REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASO

Disección espontánea aislada de la arteria mesentérica superior asociada a trombosis de ramas cólicas: manejo conservador

Isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery associated with thrombosis of colic branches: conservative management

Caroline Pereira de Souza [1], Ali Hussein Bzieh Florentín [1]
Gloria Angélica López Monges [1]

[1] *Hospital de la Fundación Tesãi, Servicio de Medicina Interna. Ciudad del Este, Paraguay.*

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisores:
José Luis Cáceres Villanueva. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, XIII Región Sanitaria, Hospital Regional Dr. Aníbal Leoncio Medina Valiente. Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Pereira de Souza C, Bzieh Florentín AH, López Monges GA. Disección espontánea aislada de la arteria mesentérica superior asociada a trombosis de ramas cólicas: manejo conservador. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2027; 14 (1): e14142702

RESUMEN

La disección espontánea aislada de la arteria mesentérica superior es una afectación vascular infrecuente que puede presentarse con dolor abdominal agudo. La angiotomografía computarizada constituye la principal herramienta diagnóstica y permite valorar la extensión de la disección y sus complicaciones.

Paciente masculino de 48 años, de etnia asiática, con antecedente de hipertensión arterial de difícil control, ingresó por dolor abdominal súbito de intensidad 10/10, localizado en hipogastrio e irradiado a espalda derecha. Al ingreso presentó presión arterial de 225/141 mmHg, sin

Artículo recibido: *11 septiembre 2026*
Artículo aceptado: *7 octubre 2026*

Autor correspondiente:
Dra. Caroline Pereira de Souza
Correo electrónico: carol.prrs@gmail.com

Dictamen del artículo:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2027/149_26_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

signos de irritación peritoneal. Los estudios laboratoriales no evidenciaron alteraciones relevantes. La angiotomografía abdominal mostró disección de la arteria mesentérica superior desde su origen, asociada a trombosis de algunas ramas cólicas, sin signos tomográficos de isquemia intestinal. Se instauró tratamiento conservador con analgesia, reposo intestinal durante 24 horas, control estricto de la presión arterial y vigilancia clínica. Evolucionó favorablemente, con resolución del dolor y adecuada tolerancia oral, siendo dado de alta con seguimiento por Cirugía Vascular y angiotomografía de control a los tres meses.

La disección espontánea y aislada de la arteria mesentérica superior debe considerarse en pacientes con dolor abdominal agudo, especialmente en presencia de hipertensión arterial. En ausencia de isquemia intestinal o deterioro clínico, el tratamiento conservador constituye una estrategia terapéutica efectiva, incluso ante la presencia de trombosis de ramas mesentéricas.

Palabras claves: disección de los vasos sanguíneos; arteria mesentérica superior; angiografía por tomografía computarizada

ABSTRACT

Isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery is a rare vascular condition that may present with acute abdominal pain. Computed tomography angiography is the primary diagnostic tool and allows assessment of the extent of the dissection and its complications.

A 48-year-old male patient, of Asian ethnicity, with a history of difficult-to-control arterial hypertension, was admitted for sudden abdominal pain rated 10/10 in intensity, localized in the hypogastrium and radiating to the right back. On admission, he had a blood pressure of 225/141 mmHg, with no signs of peritoneal irritation. Laboratory tests revealed no significant abnormalities. Abdominal CT angiography revealed dissection of the superior mesenteric artery from its origin, associated with thrombosis of some colic branches, without tomographic signs of intestinal ischemia. Conservative treatment was initiated, including analgesia, 24-hour bowel rest, strict blood pressure control, and clinical monitoring. The patient progressed favorably, with resolution of pain and adequate oral tolerance, and was discharged with follow-up by Vascular Surgery and a control CT angiography scheduled for three months later.

Isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery should be considered in patients with acute abdominal pain, especially in the presence of arterial hypertension. In the absence of intestinal ischemia or clinical deterioration, conservative management is an effective therapeutic strategy, even in the presence of thrombosis of mesenteric branches.

