**Abordagem clínica ao paciente com Isquemia Mesentérica**

**Szabo LV, Neto JT, Filho VEF, Roza MC, Sangirardi CAM, Peixoto LB, Antunes BMS, Moreno CR**

**Escola de Medicina Souza Marques**

**Palavras-chave:** isquemia mesentérica, infarto mesentérico, artéria celíaca, artéria mesentérica, circulação mesentérica, abdome agudo, tratamento clínico

**Introdução:**

Quando a perfusão dos principais órgãos irrigados pela circulação mesentérica (artéria celíaca, artéria mesentérica superior, artéria mesentérica inferior e ramos colaterais) é insuficiente para suprir suas necessidades metabólicas, ocorre a isquemia mesentérica (IM). Sua incidência é maior em indivíduos idosos e naqueles com algum transtorno cardiovascular prévio, como fibrilação atrial. A colite isquêmica é o tipo mais comum dessa entidade. O conhecimento da abordagem clínica é fundamental para melhor manejo inicial e prognóstico.

**Métodos:**

Revisão de literatura. Artigos selecionados em busca nos bancos de dados do Scielo e PubMed. A pesquisa foi realizada de Abril a Junho de 2020.

**Desenvolvimento:**

O paciente que sofre de IM apresenta importante perda de líquido para o terceiro espaço, justificando ser a ressuscitação volêmica uma das medidas prioritárias no momento inicial. Nas primeiras 24 horas, podem ser necessários até 20 litros de cristalóides. Monitorização seriada dos eletrólitos e do status ácido-base também fazem parte do manejo inicial. Com a injúria à parede intestinal, ocorre a perda da barreira mucosa, facilitando a translocação bacteriana. Portanto, antibioticoterapia de amplo espectro deve ser iniciada precocemente. Na ausência de contraindicações, a terapia com Heparina não fracionada IV deve ser iniciada o mais precocemente possível. Cumpre salientar que qualquer evidência de isquemia ou infarto intestinal impede o uso de terapia trombolítica. Havendo peritonite difusa, é provável que já tenha ocorrido infarto intestinal, o que reduz drasticamente as chances de sobrevivência do paciente. A literatura demonstra que a peritonite secundária à necrose intestinal exige cirurgia imediata. Por fim, na busca pela definição de qual seria a estratégia de primeira linha para o tratamento da IM, não existem ensaios controlados randomizados comparando laparotomia com tratamento endovascular. O argumento mais importante a favor da laparotomia é sua capacidade de avaliar diretamente a viabilidade intestinal.

**Conclusão:**

O tratamento com reposição volêmica, acompanhada de monitorização seriada dos eletrólitos e do status ácido base constituem medidas prioritárias na abordagem inicial. Realiza-se terapia com heparina não fracionada IV e antibióticos de largo espectro para evitar infecções. Em peritonite difusa indica-se laparotomia exploratória para avaliar adequadamente a viabilidade intestinal para minimizar atrasos na reparação do fluxo sanguíneo.