

ESTUDIO DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA EXTENSA COMPLICADA CON FALLA MULTIORGÁNICA Y SÍNDROME DE INTESTINO CORTO EN UN PACIENTE ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
STUDY OF EXTENSIVE ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA COMPLICATED BY MULTIPLE ORGAN FAILURE AND SHORT BOWEL SYNDROME IN AN ELDERLY ADULT PATIENT: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Autores: ¹José Paul Santos Ycaza, ²Javier Edmundo Ruiz Veliz, ³Manuel Alejandro Cordones Sevillano, ⁴Bryan Ariel Valarezo Romero, ⁵Santiago Jair Cárdenas Estrella.

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-0694-1383>

²ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-4707-6501>

³ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5205-8373>

⁴ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9972-7186>

⁵ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0103-8898>

¹E-mail de contacto: paulsantosy@gmail.com

²E-mail de contacto: umsanjavier@hotmail.com

³E-mail de contacto: mcordones@uees.edu.ec

⁴E-mail de contacto: bryanbrainariel@hotmail.com

⁵E-mail de contacto: santiagoojair_ce@hotmail.com

Afiliación: ¹*³*⁵ Autor Independiente (Ecuador). ²*⁴ Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, (Ecuador).

Artículo recibido: 9 de Agosto del 2026.

Artículo revisado: 11 de Agosto del 2026.

Artículo aprobado: 11 de Agosto del 2026.

¹Médico Cirujano General, graduado de la Universidad de Guayaquil, (Ecuador). Cirujano con 20 años experiencia profesional y Docente con un año de experiencia profesional.

²Médico Cirujano General, graduado de la Universidad de Guayaquil, (Ecuador). Doctor en Medicina y Cirugía con 25 años de experiencia profesional.

³Médico, graduado de la Universidad de Guayaquil, (Ecuador). Estudiante de posgrado de la UEES. Residente de Cirugía con 3 años de experiencia profesional.

⁴Médico General, graduado de la Universidad Católica de Cuenca, (Ecuador). Magíster en Salud y Seguridad Ocupacional, graduado de la Universidad de las Américas (UDLA), Quito, (Ecuador). Doctor con 5 años de experiencia profesional.

⁵Médico General, graduado de la Universidad Nacional de Loja, (Ecuador). Médico Posgradista con 11 años de experiencia profesional.

Resumen

La isquemia mesentérica aguda constituye una emergencia vascular de letalidad, capaz de provocar necrosis intestinal extensa, falla multiorgánica y secuelas digestivas permanentes. El estudio tuvo como objetivo describir y analizar la evolución clínica, el abordaje diagnóstico-terapéutico y las complicaciones asociadas con una isquemia mesentérica extensa en un adulto mayor. Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante reporte de caso; la unidad de análisis correspondió a un paciente masculino de 77 años, cuya información se obtuvo de historia clínica, registro operatorio, evolución en cuidados intensivos y seguimiento domiciliario. Los hallazgos evidenciaron necrosis intestinal masiva que exigió hemicolectomía derecha y

resección casi total del intestino delgado, con 30 cm remanentes, seguida de falla multiorgánica, soporte vasopresor, ventilación mecánica y diálisis. Pese a la gravedad pronóstica, el paciente sobrevivió y presentó diarrea persistente compatible con adaptación intestinal limitada. Se concluyó que la intervención quirúrgica oportuna y el seguimiento multidisciplinario resultaron decisivos para prolongar la supervivencia y orientar el manejo funcional posterior.

Palabras clave: Isquemia, Mesentérica, Aguda, Necrosis Intestinal, Síndrome de Intestino Corto, Falla Multiorgánica, Resección Intestinal.

Abstract

Acute mesenteric ischemia is a life-threatening vascular emergency that can lead to extensive

intestinal necrosis, multiple organ failure, and permanent digestive complications. The aim of this study was to describe and analyze the clinical course, diagnostic and therapeutic approach, and complications associated with extensive mesenteric ischemia in an older adult. An observational, descriptive, and retrospective case report study was conducted; the subject of analysis was a 77-year-old male patient, whose data were obtained from his medical history, surgical records, intensive care unit course, and home follow-up. The findings revealed massive intestinal necrosis that required right hemicolectomy and near-total resection of the small intestine, leaving 30 cm of the small intestine intact, followed by multiple organ failure, vasopressor support, mechanical ventilation, and dialysis. Despite the poor prognosis, the patient survived and presented with persistent diarrhea consistent with limited intestinal adaptation. It was concluded that timely surgical intervention and multidisciplinary follow-up were decisive in prolonging survival and guiding subsequent functional management.

Keywords: Ischemia, Mesenteric, Acute, Intestinal Necrosis, Short Bowel Syndrome, Multiorgan Failure, Intestinal Resection.

Sumário

A isquemia mesentérica aguda constitui uma emergência vascular com risco de morte, capaz de provocar necrose intestinal extensa, falência multiorgânica e sequelas digestivas permanentes. O estudo teve como objetivo descrever e analisar a evolução clínica, a abordagem diagnóstico-terapêutica e as complicações associadas a uma isquemia mesentérica extensa num idoso. Foi realizado um estudo observacional, descritivo e retrospectivo através de um relato de caso; a unidade de análise correspondeu a um doente do sexo masculino, de 77 anos, cujas informações foram obtidas a partir do historial clínico, registo cirúrgico, evolução nos cuidados intensivos e acompanhamento domiciliário. Os achados revelaram necrose intestinal maciça que exigiu hemicolectomia direita e ressecção quase total do intestino

delgado, com 30 cm remanescentes, seguida de falência multiorgânica, suporte vasopressor, ventilação mecânica e diálise. Apesar do prognóstico grave, o doente sobreviveu e apresentou diarreia persistente compatível com adaptação intestinal limitada. Concluiu-se que a intervenção cirúrgica oportuna e o acompanhamento multidisciplinar foram decisivos para prolongar a sobrevivência e orientar o tratamento funcional subsequente.