Keywords: dissection of blood vessels; superior mesenteric artery; computed tomography angiography

INTRODUCCIÓN

La disección espontánea aislada de la arteria mesentérica superior (SISMAD) es un subtipo no traumático de las arterias mesentéricas sin disección aórtica concomitante [1]. Epidemiológicamente, es considerada una afectación rara, pero su frecuencia ha aumentado en las últimas décadas debido a los avances tecnológicos en los estudios complementarios de imagen [2,3]. La SISMAD predomina en varones en la quinta década de la vida que acuden con dolor agudo o crónico en epigastrio o

cuadrante superior izquierdo. Esta entidad debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal refractario o abdomen agudo de etiología no aclarada, especialmente ante la coexistencia de factores de riesgo cardiovascular o aterosclerosis [4,5]. Generalmente, los casos de SISMAD no suelen acompañarse de complicaciones y son manejados con tratamiento conservador [1,3].

CASO CLÍNICO

Paciente, sexo masculino, 48 años, etnia asiática, con los antecedentes patológicos de hipertensión arterial de difícil control con múltiples asistencias al servicio de urgencia por cefalea holocraneana relacionada a cifras tensionales elevadas. Ingresa al servicio de urgencia por dolor abdominal súbito de 30 minutos de evolución, de intensidad de 10/10, localizado en hipogástrio, con irradiación hacia la espalda derecha. En la evaluación de los signos vitales, llama la atención cifras tensionales de 225/141 mmHg. Al examen físico en región abdominal presentaba un abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Se inició analgesia endovenosa con mejoría significativa del cuadro álgico. El electrocardiograma al ingreso mostró ritmo sinusal, con repolarización precoz anteroseptal. La ecografía abdominal no evidenció signos de abdomen agudo quirúrgico, identificando únicamente esteatosis hepática moderada. En los estudios laboratoriales se observaron series roja, blanca y plaquetaria sin alteraciones significativas. No fue posible determinar el colesterol LDL debido a la presencia de una muestra lipémica. Se observó ácido úrico de 7,3 mg/dL. amilasa, lipasa, dímero D (140 ng/mL), BNP (116 pg/mL) y troponina I (0,005 ng/mL) se encontraban sin elevaciones significativas. Ante la sospecha inicial de síndrome aórtico agudo, se realizó angiotomografía computarizada abdominal, que evidenció disección de la arteria mesentérica superior desde su origen con extensión de 8,5 cm, asociada a trombosis arterial de algunas ramas cólicas dependientes de la arteria mesentérica superior (figuras 1 y 2). No se identificaron signos tomográficos de isquemia intestinal ni complicaciones abdominales que indican una intervención urgente.



Figura 1. Disección en arteria mesentérica superior en corte sagital de angiotomografía abdominal. **Figura 2.** Disección en arteria mesentérica en corte axial de angiotomografía abdominal.

El paciente fue ingresado a la unidad de cuidados coronarios para monitorización y manejo multidisciplinario. Se optimizó la analgesia intravenosa y se instauró tratamiento antihipertensivo por vía oral, con descenso progresivo de las cifras tensionales y resolución del dolor abdominal. Debido a la ausencia de signos de irritación peritoneal, isquemia intestinal o deterioro clínico, y considerando la estabilidad del paciente, se realizó una discusión multidisciplinaria entre los servicios de cardiología, cirugía vascular y neurorradiología intervencionista, decidiéndose manejo conservador. Se indicó reposo intestinal durante 24 horas, analgesia, control estricto de la presión arterial y vigilancia clínica. Posteriormente, ante la mejoría clínica sostenida y ausencia de signos de compromiso intestinal, se inició progresivamente la tolerancia a la vía oral, con buena respuesta y sin recurrencia del dolor. El paciente fue dado de alta hospitalaria asintomático, con indicación de seguimiento ambulatorio por Cirugía Vascular al mes y realización de una nueva angiotomografía abdominal a los tres meses para valorar la evolución anatómica de la disección.

DISCUSIÓN

La SISMAD es una enfermedad rara en los países occidentales, siendo más frecuentemente relatada en países asiáticos. El sexo masculino, el tabaquismo y la hipertensión arterial son factores de riesgo relacionados a esta enfermedad [2]. Clínicamente, el dolor abdominal es el síntoma más frecuente, afectando cerca del 90% de los pacientes. Otros síntomas clásicos de esta afectación son las náuseas, vómitos y distensión abdominal [4]. La angiotomografía computarizada constituye actualmente el método de elección para confirmar el diagnóstico, establecer la extensión de la disección y evaluar la presencia de complicaciones como trombosis, estenosis de la luz verdadera, compromiso de ramas intestinales e isquemia mesentérica [2,3,6].

