

INFARTO ORGANICO DEL INTESTINO DELGADO

ORLANDO F. LONGO

Córdoba (Argentina).

En el transcurso de los años la literatura se ha enriquecido con un buen número de observaciones, publicadas o recopiladas, sobre la afección vascular del intestino delgado y que indistintamente se denomina: apoplejía intestinomesentérica, oclusión vascular, infarto de intestino, etc. Las contribuciones clínicas, estudios radiológicos, observaciones operatorias o de necropsia y la labor experimental han logrado integrar este amplio, apasionante y disperso capítulo del abdomen agudo, que debe ser tenido en cuenta cada vez que el médico se encuentra ante un paciente con sufrimiento abdominal agudo de naturaleza incierta o de difícil interpretación.

En diversos artículos, en colaboración con SOSA GALLARDO y FERRARIS, he dado cuenta de nuestra labor experimental y de las observaciones clínicas en las que nos cupo actuar a partir del año 1946 y que han sido publicadas «in extenso» desde 1950 en adelante. Ultimamente WILSON y asociados, en un enjundioso artículo, han hecho una revisión casi exhaustiva del tema con el análisis de treinta y dos casos.

Habiendo tenido oportunidad de estudiar clínica, radiológicamente y con el control de la histopatología de la pieza operatoria resecada, una enferma afectada de una obliteración arterial mesentérica, me deciden a discutir algunos aspectos de la cuestión.

En un artículo anterior reconocíamos las siguientes variedades, conforme con la alteración del intestino, su compromiso vascular y la forma de reaccionar frente a la terapéutica empleada: a) con lesiones arteriales orgánicas, b) alteraciones órgano-funcionales de los vasos mesentéricos, y c) puramente funcionales, que corresponden a los denominados por GREGOIRE y CCUVELAIRE apoplejía intestino mesentérica por «shock» de intolerancia o anafiláctico. El mérito de los susomencionados autores es haber desglosado del capítulo del infarto del intestino aquellos cuyas lesiones son reversibles y que designamos como funcionales, puesto que no prejuzga sobre su probable etiología y son en última instancia secundarios a un trastorno vasomotor reflejo condicionado por cualquier causa y que la literatura americana los denomina idiopáticos o de causa desconocida (RIVES-MUSGROVE, etc.) y los incluyen dentro del capítulo de oclusión vascular mesentérica.

Concretando el problema a los de etiología puramente orgánica, interesante es destacar los producidos por obstrucción arterial identificados macroscópicamente por el aspecto hemorrágico-morcilla del segmento intestinal comprometido (ausencia de latido arterial perceptible) que se extiende en forma de cuña hasta la raíz del mesenterio. El edema, sufusiones

hemorrágicas y aumento de consistencia hacen difícil descubrir por la palpación el latido arterial, pero puede reconocerse el nivel de la obstrucción vascular. Son sus responsables las enfermedades trombo-embolizante, cardio-vasculares, el hiperesplenismo, etc., aún cuando se torna difícil determinar —a veces— el punto de partida de la enfermedad y hacer macroscópicamente un distingo entre el compromiso arterial y venoso ya que en lesiones arteriales de vieja data el sistema venoso sufre su repercusión y a la poste ambos juegan un mismo papel en la evolución del infarto orgánico del intestino delgado.

En la recopilación realizada por SALLERAS se pone de manifiesto la mayor frecuencia del compromiso de la arteria mesentérica superior, habiendo por su parte KUSMAL querido establecer la topografía de la enfermedad por el tipo de dolor subjetivo, pero la experiencia ha demostrado lo falaz de esta presunción.

El dolor inicial es agudo, intenso, a veces por crisis como el obstruido intestinal con diarreas profusas y excepcionalmente con enterorragia. El valor diagnóstico de este signo en las enfermedades intestinales de etiología vasculo-funcional en el niño ha sido dilucidado en parte por DEMO, en un extenso y provechoso artículo. Hay que reconocer que no es lo común en el adulto, según los informes obtenidos de las historias clínicas que he tenido oportunidad de examinar en la bibliografía sobre el tema.

Los vómitos no faltan nunca, son abundantes, biliosos, porráceos, fecaloideos y en contados enfermos vemos «el vómito negro» sinónimo de grave repercusión orgánica y preludio de muerte inminente.

El estado general decae con precocidad; fácil es advertir el derrumbamiento a medida que transcurren los días. El pulso es pequeño, frecuente, etc.; hay palidez con hipotensión e hipotermia y cianosis periférica que acompaña al enfermo hasta su etapa final.