Palavras-chave: Isquemia, Mesentérica, Aguda, Necrose Intestinal, Síndrome do Intestino Curto, Falência Multiorgânica, Ressecção Intestinal.

Introducción

La isquemia mesentérica aguda (IMA) constituye una emergencia vascular abdominal caracterizada por una reducción súbita del flujo sanguíneo intestinal, cuya persistencia compromete la viabilidad tisular y favorece inflamación, necrosis, sepsis y muerte. Su expresión clínica comprende mecanismos arteriales oclusivos, trombosis venosa y formas no oclusivas asociadas con hipoperfusión esplácnica; esta diversidad etiopatogénica explica parte de la dificultad para reconocerla durante sus fases iniciales y condiciona diferencias sustanciales en el abordaje terapéutico (Lendzion et al., 2022).

Aunque su frecuencia poblacional es reducida, la IMA conserva una relevancia clínica desproporcionada por la rapidez con que puede evolucionar hacia infarto intestinal irreversible. Lendzion et al. (2022), señalaron que representa entre 0,09 % y 0,2 % de las admisiones hospitalarias agudas, mientras estimaciones poblacionales comunicaron incidencias desde 0,63 hasta 12,9 casos por 100.000 personas-año, variabilidad atribuible a diferencias metodológicas, criterios diagnósticos y características de las poblaciones estudiadas. La evidencia prospectiva multicéntrica ofrece una aproximación reciente a su epidemiología

mundial. Reintam et al. (2024), tras estudiar hospitales de distintas regiones, identificaron IMA confirmada en el 0,038 % de las admisiones adultas de atención aguda; entre 418 pacientes diagnosticados, el 55,3 % presentó enfermedad arterial oclusiva, el 17,5 % compromiso venoso y el 13,2 % una variante no oclusiva, distribución que confirma el predominio de los mecanismos arteriales dentro del espectro clínico.

La edad constituye un componente epidemiológico y pronóstico particularmente relevante. La incidencia aumenta exponencialmente durante el envejecimiento y la edad media de presentación se aproxima a los 70 años, circunstancia que adquiere especial importancia en pacientes con reserva fisiológica reducida y enfermedades cardiovasculares concomitantes (Lendzion et al., 2022). El metaanálisis de Sumbal et al. (2022) basado en 51 estudios y más de 10.000 pacientes, identificó la edad como factor significativamente asociado con mortalidad.

La elevada letalidad continúa definiendo la gravedad de esta entidad pese al desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas más avanzadas. Según Reintam et al. (2024) el estudio la mortalidad intrahospitalaria alcanzó el 49 % y ascendió al 53,3 % a los 90 días; el pronóstico mostró diferencias según el mecanismo causal, con mortalidad intrahospitalaria del 13,7 % en la enfermedad venosa frente al 72,7 % observado en la IMA no oclusiva, resultado que evidencia la influencia de la gravedad clínica y del estado hemodinámico sobre la supervivencia. Desde una perspectiva fisiopatológica, la interrupción prolongada de la perfusión intestinal provoca hipoxia celular, deterioro progresivo de la mucosa y pérdida de la función de barrera; la reperfusión posterior puede intensificar el daño

mediante metabolitos reactivos del oxígeno, neutrófilos y liberación de mediadores inflamatorios. Lendzion et al. (2022) describieron que las concentraciones sistémicas elevadas de interleucina 6 y factor de necrosis tumoral favorecen hipotensión, deterioro de la perfusión periférica y disfunción multiorgánica, mientras la progresión transmural conduce a peritonitis y septicemia.

Los mecanismos causales determinan perfiles de riesgo diferenciados. El embolismo arterial representa aproximadamente entre 40 % y 50 % de los casos y mantiene asociación con fibrilación auricular, infarto de miocardio, taquiarritmias, cardiomiopatías y alteraciones valvulares; la trombosis arterial comprende entre 25 % y 30 % y se vincula principalmente con aterosclerosis e hipercolesterolemia. La IMA no oclusiva representa alrededor del 20 %, mientras la trombosis venosa constituye aproximadamente entre 10 % y 15 % (Lendzion et al., 2022).

La vulnerabilidad aumenta cuando estos mecanismos coinciden con enfermedades capaces de deteriorar la perfusión o limitar la respuesta fisiológica frente a la agresión isquémica (Blaser et al., 2024). Sumbal et al. (2022) identificaron enfermedad renal crónica, diabetes, dependencia funcional, arritmias, insuficiencia cardíaca e hipotensión entre los factores relacionados con mayor mortalidad; la afectación simultánea del intestino delgado y grueso, el incremento de creatinina y lactato, el retraso quirúrgico y la necesidad de inotrópicos también mostraron asociaciones desfavorables.

La presentación clínica puede resultar falaz durante las primeras horas, debido a que el daño vascular precede a los signos abdominales avanzados (Blaser et al., 2025). El dolor abdominal intenso y de inicio súbito,

desproporcionado respecto de los hallazgos encontrados durante la exploración física, constituye una manifestación clásica del embolismo arterial; pueden coexistir vómitos y diarrea, mientras la trombosis sobre enfermedad mesentérica previa suele acompañarse de dolor posprandial, aversión alimentaria, náuseas y pérdida ponderal. La aparición de peritonismo sugiere progresión hacia lesión transmural (Lendzion et al., 2022).

