

SÍNDROME ABDOMINAL AGUDO POR TROMBOSIS ARTERIAL MESENTÉRICA

ACUTE ABDOMINAL SYNDROME DUE TO MESENTERIC ARTERIAL THROMBOSIS

Rhanderson G. Cargnelutti¹, Rebeca G. de Oliveira¹, Violeta A. Villalba G¹, Daniel B. Zapata¹, Bianka Y. Quezini¹, Teresa de S. Silva¹, Francieli B. Kelm¹, Idia I. da Silva G¹, Emily de S. Silva¹, Jocemar F. Rosa¹, Aline Fiorese²

RESUMEN

El abdomen agudo vascular representa una de las formas más graves entre las urgencias abdominales, con índices de mortalidad de 46 a 100%. La insuficiencia vascular puede ser dividida en aguda (infarto intestinal) o crónica (angina abdominal). La mayoría de los casos cursan con síntomas leves, que frecuentemente son desestimados por el paciente o atribuidos por el médico a otras afecciones abdominales. Se presenta, en general, en pacientes añosos, con factores predisponentes y desencadenantes, claramente individualizados. Como el cuadro clínico es polimorfo y los métodos de estudios son inespecíficos, el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad es muy difícil.

El diagnóstico tardío se asocia a una alta mortalidad, llegando a 100%. Los métodos de estudio de imagen son inespecíficos lo que dificulta la correlación entre la sintomatología, examen físico y métodos auxiliares. Se reporta el caso de un cuadro de isquemia mesentérica aguda, su presentación y evolución.

Palabras claves: isquemia mesentérica; trombosis arterial mesentérica; síndrome abdominal agudo; abdomen agudo vascular.

ABSTRACT

Acute vascular abdomen represents one of the most serious forms among abdominal emergencies, with mortality rates of 46 to 100%. Vascular insufficiency can be divided into acute (intestinal infarction) or chronic (abdominal angina). Most cases present with mild symptoms, which are often dismissed by the patient or attributed by the doctor to other abdominal conditions. It generally occurs in elderly patients, with clearly individualized

¹ Estudiantes- 5º año-Clínica Quirúrgica- Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Privada del Este (Pte. Franco)

² Auxiliar de la Enseñanza- Clínica Quirúrgica- Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Privada del Este (Pte. Franco)

Autor de correspondencia: Violeta Villalba – Dirección: Yvapovo y Palosanto (Hernandarias)

Mail: villalba.violeta19@gmail.com

Fecha de recepción: 10-05-2022 Fecha de aceptación: 12-06-2022

predisposing and triggering factors. As the clinical picture is polymorphous and the study methods are non-specific, the diagnosis in early stages of the disease is very difficult.

Late diagnosis is associated with high mortality, reaching 100%. Imaging study methods are non-specific, which makes it difficult to correlate symptoms, physical examination, and auxiliary methods. The case of a picture of acute mesenteric ischemia, its presentation and evolution are reported.

Key words: mesenteric ischemia; mesenteric arterial thrombosis; acute abdominal syndrome; vascular acute.

INTRODUCCIÓN¹⁻⁶

La isquemia mesentérica se puede clasificar de acuerdo con la forma de presentación, en aguda y crónica; por su cuadro clínico, en leve o grave; por la extensión de la necrosis, en localizada o generalizada y según su causa, en oclusiva y no oclusiva. La isquemia mesentérica aguda se asocia a una mortalidad mayor de 50%.

Las principales causas de isquemia mesentérica aguda son:

- 1- Embolismo: constituye la causa más común (50% de los casos). Frecuentemente afecta al tronco celiaco y la arteria mesentérica superior. Entre las causas se citan a la fibrilación auricular, cardiomiopatías, trombo mural consecuencia de un infarto de miocardio, tumores cardiacos, enfermedad valvular y aneurismas torácicos o abdominales.
- 2- Trombosis arterial: es la segunda causa más frecuente (20– 35% de los casos). Es dado por enfermedad aterosclerótica preexistente, traumatismos o infección.
- 3- Trombosis mesentérica venosa: (5 – 15% de los casos), involucra usualmente la vena mesentérica superior, pero puede envolver la mesentérica inferior, esplénica y vena porta. Causado por estados de hipercoagulación, traumatismos cerrados, infección, hipertensión portal, cirugía abdominal.
- 4- Isquémica mesentérica no oclusiva: (5 – 15% de los pacientes). Es resultado de una disminución en la perfusión esplácnica causada por insuficiencia cardiaca, insuficiencia aórtica, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, infarto de miocardio o edad avanzada.

