

EMBOLIA MESENTERICA

MANUEL DE CÁRDENAS

*Jefe del Servicio de Cirugía Vascular de la Cruz Roja de San Sebastián
(España)*

Una estadística clásica de McIVER dice que un 3 % de los llamados abdómenes agudos se deben a trastornos vasculares graves de los vasos mesentéricos. Es difícil confirmar tal aseveración. De una parte nuestra casuística es siempre escasa, especialmente si la comparamos con la de los americanos; y de otra parte existen dos hechos, la demostración de BLALOCK de que un perro puede sobrevivir a la oclusión experimental de las tres arterias intestinales, y el hecho de que se hayan recuperado sin detrimento orgánico o funcional enfermos que, padeciendo evidentes infartos mesentéricos, no fueron sometidos a resección. Así las cosas es preciso pensar con PRATT y WANGESTEEN que un cierto número de infartos mesentéricos de uno y otro origen pueden pasar inadvertidos o han podido confundirse con otras afecciones no quirúrgicas de la patología intestinal.

Lo que sí es cierto es que los cirujanos nos encontramos con esta afección de cuando en cuando; no con suficiente frecuencia para que podamos hablar de nuestra experiencia, pero sí lo bastante amenudo para que ante determinados síndromes abdominales podamos pensar en la embolia, y en su presencia, esperada o de sorpresa, en una laparotomía, podamos tener un criterio terapéutico a seguir.

En mi estadística personal, que alcanza ya más de 3.000 laparotomías, recuerdo 5 casos bien definidos pero sólo voy a referirme al enfermo presente.

Estas oclusiones vasculares pueden ser tanto arteriales como venosas. TOTTER, en una serie de 340 casos de oclusión mesentérica, encontró 40 % venosas y 60 % arteriales. No obstante, MAINGOT habla de un 61 % de venosas.

Las oclusiones arteriales ocurren con ocasión de un émbolo desprendido en el curso de una cardiopatía embolizante; otras veces es una obstrucción por tromboangiitis o arteriosclerosis —tal parece haber sido el caso del presidente Eisenhower—; a veces la oclusión arterial se debe a un accidente quirúrgico o a diferentes causas. La trombosis de las venas mesentéricas se presenta con motivo de infecciones de las vísceras abdominales por propagación vascular o de vecindad y en los procesos intestinales acompañados de oclusión vascular o distensión. A este efecto DRAGSTEAD ha demostrado que una presión de 60 mm. de mercurio en la luz intestinal es suficiente para detener la circulación en el territorio correspondiente originando la trombosis venosa.

Las consecuencias anatomopatológicas de la oclusión en un territorio cualquiera arterial mesentérico serán la detención de la circulación arterial y el remanso de la venosa y la linfática. En estas condiciones la anoxia de la pared vascular, al dañar las células endoteliales, permite la diapedesis y la trasudación plasmática tanto en el seno de los tejidos del segmento intestinal afectado como, a través de la serosa, en la cavidad peritoneal libre y, a través de la mucosa, en la luz del intestino. La gran vascularización mesentérica y la especial adaptabilidad de los vasos del intestino y de la mucosa para los cambios de fluidos determina el que la trasudación en la luz intestinal sea de alto contenido hemático, que en casos de infarto de gran extensión intestinal puede conducir a hemorragias copiosas e incluso mortales.

Creo que es suficiente haber visto recientemente un caso de embolia mesentérica para justificar su publicación, pero me parece que el interés que este caso clínico que presento pueda tener queda acrecentado ante el hecho de que, disponiendo en el momento del acto quirúrgico de una máquina fotográfica con película Agfacolor y de un aparato de iluminación, tuve la oportunidad de obtener unas fotografías sumamente interesantes que es posible sean únicas en la materia.

CASO CLÍNICO

El enfermo J. E. S., labrador, de 46 años, sin haberse quejado anteriormente de padecimiento alguno, presenta súbitamente 6 horas antes de su ingreso en nuestro Servicio un dolor agudísimo en el epigastrio acompañado de náuseas, diarrea y un estado de «shock» que progresó de hora en hora. Hecho un diagnóstico de abdomen agudo nos es enviado. Su cara es angustiosa, la respiración difícil, con ansia y a expensas de la caja torácica con intento antálgico de no mover el diafragma. El pulso es de 120. La tensión arterial es 10-6, la temperatura 37'8. La palpación permite apreciar un vientre deprimido y con poca defensa, aunque provocando dolor mayor aún que el preexistente al paso de la mano por la región epigástrica. El tacto rectal es normal a pesar de que el enfermo tuvo diarrea en un principio.

El enfermo ha emitido sin molestias orina normal. No recuerda haber ingerido nada que por su calidad o cantidad nos pueda hacer pensar en la existencia de una intoxicación o empacho gástrico. Un hemograma nos muestra sensiblemente una normalidad hemática.

Fundamentalmente sorprenden tres síntomas en un sujeto que se sentía sano y que aparentemente lo estaba: dolor intenso en el epigastrio, aparición súbita y estado angustioso de «shock».