El diagnóstico tardío transforma una alteración potencialmente reversible de la perfusión en necrosis intestinal extensa, de modo que la sospecha clínica mantiene un valor decisivo incluso cuando los marcadores bioquímicos iniciales son poco expresivos. Leucocitosis, acidosis metabólica, elevación del dímero D y lactato pueden encontrarse durante la evolución, aunque ninguno permite excluir tempranamente la enfermedad; Lendzion et al. (2022), señalaron que un retraso diagnóstico de 24 horas disminuye la supervivencia aproximadamente un 20 %, lo cual evidencia la estrecha dependencia temporal del pronóstico.

La angiografía por tomografía computarizada se ha consolidado como modalidad diagnóstica principal ante sospecha de IMA. El metaanálisis de Reintam et al. (2025), que integró 81 estudios en 14 análisis cuantitativos, estimó para la angiotomografía una sensibilidad del 92,0 % y especificidad del 98,8 %; entre los signos intestinales, la reducción o ausencia de realce de la pared presentó una especificidad cercana al 90 %, aunque su sensibilidad limitada impide utilizarla aisladamente para establecer progresión hacia necrosis transmural. Las complicaciones derivan tanto de la extensión del territorio isquémico como de la respuesta sistémica desencadenada por necrosis y reperfusión (Blaser et al., 2025). La pérdida de la barrera intestinal favorece translocación

bacteriana, septicemia, choque circulatorio y disfunción multiorgánica; cuando el intestino necrótico exige resecciones extensas, la supervivencia inmediata puede alcanzarse a costa de una pérdida crítica de superficie absorptiva. Esta secuela determina síndrome de intestino corto, insuficiencia intestinal, dependencia nutricional y deterioro considerable de la calidad de vida (Fuglseth et al., 2023).

El síndrome de intestino corto representa, precisamente, una de las consecuencias de mayor trascendencia después de resecciones intestinales amplias. En adultos se caracteriza por una longitud de intestino delgado remanente inferior a 200 cm, mientras la insuficiencia intestinal asociada aparece cuando la superficie funcional disponible resulta incapaz de mantener mediante alimentación oral o enteral el equilibrio de nutrientes y líquidos, haciendo necesaria la nutrición parenteral o la administración intravenosa de fluidos (Khokhar et al., 2025).

La magnitud epidemiológica de esta secuela también refleja su carácter infrecuente. Khokhar et al. (2025), mediante una revisión dirigida que incorporó 15 estudios y generó estimaciones para 61 países, calcularon que durante 2024 la prevalencia diagnosticada de insuficiencia intestinal asociada con síndrome de intestino corto osciló entre 0,12 y 2,74 casos por 100.000 adultos; las estimaciones fueron menores en países con ingresos promedio reducidos, diferencia relacionada parcialmente con disponibilidad y acceso a programas especializados de nutrición parenteral domiciliaria. El tratamiento habitual de la IMA persigue simultáneamente estabilizar al paciente, restaurar la perfusión y conservar la mayor cantidad posible de intestino viable. La reposición inmediata con cristaloideos,

corrección hidroelectrolítica, anticoagulación cuando corresponde y tratamiento antimicrobiano acompañan las estrategias de revascularización endovascular o quirúrgica; ante peritonitis, inestabilidad o sospecha de necrosis avanzada se requiere exploración quirúrgica, resección selectiva del tejido no viable y valoración posterior mediante cirugía de revisión cuando la viabilidad intestinal permanece incierta (Lendzion et al., 2022).

La oportunidad terapéutica resulta determinante para evitar que una emergencia vascular evolucione hacia resección intestinal masiva y dependencia nutricional permanente. Reintam et al. (2025) advirtieron que la aparente superioridad de determinadas estrategias endovasculares disminuye al ajustar los resultados por gravedad basal, lo que obliga a interpretar cada modalidad según el estado clínico individual; aun así, la revascularización temprana conserva un papel central, pues los retrasos incrementan el riesgo de mortalidad posoperatoria y síndrome de intestino corto.

Bajo esta perspectiva, la IMA extensa en el adulto mayor representa una secuencia fisiopatológica de especial complejidad: hipoperfusión intestinal, necrosis progresiva, respuesta inflamatoria sistémica, falla orgánica y necesidad potencial de resección extensa, seguida por insuficiencia intestinal cuando el segmento remanente no permite mantener autonomía nutricional (Khokhar et al., 2025). Su estudio adquiere particular interés clínico porque integra la emergencia vascular inicial con consecuencias sistémicas y digestivas de largo alcance, cuya evolución depende estrechamente de la sospecha temprana, la revascularización oportuna y la preservación intestinal. La presentación de una isquemia mesentérica aguda extensa complicada por falla multiorgánica y síndrome de intestino corto en

un adulto mayor configura un escenario clínico infrecuente por la coexistencia sucesiva de una emergencia vascular de baja incidencia, daño intestinal avanzado, compromiso sistémico y pérdida crítica de superficie absortiva (Fuglseth et al., 2023).

Su interés supera la singularidad diagnóstica, pues permite examinar cómo la extensión de la lesión isquémica y la resección intestinal necesaria para preservar la supervivencia pueden transformar un episodio agudo en insuficiencia intestinal de manejo prolongado (Costello et al., 2025). Por lo tanto, la publicación de este caso aporta evidencia clínica sobre una trayectoria de elevada complejidad que permanece insuficientemente representada en estudios poblacionales: la transición desde la isquemia intestinal extensa hacia falla orgánica y síndrome de intestino corto. Su análisis permite reconocer decisiones diagnósticas y terapéuticas críticas, valorar las consecuencias de la pérdida intestinal y comprender los desafíos posteriores de soporte nutricional, recuperación funcional y seguimiento. Esta secuencia ofrece utilidad para la práctica médica al integrar fases que suelen estudiarse separadamente y documentar sus implicaciones en un paciente geriátrico.