Recientes comunicaciones calculan una incidencia que oscila entre 4,5 y 44 nuevos casos por cada 100.000 habitantes. Es más frecuentes en mujeres que varones (relación 1,5/1) y 85% de los pacientes afectados tienen más de 65 años.

Esta entidad resulta de difícil diagnóstico en el ámbito clínico y de un mal pronóstico para el paciente, con alta tasa de mortalidad, y alto costo médico. Por ende, es de relevante importancia reconocer precozmente el cuadro isquémico y solicitar los estudios correspondientes y actuar debidamente en el menor tiempo posible, instaurando un

tratamiento adecuado. Se reporta el caso de un cuadro de isquemia mesentérica aguda, su presentación y evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 73 años, con antecedentes de diabetes, enfisema pulmonar, hipertensión arterial sistémica, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca con FE 25%, hiperplasia prostática benigna e hipotiroidismo. En tratamiento con furosemida, carvedilol, amiodarona, salbutamol, finasterida, doxazosina, metformina, simvastatina y clopidrogrel.

Refirió dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución acompañado de detención de heces y gases por el cual acudió al servicio de urgencia. Se agregó al cuadro, vómitos con necesidad de sonda nasogástrica con débito fecaloide seguido por secreción biliosa. Al examen físico se constató taquipnea y signos de deshidratación. Abdomen distendido y doloroso a la palpación difusa. Presentó hipotensión refractaria al volumen, requiriendo uso de noradrenalina y necesidad de soporte de O₂ con máscara. En las pruebas de laboratorio, la gasometría evidenció acidosis metabólica severa y lactato elevado, tiempo de protrombina elevado, urea 120mg/dl, creatinina 2,30. El hemograma manifestó anemia aguda, trombocitopenia, con leucocitosis y neutrofilia. Inicialmente se realizó ecografía de abdomen sin alteraciones. La tomografía computarizada reveló signos de oclusión intestinal. (Fig. 1 y 2)

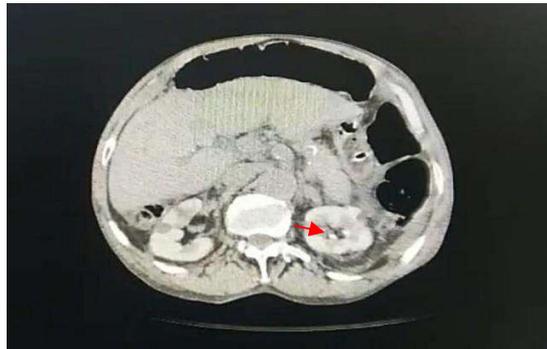


Fig. 1: Tomografía computarizada de abdomen donde se evidencia la arteria antes de ser oclusiva.



Fig. 2: Tomografía computarizada de abdomen con oclusión arterial.

El diagnóstico pre-operatorio fue de oclusión intestinal mecánica con comprometimiento vascular; por ende, se realizó laparotomía exploradora supra-para-infraumbilical donde se constató necrosis del intestino delgado (290cm) desde los 65 cm del ángulo de Treitz, necrosis del ciego, colon derecho y un tercio del colon transverso. Se realizó resección intestinal en bloque de toda la pieza sin restablecer la continuidad intestinal. (Fig. 3 y 4)



Fig. 3: Laparotomía exploradora. Segmento de intestino necrosado resecado.



Fig. 4: Vista macroscópica del segmento de intestino grueso resecado

Paciente se mantuvo estable durante toda la cirugía con buena progresión. Se ejecutó un segundo acto quirúrgico para restablecer el tránsito intestinal, realizándose anastomosis entre el yeyuno remanente y el colon transverso, con ayuda de sutura mecánica.

El paciente evolucionó con disfunción renal sin signos de nueva sepsis; se agregó melena con hipotensión y descenso de la hemoglobina (a 8,2 gdl). La endoscopia digestiva alta informó gastritis erosiva leve del fundus y el antro gástrico, gastritis severa del cuerpo y una úlcera gástrica antral (Forrest IIc). El cuadro infeccioso cursó con taquipnea y broncoespasmo estando intubado. Ya con traqueostomía, días después el paciente presentó dolor abdominal y peritonitis aguda, realizándose nueva laparotomía con ileostomía terminal más colostomía transversa distal. El paciente ya deteriorado presentó shock séptico de origen abdominal, con crisis convulsivas generalizadas, entrando en shock séptico mixto que lo llevó al óbito.

