial and venous
mesenteric ischemia**

10.20960/angiologia.00940

10/01/2026

Isquemia mesentérica venosa y arterial concomitantes

Simultaneous arterial and venous mesenteric ischemia

Estefanía Ferre Ruiz, Laura Romacho López, Irene Mirón Fernández,
Alberto Titos García, José Manuel Aranda Narváez

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Recibido: 27/06/2026

Aceptado: 17/07/2026

Correspondencia: Estefanía Ferre Ruiz. Hospital Regional Universitario de Málaga. Av. de Carlos Haya, 84. 29010 Málaga
e-mail: estefaniaferre123@gmail.com

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tener conflicto de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

Introducción: la isquemia mesentérica aguda (IMA) con afectación arterial y venosa simultánea es una patología excepcional, con escasos casos descritos en la literatura y sin un manejo claramente establecido.

Caso clínico: presentamos el caso de un varón de 78 años con múltiples comorbilidades que desarrolló una trombosis concomitante de la arteria y la vena mesentérica superior, diagnosticada mediante angio-TC en ausencia de signos de sufrimiento intestinal. Se realizó fibrinólisis local intraarterial con rTPA, con resolución completa de la trombosis venosa y permeabilización de la arteria mesentérica

superior en el control a las 24 horas. El paciente presentó una evolución favorable sin necesidad de intervención quirúrgica.

Discusión: este caso ilustra el papel del tratamiento endovascular como primera línea terapéutica en pacientes seleccionados con IMA, así como la importancia del abordaje multidisciplinar precoz.

Palabras clave: Isquemia mesentérica aguda. Trombosis mesentérica arterial. Trombosis venosa mesentérica. Tratamiento endovascular.

ABSTRACT

Introduction: acute mesenteric ischemia (AMI) with simultaneous arterial and venous involvement is an exceptionally rare entity, with few cases reported in the literature and no clearly established management protocol.

Case report: we present the case of a 78-year-old man with multiple comorbidities who developed concomitant thrombosis of the superior mesenteric artery and vein, diagnosed by CT angiography in the absence of bowel ischemia signs. Local intra-arterial fibrinolysis with rTPA was performed, achieving complete resolution of venous thrombosis and arterial patency at 24-hour follow-up imaging. The patient had a favourable clinical course without surgical intervention.

Discussion: this case highlights the role of endovascular treatment as a first-line approach in selected patients with AMI, and underscores the importance of early multidisciplinary management.

Keywords: Acute mesenteric ischemia. Arterial mesenteric thrombosis. Mesenteric venous thrombosis. Endovascular treatment.

INTRODUCCIÓN

La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una de las emergencias vasculares más desafiantes, tanto por su dificultad diagnóstica

(síntomas inespecíficos), como por su manejo terapéutico. La fisiopatología de esta enfermedad radica en la interrupción brusca del flujo sanguíneo hacia el intestino, que produce hipoxia celular, disrupción de la barrera mucosa, translocación bacteriana y, por último, isquemia intestinal. Puede clasificarse en oclusiva y no oclusiva (1). En la oclusiva además podemos subclasificarla en: embolia arterial mesentérica (50 %), trombosis arterial (15-25 %) o trombosis venosa (5-15 %) (2).

La incidencia global es baja, representa una causa infrecuente de dolor abdominal, aunque es una causa común de resección intestinal urgente (3).

El manejo de la (IMA) depende de la naturaleza, tiempo de evolución y gravedad. El pilar fundamental es la actuación temprana: resecar el intestino no viable, restaurar el flujo sanguíneo y aportar cuidados de soporte. Actualmente, debido a los avances en radiología intervencionista, la terapia endoluminal se ha posicionado como la primera opción de tratamiento en casos seleccionados.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 78 años. Antecedentes de hipertensión, diabetes, fibrilación auricular paroxística anticoagulada con Sintrom®, ERC por nefroangioesclerosis (situación de prediálisis) y portador de prótesis aórtica por estenosis grave.

Ingresa de forma programada para colocación de catéter peritoneal. A su llegada refiere malestar general con cuadro de fiebre, diarrea y vómitos durante la semana previa. La semana previa había tenido síntomas relacionados con infección respiratoria, por lo que había estado con tratamiento antibiótico.

Se realiza TC abdominal sin contraste, que descarta patología abdominal aguda. Se toma muestra de heces, que resulta positiva para *Clostridium difficile* y se inicia tratamiento con fidaxomicina. Al tercer día, ante el empeoramiento analítico (aumento RFA) y persistencia del dolor abdominal, solicitan angio-TC, que evidencia

trombosis arterial y venosa mesentérica superior, con asas intestinales sin signos de sufrimiento (Fig. 1).

Se decide realizar procedimiento endovascular sobre la arteria mesentérica superior (que de forma secundaria también trataría la trombosis venosa por lavado del fármaco) y, posteriormente, iniciar anticoagulación a dosis terapéuticas para la trombosis venosa.

Se lleva a cabo fibrinólisis local sobre la trombosis arterial: se cateteriza la arteria mesentérica superior, visualizándose stop a unos 3 cm del *ostium* de salida; se administra bolo de rTPA de 20 mg. Se deja catéter para seguir tratamiento con 20 mg disueltos en 250 cm³ de suero salino a pasar 12,5 ml/h × 20 horas. Asimismo, se administra heparina por llave colateral 1000 UI/h.

A las 24 horas, previo inicio de heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas, se realiza angio-TC de control (Fig. 2), que muestra permeabilidad de la arteria mesentérica superior con un área de estenosis corta de 11 mm de extensión craneocaudal. Tras la resolución de la trombosis venosa, se inicia tratamiento con enoxaparina ajustado a peso y función renal. Buena evolución posterior.