El objetivo del reporte de caso es describir la evolución clínica, el abordaje diagnóstico-terapéutico y las complicaciones de una isquemia mesentérica aguda extensa asociada con falla multiorgánica y síndrome de intestino corto en un paciente adulto mayor, contrastando sus particularidades con la evidencia científica disponible.

Materiales y métodos

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo bajo la modalidad de reporte de caso clínico, orientado al análisis de

una isquemia mesentérica aguda extensa complicada con necrosis intestinal, falla multiorgánica y síndrome de intestino corto en un paciente masculino de 77 años (Silador, 2023). La unidad de análisis correspondió al paciente atendido en enero de 2026, seleccionado por la excepcional gravedad de su evolución, la resección intestinal masiva requerida y la supervivencia posterior con aproximadamente 30 cm de intestino delgado remanente.

La información clínica se obtuvo mediante revisión documental de la historia médica, registro operatorio, evolución posquirúrgica, notas de cuidados intensivos y seguimiento domiciliario. Se examinaron antecedentes, manifestaciones clínicas, hallazgos diagnósticos, procedimiento quirúrgico, soporte intensivo, complicaciones, respuesta terapéutica y condición posterior al alta, organizándose cronológicamente para reconstruir el razonamiento clínico y la trayectoria asistencial (Martínez y González, 2023). Para la interpretación científica se realizó una revisión documental de literatura reciente sobre isquemia mesentérica aguda, mortalidad, diagnóstico, tratamiento quirúrgico y síndrome de intestino corto, priorizando revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios multicéntricos y revisiones clínicas publicados entre 2021 y 2025. Los hallazgos del caso se contrastaron críticamente con dicha evidencia (Romero et al., 2021).

El reporte del caso se elaboró conforme a los principios éticos aplicables a la publicación de casos clínicos y a las recomendaciones, se obtuvo el consentimiento informado escrito del paciente para la publicación de la información clínica relacionada con su enfermedad, procedimientos diagnósticos, tratamiento quirúrgico y evolución, garantizando que la

autorización fuese otorgada de manera libre y previa a la difusión científica del caso. Se preservó la confidencialidad mediante la omisión de nombres, números de identificación, iniciales, fechas innecesariamente identificables y cualquier otro dato que permitiera reconocer al paciente. El manejo de la información clínica respetó los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y confidencialidad establecidos en la Declaración de Helsinki. Los autores declaran no presentar conflictos de intereses financieros, profesionales, institucionales o personales que pudieran haber influido en la elaboración, interpretación o publicación del presente reporte de caso.

Resultados y Discusión

A continuación, se presentan los resultados del estudio. Se trató de un paciente masculino de 77 años, ingresado al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo el 16 de enero de 2026 por un cuadro abdominal agudo. La historia clínica proporcionada no consignó ocupación ni lugar específico de procedencia, tampoco registró consumo de alcohol, tabaco u otros hábitos. Entre sus antecedentes clínicos destacaban hipertensión arterial, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica y artrosis, condiciones que configuraban una reserva fisiológica disminuida frente a una emergencia vascular abdominal; la edad avanzada, la enfermedad renal y los antecedentes cardiovasculares adquirieron especial relevancia ante la evolución posterior hacia isquemia mesentérica y compromiso multiorgánico.

Como antecedente neuroendocrino presentaba macroadenoma hipofisario tratado mediante resección transesfenoidal el 13 de abril de 2017; constaba, además, como portador de marcapasos epicárdico Medtronic, sin

especificación en el documento acerca de la indicación original del dispositivo. Recibía habitualmente espironolactona 25 mg dos veces al día, carvedilol 25 mg una vez al día, empagliflozina 10 mg diarios y levotiroxina 100 µg diarios. No refería alergias conocidas. La documentación revisada no aportó antecedentes familiares, sociales ni otros tratamientos

previos que permitieran ampliar la valoración del riesgo vascular o tromboembólico. El motivo de ingreso consignado literalmente en la historia clínica fue “dolor abdominal”, manifestación que, por su intensidad, distribución y asociación con diarrea profusa, motivó la valoración urgente y posteriormente la exploración quirúrgica.

Tabla 1. Datos del caso clínico.