La observación del abdomen no descubre ondas peristálticas, la distensión es moderada, la palpación reconoce a veces una masa tumoral (MONDOR) que he tenido oportunidad de examinar en un caso de infarto funcional. Guiados por la sintomatología subjetiva y objetiva, se llega presuntivamente al diagnóstico de oclusión intestinal con que se operan la mayoría de estos enfermos.

Radiológicamente se visualiza un segmento intestinal de límites engrosados, bordes netos, fijo e inmóvil que dan validez al diagnóstico de infarto intestinal, aun cuando no son patognomónicos de la afección.

Los informes del laboratorio no tienen significación para la orientación diagnóstica, estando desde luego indicada la laparotomía para zanjar la etiología y proceder según el balance de las lesiones encontradas y su comportamiento a los fármacos o «test» de vitalidad intestinal utilizados. Particularmente hablando de los orgánicos, la resección intestinal se impone, con anastomosis laterolateral o término-terminal según la preferencia del operador; pero hay enfermos que son transportados al quirófano en malas condiciones y, en estos casos, lo prudente es exteriorizar el asa intestinal comprometida para resecar al día siguiente la porción esfacelada y una vez apuntalado el equilibrio biológico interno proceder a la anastomosis.

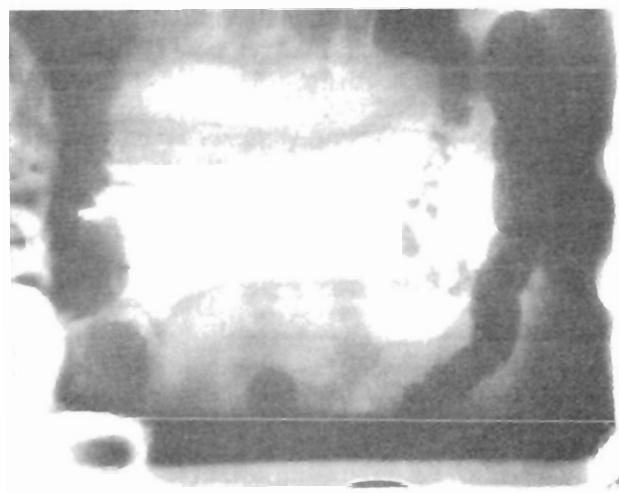


Fig. 1. — Radiografía de la enferma con infarto orgánico del intestino.

presupone en el futuro la instalación de un aleteo o fibrilación auricular.

El 1.^o de mayo del corriente año refiere dolor difuso en abdomen, sin localización precisa con vómitos abundantes, diarreas profusas; al segundo día de su enfermedad enterorragia, sin temperatura, etc. Durante cinco días es tratada en la ciudad de su residencia y, ante la gravedad del cuadro, es transportada en avión a esta capital el día 5 de mayo.

Examinada, se comprueba: enferma disneica, con cianosis de las extremidades, pulso pequeño y arritmia completa; obnubilada. Hipotensión arterial (máxima debajo de 100) e hipotermia. Palidez de piel y mucosas con alarmante deshidratación. Abdomen distendido, con sensibilidad difusa pero no exagerada; no se palpa tumor. Tacto rectovaginal, negativo.

Se procede a tomar dos radiografías: una direc-

Al margen de la operación hay que recordar como recursos de primera línea: los anticoagulantes y los antiespasmódicos o la anestesia esplácnica.

Nuestra *observación* corresponde a la Sra. M. de V., 65 años. (Clínica privada). En el año 1956 después de un completo estudio cardiovascular se llega a las siguientes conclusiones: hipertensión con arteriosclerosis, bloqueo de rama derecha tipo S. Wilson, extrasistolia auricular y ventricular aislada. La extrasistolia auricular

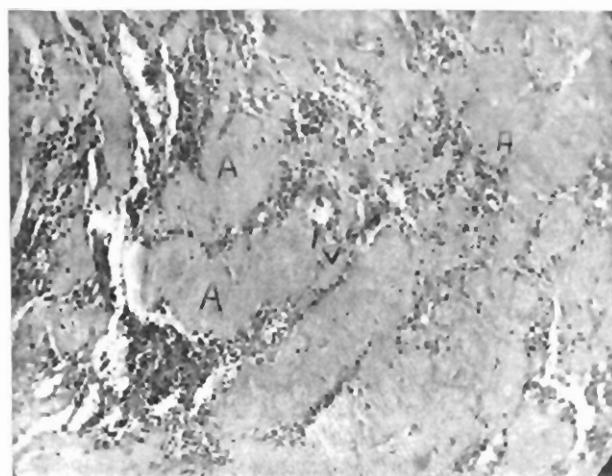


Fig. 2. — Mesenterio con acúmulo de substancia amiloidea (A) que reduce la luz vascular (V).

ta de abdomen y otra con enema de bario, que demuestran (figura 1) ausencia de obstáculo a nivel del intestino grueso, asas del delgado dispuestas horizontalmente ocupando el centro de la cavidad abdominal, aumentadas de volumen, de bordes netos, aperistálticas (control radioscópico), etc. La obesidad de la paciente y sus condiciones generales no nos permitió prolongar la observación.