No existe ni la agitación ni el viento en tabla del perforado gástrico; falta casi toda la sintomatología del apéndice; el dolor no aparece en la digestión de una comida copiosa ni se propaga hacia la izquierda como hubiese ocurrido probablemente en una pancreatitis; no hay antecedentes ni dolor en el punto cístico ni subictericia que no hubieran hecho pensar en un cólico hepático. Se piensa también en la posibilidad de un infarto miocárdico e incluso en esos cuadros pseudoanginosos que producen algunas hernias diafragmáticas. Nada de ello se confirma. Sí en cambio se descubre un arrastre presistólico en los focos del corazón izquierdo, y es entonces cuando el en-

fermo acueiado en el interrogatorio confiesa que, aunque nunca se cansa en su trabajo de labrador, fué inútil para el servicio militar por tener un soplido en el corazón.

Se admite la posibilidad de la embolia mesentérica y se practica una laparotomía. Aparece un ligero exudado serohemorrágico libre en la cavidad peritoneal. Pronto se descubre un asa del yeyuno que en una extensión de unos 15 cm. presenta una coloración amarillenta que aparece aumentada de volumen. Explorado su mesenterio se descubre en el origen de sus vasos propios un nódulo duro, voluminoso que evidentemente corresponde a un émbolo o trombo arterial (fig. 1). El territorio venoso más allá del mesenterio indoleado no parece afecto, y por ello, y porque la congestión vascular es más bien discreta, nos quedamos con el diagnóstico de oclusión arterial en una rama de la mesentérica superior de un émbolo procedente seguramente de la endocarditis que acompaña a una probable estenosis mitral antigua.

En estas circunstancias practiqué una resección intestinal del segmento mesentérico correspondiente seguida de anastomosis término-terminal. Antes de cerrar la cavidad abdominal infiltré la raíz mesentérica con solución de novocaína.

En la cama el enfermo fué tratado con los medios habituales en la cirugía del aparato digestivo, a los que se añadió la perfusión, gota a gota, de la solución al 1 % de procaína, un tratamiento anticoagulante con heparina y tromexano y la ya clásica y rutinaria antibioterapia.

El curso fué normal y el alta a su debido tiempo.

COMENTARIO

Del presente caso se pueden sacar, entre otras, las siguientes conclusiones:

Es preciso insistir escrupulosamente en la investigación de la historia clínica de todo enfermo, aunque, como en muchos casos, manifieste que su salud había sido siempre normal.

La localización tan frecuente y selectiva del dolor de estos procesos arteriomesentéricos en el punto epigástrico coincide con la salida de la mesentérica superior —en la que la afección es más frecuente— por debajo del páncreas y por encima de la porción horizontal del duodeno.

El clásico síntoma de la emisión de sangre por el intestino puede no hacerse manifiesto, ya que depende de dos cosas: la extensión del intestino afectada, y las horas transcurridas desde el comienzo del accidente vascular.

Si el estado de salud del enfermo lo permite, debe siempre hacerse el tratamiento quirúrgico, porque es muy difícil llegar por otro camino a una

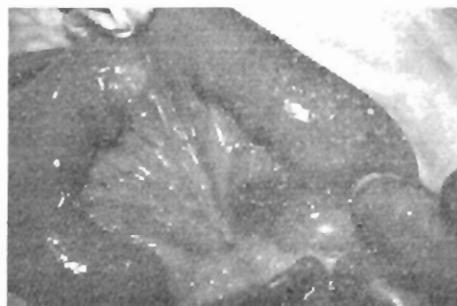


Fig. 1. - Infarto intestinal por embolia mesentérica.

precisión en el diagnóstico y porque, aunque ya hemos hablado de casos de curaciones espontáneas o médicas de infartos mesentéricos, hoy día la práctica de una resección quirúrgica no entraña peligros especiales.

El tratamiento quirúrgico debe ir acompañado, como en todo proceso vascular obstructivo agudo, de medicación antiespasmódica, medicación anti-coagulante y medicación antibiótica.

RESUMEN

Se presenta un caso de oclusión arterial mesentérica tratada con éxito por la resección intestinal seguida de anastomosis terminoterminal. La oclusión vascular mesentérica es más frecuente de lo supuesto, y su diagnóstico seguido de intervención urgente puede dar lugar a la curación. Su resolución espontánea es rara. La mortalidad por infarto mesentérico puede reducirse sólo ejecutando con mayor frecuencia la laparotomía exploradora en pacientes con dolor abdominal inexplicado.

SUMMARY

A case of acute mesenteric arterial occlusion successful treated by resection and anastomosis is reported. Mesenteric vascular occlusion is a dramatic abdominal emergency. It is apparently more frequent than is generally supposed, and recognition of the condition, with immediate surgical intervention, may result in cure. Spontaneous recovery is rare. The mortality of mesenteric infarction can only be reduced by the more frequent judicious use of diagnostic laparotomy in patients having unexplained abdominal pain.