Aspecto	Descripción
Paciente	Masculino, 77 años.
Fecha y lugar de ingreso	16 de enero de 2026, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
Antecedentes personales	Hipertensión arterial, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica, artrosis y macroadenoma hipofisario tratado mediante resección transesfenoidal en 2017. Portador de marcapasos epicárdico Medtronic.
Tratamiento habitual	Espironolactona 25 mg cada 12 horas, carvedilol 25 mg/día, empagliflozina 10 mg/día y levotiroxina 100 µg/día.
Motivo de consulta	Dolor abdominal intenso de aproximadamente 24 horas de evolución.
Manifestaciones iniciales	Dolor localizado en epigastrio y marco colónico, cinco deposiciones diarreicas amarillentas y abundantes, decaimiento y malestar general.
Diagnóstico definitivo	Isquemia de arteria mesentérica superior, confirmada durante laparotomía exploratoria.
Hallazgos quirúrgicos relevantes	Isquemia intestinal extensa con compromiso de yeyuno, ileon y colon derecho, que requirió resección de tejido intestinal no viable.
Procedimientos quirúrgicos	Laparotomía exploratoria, adherólisis, hemicolectomía derecha, omentectomía parcial, resección de yeyuno e ileon a aproximadamente 30 cm del ángulo de Treitz, yeyuno-transverso anastomosis laterolateral, colocación de esponja hemostática, lavado y drenaje abdominal.
Condición posoperatoria	Estado crítico, sedoanalgesia profunda (RASS -4), ventilación mecánica invasiva, hipoperfusión periférica e inestabilidad hemodinámica.
SopORTE ventilatorio	IPPV; volumen corriente 450 mL, PEEP 5 cmH ₂ O, FiO ₂ 50 % y frecuencia respiratoria de 18 respiraciones/minuto.
SopORTE hemodinámico	Norepinefrina a 0,20 µg/kg/min para mantener presión arterial media aproximada de 65 mmHg.
Hallazgos de laboratorio principales	Hemoglobina 10,5 g/dL; hematocrito 32,4 %; plaquetas 154.000/mm ³ ; glucemia 64 mg/dL; potasio 9,83 mEq/L; cloro 115 mEq/L; sodio 138 mEq/L; azoados en ascenso y oliguria.
Principales complicaciones	Acidosis mixta, hiperpotasemia grave, hipoglucemia, lesión renal aguda sobre enfermedad renal crónica, oliguria, hipoperfusión, insuficiencia respiratoria e inestabilidad circulatoria.
Falla orgánica	Falla multiorgánica con compromiso respiratorio, cardiovascular, renal y metabólico.
Tratamiento posoperatorio	Ventilación mecánica, norepinefrina, corrección de hipoglucemia con dextrosa, medidas antikalémicas, reajuste ventilatorio por acidosis, meropenem con ajuste posológico y terapia dialítica.
Pronóstico inicial	Reservado, debido a la extensión de la resección intestinal y al desarrollo de falla multiorgánica.
Evolución hospitalaria	Sobrevivió a la fase crítica posoperatoria y posteriormente continuó recuperación en domicilio.
Evolución domiciliaria	Persistencia de diarrea y evacuaciones prácticamente inmediatas después de la ingesta, con apetito conservado; permanencia encamado y bajo atención médica domiciliaria.
Manejo domiciliario	Loperamida, probióticos, prebióticos, soluciones de rehidratación oral y bebidas con electrolitos.
Secuelas y riesgos posteriores	Alteración importante de la absorción intestinal, riesgo de deshidratación, desequilibrios hidroelectrolíticos, deterioro nutricional y posible síndrome de intestino corto secundario a resección intestinal extensa.

Fuente: Elaboración propia.

Historia clínica

El cuadro había iniciado aproximadamente 24 horas antes del ingreso, con dolor abdominal de gran intensidad localizado en epigastrio y marco colónico, acompañado por cinco deposiciones diarreicas amarillentas y abundantes, decaimiento y malestar generalizado. La persistencia de los síntomas condujo al paciente al servicio de emergencia, donde la magnitud del dolor y la evolución aguda orientaron inicialmente hacia un abdomen agudo susceptible de resolución quirúrgica; ante la gravedad del cuadro, se

decidió realizar laparotomía exploratoria. La exploración quirúrgica modificó de manera decisiva la interpretación inicial al identificar isquemia dependiente de la circulación mesentérica, estableciéndose como diagnóstico postoperatorio isquemia de arteria mesentérica superior. La extensión del compromiso intestinal obligó a una cirugía mayor, cuya magnitud sugiere enfermedad avanzada al momento de la intervención, con pérdida importante de tejido gastrointestinal y necesidad de reconstrucción digestiva. La evolución posterior confirmó que el proceso no se limitaba al territorio abdominal, sino que

había desencadenado alteraciones circulatorias, respiratorias, metabólicas y renales de elevada gravedad. Tras la intervención, la valoración en cuidados intensivos mostró un paciente en estado crítico, bajo sedoanalgesia profunda con RASS -4 y pupilas isocóricas reactivas; necesitaba ventilación mecánica invasiva y soporte vasopresor, mientras el llenado capilar prolongado hasta siete segundos evidenciaba perfusión periférica marcadamente comprometida.

En el componente respiratorio permaneció conectado a ventilación mecánica en modalidad IPPV, con volumen corriente de 450 mL, PEEP de 5 cmH₂O, fracción inspirada de oxígeno del 50 % y frecuencia respiratoria programada de 18 respiraciones por minuto. La presencia de acidosis mixta obligó a modificar los parámetros ventilatorios, decisión orientada a corregir el deterioro ventilatorio y metabólico concomitante. Desde el punto de vista cardiovascular precisó norepinefrina a 0,20 µg/kg/min para sostener una presión arterial media de 65 mmHg, hallazgos compatibles con inestabilidad hemodinámica grave.

Laboratorio

La hemoglobina fue de 10,5 g/dL y el hematocrito de 32,4 %, compatibles con anemia de grado moderado dentro de un escenario quirúrgico mayor, mientras el recuento plaquetario de 154.000/mm³ se encontraba próximo al límite inferior sin documentarse trombocitopenia grave. La glucemia capilar descendió a 64 mg/dL, situación que requirió aporte de dextrosa y evidenció alteración del equilibrio metabólico durante la fase de máxima inestabilidad. El hallazgo bioquímico de mayor gravedad fue una hiperpotasemia de 9,83 mEq/L, asociada con cloro de 115 mEq/L y sodio de 138 mEq/L; por su magnitud, el incremento del potasio representaba una

emergencia potencialmente letal, particularmente relevante en un paciente con enfermedad renal crónica y antecedente cardíaco, razón por la cual se instauraron medidas antikalémicas. La diuresis aproximada de 200 mL durante las últimas horas y el ascenso de los azoados indicaron deterioro renal agudo sobre enfermedad renal previa, hasta establecerse requerimiento de terapia dialítica.

La acidosis mixta, la hipoperfusión periférica, el deterioro de la función renal, la alteración electrolítica extrema y la necesidad simultánea de ventilación mecánica y vasopresores sustentaron clínicamente el diagnóstico de falla multiorgánica. El diagnóstico definitivo registrado fue isquemia de arteria mesentérica superior, establecido después de la laparotomía exploratoria. El criterio clínico estuvo determinado por un episodio abdominal agudo de 24 horas, caracterizado por dolor intenso y síntomas gastrointestinales; el elemento decisivo fue la evaluación intraoperatoria, que demostró compromiso intestinal suficientemente extenso como para requerir resección de segmentos de yeyuno e íleon, hemicolectomía derecha y omentectomía parcial.