DISCUSIÓN

La isquemia mesentérica aguda presenta una morbimortalidad elevada por lo que es de vital importancia realizar un diagnóstico precoz y actuar rápidamente. El correcto diagnóstico y abordaje radica principalmente en la sospecha clínica en pacientes con dolor abdominal agudo. En este caso se trata de un paciente masculino de 73 años que se presentó con un cuadro de 24 horas de dolor, en quien no se realizó un diagnóstico correcto en la primera evaluación, como ocurre con la mayoría de los casos, ya que la primera sospecha clínica fue de hernia inguinal izquierda complicada. Coincidente con los datos de la literatura publicada se confundió con otros diagnósticos de origen abdominal y fue durante la cirugía que se descubrió la trombosis arterial y necrosis masiva intestinal, requiriendo resección intestinal extensa.

Lastimosamente, los estudios de laboratorio son inespecíficas; puede aparecer leucocitosis (98% de los casos), neutrofilia importante y elevación de proteína C reactiva. Además, acidosis metabólica, aumento del nivel de lactato en sangre y hemoconcentración. Con relación a los estudios de imágenes, la radiografía simple de abdomen puede ser normal en 25% de los casos; los signos radiológicos son tardíos (íleo en grado variable, impresiones digitales del intestino, neumatosis intestinal o gas en la vena porta). La ecografía abdominal, asociada al doppler tiene sensibilidad de 70 – 80% y especificidad de 92 – 100%, aunque, no es útil en detectar émbolos distales a la arteria mesentérica superior. La tomografía con contraste endovenoso permite observar la anatomía arterial visceral (sensibilidad de 100% y una especificidad de 91% en la detección de estenosis de la arteria mesentérica superior). Sin embargo, la angiografía contrastada ha sido considerada el Gold estándar para la visualización de los vasos viscerales (sensibilidad de 74 – 100% y especificidad cerca del 100%). En cuanto al tratamiento, las metas en la isquemia mesentérica aguda consisten en restaurar el flujo pulsátil normal de la arteria mesentérica superior o vaso afectado, resecar el intestino no viable y realizar un second look a las 24 o 48 horas para valorar isquemia marginal.

En conclusión, la trombosis arterial mesentérica, debe tenerse como diagnóstico diferencial en casos de dolor abdominal. Se debe pensar en ella cuando el dolor abdominal no se correlaciona con los hallazgos del examen físico, como este caso fue confundido con el diagnóstico de hernia inguinal complicada. Es de difícil diagnóstico; puesto que la clínica, la exploración física, los exámenes complementarios y la radiología son inespecíficos. La mortalidad es alta y se incrementa con el diagnóstico tardío.

REFERENCIAS

1. Vindas Guerrero SE. Isquemia mesentérica aguda. Rev. Med. Sinerg. 2017;2(10):7-11.
2. Trejo Ávila ME, Arce Liévano E, Cuendis Velázquez A, Romero Loera LS. Síndrome abdominal agudo por trombosis venosa mesentérica y portal. Informe de un caso y revisión del tema. Rev. Fac. Med. (Méx.) 2017 Feb; 60(1): 23-27.

Reporte de caso

3. González Villavicencio PF. Incidencia de infarto mesentérico en 70 pacientes durante el periodo comprendido entre el 1 de agosto del 2007 al 1 de agosto del 2009. [Tesis doctoral]. Guayaquil: Especialización en cirugía general, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2012: 18-22.
4. Tognini JRF, Bacchi Hora JA, Bertolli E. Cirugía Geral. 1ª ed. Sao Paulo: Medcel; Octubre del 2021: 101-103.
5. Olivares Bañuelos D, Zaldívar Reyna O, García Álvarez J, Parra Soto I. Trombosis de la Arteria Mesentérica Superior: Reporte de un caso. Rev. Hosp. Jua. (Méx.). 2010; 77(2):141-145.
6. Amanda Primorosa del Carmen Cifuentes, Douglas Guadron, Ernesto Sánchez. Trombosis Venosa Mesentérica: Reporte de caso. Rev. Guatem. Cir. 2017; 23: 76-82.