DISCUSIÓN

Con este caso clínico queremos recalcar la importancia de un abordaje multidisciplinar en el caso de la isquemia mesentérica, tanto arterial como venosa. En la literatura hay muy pocos casos publicados en los que se dé de forma concomitante una isquemia mesentérica arterial y venosa, por lo que su manejo no está claramente establecido.

El manejo tradicional de la isquemia mesentérica (laparotomía exploradora, trombectomía y resección intestinal si no hay viabilidad) ha ido siendo progresivamente complementada por las técnicas endovasculares. De hecho, una reciente revisión sistemática demuestra que el tratamiento endovascular proporciona importantes ventajas en pacientes seleccionados (4).

La terapia endovascular se ha asociado con menor mortalidad hospitalaria en comparación con la cirugía abierta. Además, parece que preserva mayor cantidad de intestino viable, con una disminución significativa de la tasa de resecciones intestinales (4).

Los beneficios perioperatorios se han demostrado en numerosos estudios (4), con una diferencia estadísticamente significativa en términos de tiempo de procedimiento, pérdidas hemáticas, estancia en UCI y dependencia de la ventilación mecánica. Estas ventajas hacen que sea una muy buena alternativa, sobre todo en pacientes con alto riesgo quirúrgico que no toleren un abordaje quirúrgico agresivo.

Sin embargo, también se han visto limitaciones del abordaje endovascular. La mayor tasa de reintervenciones hace que sea fundamental un seguimiento estrecho tras el procedimiento (5).

Es fundamental realizar una correcta selección de los pacientes. Aquellos con evidencia clínica o radiológica de necrosis se podrían beneficiar de una intervención quirúrgica emergente, mientras que aquellos con un diagnóstico temprano y sin signos de necrosis mural podrían ser candidatos a terapia endovascular. El tratamiento híbrido también está ofreciendo resultados muy buenos en el manejo de la IMA.

A pesar de todos los beneficios señalados, la limitación de los trabajos publicados hasta ahora (estudios retrospectivos, heterogeneidad de la muestra, diferencias en los tratamientos endovasculares, etc.) hace que no se puedan establecer unas conclusiones definitivas. Por lo tanto, se necesitan ensayos clínicos aleatorizados para establecer unas guías clínicas basadas en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bala M, Catena F, Kashuk J, De Simone B, Gomes CA, Weber D, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the world society of emergency surgery. World J Emerg Surg 2022;17(1):54. DOI: 10.1186/s13017-022-00443-x

2. Beaulieu RJ, Arnaoutakis KD, Abularrage CJ, Efron DT, Schneider E, Black JH 3rd. Comparison of open and endovascular treatment of acute mesenteric ischemia. *J Vasc Surg* 2014;59:159-64. DOI: 10.1016/j.jvs.2013.06.084
3. Acosta S, Bjorck M. Acute thrombo-embolic occlusion of the superior mesenteric artery: a prospective study in a well-defined population. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2003;26:179-83. DOI: 10.1053/ejvs.2002.1893
4. Zaman M, Ali W, Dost W, Rasully MQ, Dost R, Niazi J, et al. Endovascular Versus Open Surgical Approaches for Acute Mesenteric Ischemia: A Systematic Review of Outcomes. *Cureus* 2025;17(5):e85013. DOI: 10.7759/cureus.85013
5. Li W, Liu M, Jin L, Feng H, Chen X, Zhang Z. Treatment outcomes in patients with acute thromboembolic occlusion of the superior mesenteric artery. *J Cardiothorac Surg* 2024;19:235. DOI: 10.1186/s13019-024-02745-4. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13019-024-02745-4>



Figura 1.

Oclusión del flujo a nivel de la arteria y vena mesentérica superior.

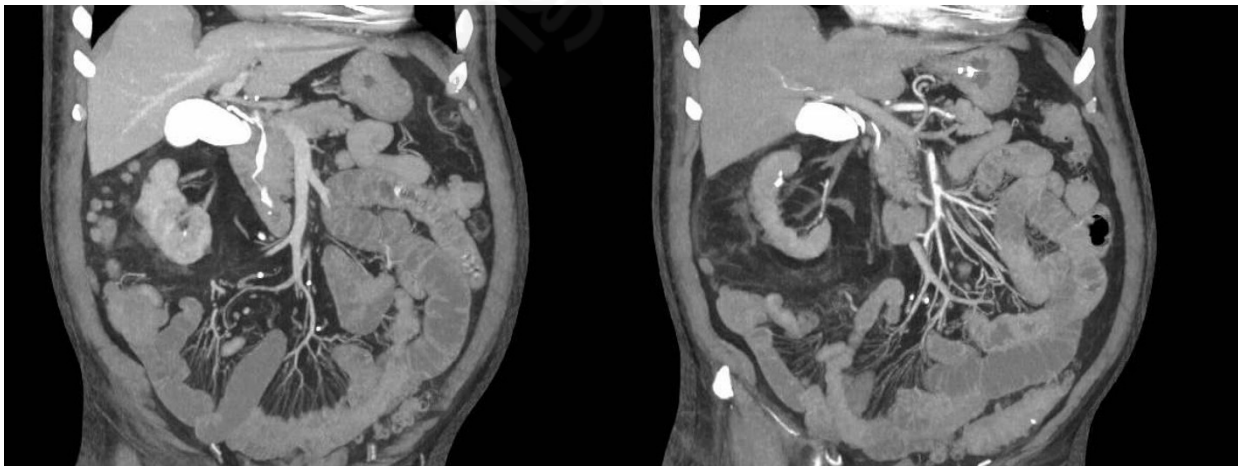


Figura 2. A la izquierda se evidencia la resolución de la trombosis venosa, mientras que a la derecha se evidencia una mejoría franca de la estenosis arterial.