Tratamiento

Ante la identificación de un abdomen agudo con compromiso intestinal avanzado se efectuó laparotomía exploratoria, seguida de adherólisis, hemicolectomía derecha, omentectomía parcial y resección intestinal que involucró yeyuno e íleon, consignándose como referencia quirúrgica una resección a 30 cm del ángulo de Treitz. La reconstrucción se realizó mediante yeyuno-transverso anastomosis laterolateral, acompañada de colocación de esponja hemostática, lavado y drenaje abdominal. La magnitud de la resección refleja la necesidad de eliminar tejido intestinal

considerado no viable y conservar el segmento susceptible de recuperación. Durante el período posoperatorio inmediato requirió ingreso a cuidados intensivos, sedoanalgesia, ventilación mecánica invasiva y norepinefrina para mantener perfusión sistémica. La acidosis mixta obligó a reajustar la ventilación; la hipoglucemia fue corregida con dextrosa y la hiperpotasemia extrema motivó tratamiento antikalémico, mientras el deterioro renal progresivo determinó indicación de diálisis. En el componente infeccioso recibió meropenem con ajuste posológico, medida coherente con la necesidad de cobertura antimicrobiana frente a una cirugía intestinal extensa y un estado fisiológico crítico.

Evolución clínica

La evolución inmediata estuvo marcada por falla multiorgánica. El paciente presentó compromiso respiratorio que exigió ventilación mecánica, inestabilidad cardiovascular dependiente de vasopresores, hipoperfusión periférica, acidosis mixta, hipoglucemia, hiperpotasemia grave y deterioro renal con azoados ascendentes y oliguria, configurándose un cuadro de elevada mortalidad a corto plazo. El equipo de cuidados intensivos consignó explícitamente un pronóstico reservado, dada la coexistencia de disfunción renal, circulatoria, respiratoria y metabólica después de una resección intestinal extensa.

Pese a la gravedad inicial, el paciente sobrevivió al período hospitalario crítico y posteriormente continuó su recuperación en domicilio, aunque con secuelas digestivas importantes. La familia informó deposiciones diarreicas persistentes y evacuación prácticamente inmediata después de la ingesta, aun cuando el apetito permanecía conservado. Esta evolución posterior a una resección extensa de yeyuno, íleon y colon derecho

plantea clínicamente una alteración severa de la capacidad de absorción. En el seguimiento domiciliario permanecía encamado y bajo control médico en casa. La estrategia descrita se dirigía al manejo de la diarrea y a la prevención de pérdidas hidroelectrolíticas mediante loperamida, probióticos, prebióticos e hidratación oral con soluciones de rehidratación y bebidas con electrolitos.

Aunque mantenía el apetito, la evacuación acelerada posterior a cada ingesta sugería persistencia de una adaptación intestinal insuficiente y riesgo sostenido de deshidratación, desequilibrios electrolíticos y deterioro nutricional. En conjunto, la secuencia clínica documentó la transición desde un dolor abdominal agudo de 24 horas hasta la identificación quirúrgica de isquemia mesentérica extensa, seguida por resección intestinal mayor, falla multiorgánica y supervivencia con alteraciones digestivas persistentes.

El caso adquiere especial interés porque muestra que la resolución del episodio vascular no representa necesariamente el final de la enfermedad: después de superar una fase posoperatoria de elevada mortalidad, el paciente quedó expuesto a las consecuencias funcionales de una reducción considerable de superficie intestinal, cuya magnitud exacta y repercusión nutricional requieren caracterización adicional durante el seguimiento. La evolución observada debe interpretarse a partir de la gravedad biológica de la isquemia mesentérica aguda y no únicamente desde la magnitud de la resección efectuada. En este paciente coexistieron varias condiciones vinculadas con pronóstico desfavorable: edad de 77 años, uso de marcapasos y medicamentos cardiológicos, enfermedad renal crónica, compromiso simultáneo de intestino delgado y

colon, necesidad de norepinefrina, deterioro renal agudo, acidosis y falla multiorgánica. Sumbal et al. (2022), mediante un metaanálisis de 51 estudios, identificaron precisamente la edad, enfermedad renal crónica, hipotensión, afectación conjunta del intestino delgado y grueso, elevación de creatinina, retraso quirúrgico y requerimiento de inotrópicos como variables significativamente asociadas con mortalidad. La supervivencia alcanzada, pese a reunir varios de estos predictores, sitúa el caso en un escenario clínico particularmente relevante.

La edad del paciente coincide con el perfil epidemiológico descrito en series recientes, donde la isquemia mesentérica aparece predominantemente en adultos mayores y alcanza una mediana cercana a 70 años. Fuglseth et al. (2023), señalan que el riesgo aumenta considerablemente en personas de edad avanzada con comorbilidades, mientras Reintam Blaser et al. (2024), encontraron, en el estudio prospectivo multicéntrico AMESI, una mortalidad intrahospitalaria cercana a la mitad de los pacientes diagnosticados. Tales datos permiten interpretar la supervivencia de un hombre de 77 años después de necrosis intestinal extensa, cirugía mayor y falla multiorgánica como un desenlace clínico menos frecuente dentro de una enfermedad caracterizada por elevada letalidad.

La extensión de la necrosis también diferencia este caso de numerosos pacientes tratados antes de alcanzar un infarto intestinal masivo. Costello et al. (2025), al revisar 39 estudios con 20.991 pacientes, encontraron que las resecciones intestinales asociadas con cirugía abierta variaron aproximadamente entre 52 y 253 cm, mientras las realizadas después de procedimientos endovasculares tendieron a ser menores. El remanente aproximado de 30 cm de

intestino delgado observado en esta paciente, evidencia una pérdida intestinal sustancialmente mayor que la longitud de resección habitualmente comunicada en esas cohortes, agravada por hemicolectomía derecha y posterior anastomosis yeyuno-transverso.