El tratamiento conservador está indicado como primera línea en pacientes con disección aislada asintomática o sintomática sin complicaciones [3,4,7]. La analgesia, el tratamiento para reducción de las cifras tensionales y el reposo intestinal inicial hacen parte de la terapia conservadora. El papel de la terapia antitrombótica en la SISMAD continúa siendo controvertido. La evidencia disponible no demuestra un beneficio consistente de la anticoagulación o antiagregación sistemática en todos los pacientes. Por lo tanto, no debe considerarse que la presencia de trombosis implique automáticamente indicación de anticoagulación terapéutica [2-4].

En este contexto, el médico internista desempeña un papel relevante en la evaluación inicial y el manejo integral del paciente, particularmente en el reconocimiento de factores de riesgo y comorbilidades, el control estricto de la presión arterial, la vigilancia clínica de signos de isquemia intestinal y la valoración de la respuesta al tratamiento conservador. Asimismo, el abordaje multidisciplinario con cirugía vascular y radiología intervencionista permite definir la estrategia terapéutica y el seguimiento de acuerdo con la evolución clínica y anatómica.

En lo que corresponde al seguimiento, los pacientes que recibieron tratamiento conservador deben realizar controles anuales mediante ecografía Doppler o angiotomografía para detectar estenosis progresiva [4]. La gran mayoría de los casos de SISMAD sintomáticos no presentan complicaciones [1]. La revascularización endovascular está recomendada en pacientes con SISMAD sintomática que no responde al tratamiento y/o quienes

presentan complicaciones a nivel abdominal [3,4,7]. Ya la cirugía abierta está indicada en los pacientes con isquemia intestinal, rotura de arteria mesentérica superior y/o en aquellos en los cuales haya fracasado la terapia endovascular [3,4,7].

En conclusión, la SISMAD es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. La angiotomografía constituye la principal herramienta diagnóstica en este contexto. El tratamiento conservador es de primera línea y la gran mayoría de los casos presentan buena evolución sin complicaciones.

Es importante resaltar que, al momento de la elaboración del presente reporte, aún no se ha cumplido el período establecido para la realización de la angiotomografía de control a los tres meses, por lo que no se dispone de resultados de seguimiento anatómico a mediano plazo.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés comercial.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido para la recolección y análisis de datos, redacción y aprobación final del manuscrito.

Financiamiento

Autofinanciado.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente:

Dra. Caroline Pereira de Souza, correo electrónico: carol.prrs@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2027/149_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Ho KKF, Sivakumaran Y. Management of spontaneous isolated mesenteric artery dissection. Asian Cardiovasc Thorac Ann [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 4];31(4):364-8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37005792/ Subscription required

2. Acosta S, Gonçalves FB. Management of spontaneous isolated mesenteric artery dissection: a systematic review. Scand J Surg [Internet]. 2021 [cited 2026 Feb 4]; 110(2): 130-8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33724090/

3. Mei J, Jia Z. Isolated superior mesenteric artery dissection: An updated review of the literature. J Interv Med [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 4];6(2):69-73. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37409060/

4. Koelemay MJ, Geelkerken RH, Kärkkäinen J, Leone N, Antoniou G, Bruin JL de, et al. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2025 clinical practice guidelines on the management of diseases of the mesenteric and renal arteries and veins. Eur J Vasc Endovasc Surg [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 4]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40513642/

5. Lei Y, Liu J, Lin Y, Li H, Song W, Li Z, et al. Clinical characteristics and misdiagnosis of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection. BMC Cardiovasc Disord [Internet]. 2022 [cited

2026 Feb 4];22(1):239. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35610570/

6. Reddy KT, Syeda H, Stenberg D, Bakhshaei S, Reddy S, Alkhero M, et al. Spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection with thrombosis: a case report of a rare presentation of acute abdominal pain. CJC Open [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 4];4(12):1090-2. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36562018/

7. Knarr J, Augustin AM, Hartung V, Krajinovic K, Kickuth R. Management of isolated dissection of the superior mesenteric artery. Rofo [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 4];196(7):726-34. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38176435/