La indicación de laparotomía resulta coherente con las recomendaciones descritas para enfermedad avanzada. Fuglseth et al. (2023), sostienen que, ante peritonitis o evidencia de necrosis irreversible, el tratamiento debe orientarse a resecar el tejido no viable preservando la máxima longitud intestinal posible; Reintam et al. (2024), añaden que la resección es indispensable cuando existe necrosis transmural. La magnitud del compromiso encontrada durante la cirugía explica que la prioridad terapéutica pasara de la conservación intestinal ideal a la eliminación de segmentos inviables, aun cuando ello implicara un riesgo posterior elevado de insuficiencia intestinal.

La literatura reciente ha favorecido estrategias endovasculares cuando el diagnóstico ocurre antes de la necrosis intestinal avanzada, aunque su aparente superioridad requiere una lectura crítica. Costello et al. (2025), encontraron menor mortalidad y menores tasas de resección con tratamiento endovascular; sin embargo, Reintam Blaser et al. (2025), en una revisión sistemática y metaanálisis que consideró la gravedad basal, observaron que la ventaja atribuida a la estrategia endovascular disminuía después del ajuste por severidad clínica. Este hallazgo resulta fundamental para interpretar el presente caso, pues la cirugía abierta no necesariamente representa una alternativa inferior cuando el paciente llega con daño intestinal irreversible; en esas circunstancias, la laparotomía puede constituir la única posibilidad terapéutica viable. La presencia de

colon transverso en continuidad adquiere especial valor porque la anatomía residual influye en la adaptación intestinal y en las manifestaciones, además la supervivencia domiciliaria con ingesta oral constituye un dato clínico relevante. Fuglseth et al. (2023), reconocen que muchos pacientes sometidos a resecciones extensas sobreviven, aunque pueden desarrollar síndrome de intestino corto permanente, mientras persiste una importante carencia de información sobre resultados centrados en el paciente, entre ellos dependencia de nutrición parenteral, presencia de ostomía y calidad de vida.

La falla multiorgánica del periodo posoperatorio también encuentra respaldo fisiopatológico en la evidencia. Lenzion et al. (2022), explican que la isquemia prolongada altera la barrera intestinal, favorece inflamación sistémica y puede desencadenar hipotensión, compromiso pulmonar y disfunción multiorgánica. En este paciente, la necesidad de ventilación mecánica, norepinefrina, medidas antikalémicas y diálisis, junto con acidosis mixta y oliguria, representa la expresión clínica de ese deterioro sistémico. La posterior supervivencia adquiere mayor significado precisamente porque ocurrió después de una fase en la que coexistieron varios determinantes reconocidos de mortalidad.

La singularidad del caso no depende exclusivamente de la presencia de isquemia mesentérica, sino de la combinación entre edad avanzada, comorbilidad renal, necrosis intestinal extremadamente extensa, resección casi total del intestino delgado, pérdida del colon derecho, permanencia aproximada de 30 cm de intestino y supervivencia después de falla multiorgánica. Esta asociación reúne en un mismo paciente factores que la literatura suele estudiar de manera independiente: mortalidad

de la isquemia mesentérica, decisiones sobre resección, síndrome de intestino corto y evolución funcional posterior. El aporte más relevante se relaciona con la supervivencia más allá del episodio crítico pese a una anatomía intestinal residual profundamente limitada. Khokhar et al. (2025), destacan la escasez de evidencia epidemiológica robusta sobre insuficiencia intestinal asociada con síndrome de intestino corto, mientras Fuglseth et al. (2023), reconocen que faltan datos acerca de nutrición parenteral, función residual y calidad de vida después de resecciones extensas. Documentar esta evolución puede ampliar el conocimiento sobre pacientes que superan la fase aguda, pero permanecen expuestos a diarrea, deshidratación, desequilibrios electrolíticos, deterioro nutricional y pérdida funcional.

Desde la práctica clínica, el caso reafirma que la edad elevada y la comorbilidad no deben interpretarse aisladamente como criterios de utilidad terapéutica. Reintam et al. (2024), señalan que numerosos pacientes sometidos a tratamiento activo sobreviven a la hospitalización, mientras la selección terapéutica depende de gravedad, extensión de la isquemia y posibilidad real de recuperar perfusión. En pacientes con necrosis establecida, la decisión quirúrgica exige equilibrar dos riesgos igualmente graves: resecar insuficientemente y conservar tejido inviable, o resecar ampliamente y generar insuficiencia intestinal permanente.

La experiencia también subraya la necesidad de cuantificar y documentar con precisión la longitud intestinal remanente durante la cirugía. Fuglseth et al. (2023), recomiendan registrar la longitud del intestino delgado después de la resección, dado que este dato condiciona pronóstico nutricional, riesgo de síndrome de

intestino corto y planificación del seguimiento. En pacientes con remanentes mínimos, la atención posterior debería incorporar evaluación nutricional especializada, balance hídrico y electrolítico, función renal, frecuencia de deposiciones, peso, capacidad funcional y eventual necesidad de soporte parenteral, variables aun insuficientemente documentadas en el seguimiento de este paciente.

En síntesis, el caso muestra que la supervivencia después de una isquemia mesentérica extensa no depende únicamente de superar la cirugía, sino de atravesar una fase crítica de elevada mortalidad y posteriormente afrontar las consecuencias fisiológicas de una superficie absorptiva extremadamente reducida. Su valor científico reside en documentar esa transición entre emergencia vascular, resección intestinal masiva, falla multiorgánica y supervivencia con intestino corto, aportando evidencia clínica útil para comprender hasta dónde puede llegar la recuperación y cuáles son las necesidades de seguimiento que permanecen abiertas tras el alta.

Conclusiones

La isquemia mesentérica aguda extensa constituye una emergencia de elevada complejidad cuyo pronóstico exige reconocer oportunamente la progresión hacia necrosis intestinal y adoptar decisiones quirúrgicas proporcionales al daño identificado. En el caso analizado, la resección del tejido intestinal no viable representó una intervención decisiva para la supervivencia, aun frente a la necesidad de conservar un remanente intestinal extremadamente reducido. La supervivencia de un paciente de 77 años después de necrosis intestinal extensa, resección masiva y falla multiorgánica demuestra que la edad avanzada y las comorbilidades, aunque incrementan el riesgo, no determinan por sí solas la

imposibilidad de recuperación. La valoración individual de viabilidad terapéutica debe considerar la respuesta fisiológica, extensión del daño, reversibilidad de las disfunciones orgánicas y posibilidades de soporte posoperatorio.

La permanencia aproximada de 30 cm de intestino delgado y la reconstrucción mediante anastomosis yeyuno-transverso plantean un desafío clínico que trasciende la supervivencia inmediata, debido al riesgo de síndrome de intestino corto, alteraciones hidroelectrolíticas, malabsorción, diarrea y deterioro nutricional. El seguimiento requiere vigilancia multidisciplinaria sostenida, con especial atención al estado nutricional, función renal, hidratación y capacidad de adaptación intestinal. El caso evidencia que el tratamiento de la isquemia mesentérica extensa debe comprenderse como un proceso continuo que integra cirugía de urgencia, soporte intensivo y manejo funcional posterior. La documentación de la anatomía intestinal remanente y de la evolución clínica resulta esencial para orientar decisiones nutricionales, anticipar complicaciones y valorar objetivamente la recuperación a mediano y largo plazo.

Referencias Bibliográficas

- Blaser, A., Koitmäe, M., Bachmann, K., De Gaetano, P., Kiisk, E., Laisaar, K., Piva, S., Stahl, K., Tamm, K., & Acosta, S. (2025). Management of acute mesenteric ischaemia in adult patients: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Emergency Surgery*, 20, 36. <https://doi.org/10.1186/s13017-025-00614-6>
- Blaser, A., Mändul, M., Björck, M., Acosta, S., Balar, M., Bodnar, Z., Casian, D., Demetrashvili, Z., D'Oria, M., Durán Muñoz-Cruzado, V., Forbes, A., Fuglsleth, H., Hellemann Itzhaki, M., Hess, B., Kase, K., Kirov, M., Lein, K., Lindner, M., Loudet, C., ... Tamme, K. (2024). Incidence,

- diagnosis, management and outcome of acute mesenteric ischaemia: A prospective, multicentre observational study (AMESI study). *Critical Care*, 28, 32. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04807-4>
- Blaser, A. R., Koitmäe, M., Blaser, A., Koitmäe, M., Laisaar, K., Forbes, A., Kase, K., Kiisk, E., Murruste, M., Reim, M., Starkopf, J., & Tamme, K. (2025). Radiological diagnosis of acute mesenteric ischemia in adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 15, 9875. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-94846-w>
- Costello, L., Duggan, W. P., Flanagan, M., Toale, C., & Kavanagh, D. O. (2025). Current approaches to diagnosis and management of acute mesenteric ischaemia: A scoping review. *Digestive Surgery*, 42, 229–246. <https://doi.org/10.1159/000547297>
- Fuglseth, H., Søreide, K., & Vetrhus, M. (2023). Acute mesenteric ischaemia. *British Journal of Surgery*, 110(9), 1030–1034. <https://doi.org/10.1093/bjs/znad021>
- Khokhar, B., Pathania, V., Nazarey, P., & Parihar, N. (2025). Global prevalence of short bowel syndrome-associated intestinal failure in adults and children: A targeted literature review and analysis. *Nutrition in Clinical Practice*, 40, 1093–1106. <https://doi.org/10.1002/ncp.11314>
- Lendzion, R., Frahm, G., & Keck, J. (2022). Acute mesenteric ischemia. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 35, 227–236. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743283>
- Martínez, F., & González, F. (2023). *La escritura de textos científico-académicos*. Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/202660>
- Reintam, A., Coopersmith, C., & Acosta, S. (2024). Managing acute mesenteric ischaemia. *Intensive Care Medicine*, 50, 593–596. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07363-1>
- Romero, H., Real, J., & Ordoñez, L. (2021). *Metodología de la investigación*. Edicumbre. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/133491/METODOLOGIA_DE_INVESTIGACION.pdf
- Silador, R. (2023). *Manual de investigación*. Instituto Superior Tecnológico Universitario. <https://tecnologicolezaeta.edu.ec/wp-content/uploads/2023/09/MANUAL-DE-INVESTIGACION-2023-1.pdf>
- Sumbal, R., Mehmood, M., Baig, A., & Sumbal, A. (2022). Predictors of mortality in acute mesenteric ischemia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Surgical Research*, 275, 72–86. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.01.022>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © José Paul Santos Ycaza, Javier Edmundo Ruiz Veliz, Manuel Alejandro Cordones Sevillano, Bryan Ariel Valarezo Romero, Santiago Jair Cárdenas Estrella.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT).

José Paul Santos Ycaza: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

Javier Edmundo Ruiz Veliz: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

Manuel Alejandro Cordones Sevillano: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

Bryan Ariel Valarezo Romero: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

Santiago Jair Cárdenas Estrella: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.

Declaración de financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.

Declaración del editor

El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.

Declaración de los revisores

Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.

Declaración ética de la investigación

Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.