Por los antecedentes de su afección cardiovascular, por la abundancia de las deposiciones diarréicas y la enterorragia, se hizo el diagnóstico presuntivo de infarto de intestino, y se decide operar con la colaboración del cardiólogo en la sala de operaciones.

Al abrir el peritoneo se produce un paro cardíaco, que pudo ser controlado con medicación intracardíaca cuando se había dispuesto la toracotomía para iniciar el masaje; en adelante la anestesia fué muy accidentada.

Examinando la cavidad, se descubrió un segmento intestinal infartado con su correspondiente compromiso mesentérico en una extensión de 40 centímetros más o menos y a una distancia de medio metro del ciego. Líquido serohemorrágico libre en peritoneo (el cultivo realizado fué negativo).

Previo «test» con novocaína y prostigmina intramesentérica y ante la ausencia de recuperación de los latidos arteriales del mesenterio y por las condiciones de la paciente, se exteriori-

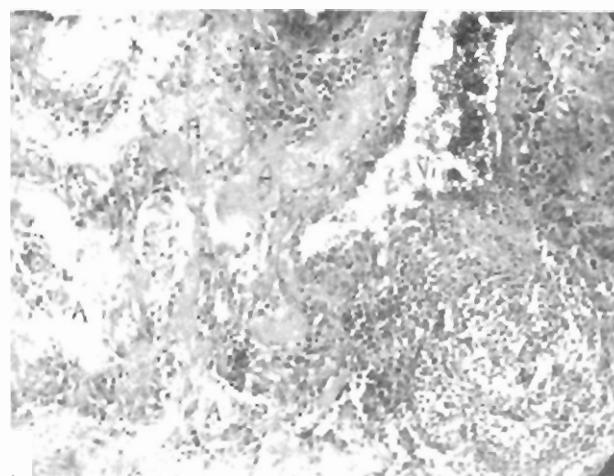


Fig. 3. — Además de la compresión de la substancia amiloidea (A) se observan fenómenos proliferativos e inflamatorios en algunos vasos (V), mientras otros (V_i) están apenas dilatados.

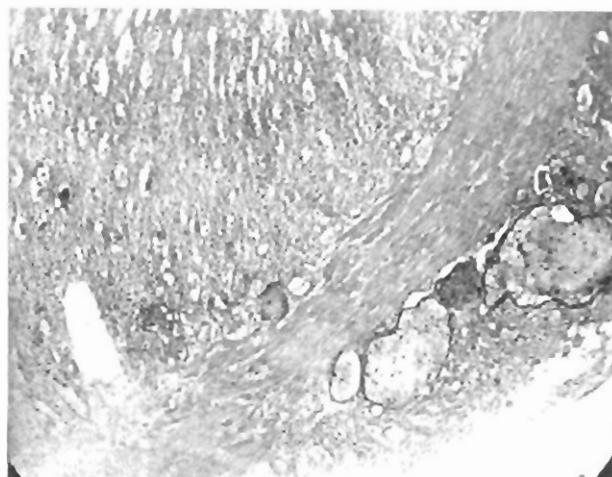


Fig. 4. — Cuadro típico de infarto hemorrágico intestinal.

zó simplemente la zona afectada según los consejos de GREGOIRE. Dos días después, extirpé la parte esfacelada, instalándose en consecuencias una fistula del delgado. Después de 9 días, ante la mejoría subjetiva y objetiva de la enferma, se resuelve efectuar la enteroanastomosis latero-lateral, que fué bien soportada. A las 48 horas deposiciones espontáneas, mejorando progresivamente: dos días después, en forma repentina, colapso cardiovascular y muerte. De más está decir que se indicó: anticoagulantes, antiespasmódicos, albúmina humana, sangre, antibióticos; en otras palabras, todo el arsenal terapéutico conocido para situaciones similares.

Estudio histopatológico (N. 16.164 Dr. A. FERRARIS). Necrosis de la mucosa y estasis capilar sanguínea, en el mesenterio lesiones de necrosis grasa y trombos recientes de los vasos.

Las microfotografías obtenidas demuestran: mesenterio con acúmulo de substancia amiloidea (fig. 2 -A) que reduce la luz vascular (V); además de la compresión de la substancia amiloidea (fig. 3-A), se observan fenómenos proliferativos e inflamatorios en algunos vasos (V) mientras otros están apenas dilatados (V₁); «cuadro típico de infarto hemorrágico de intestino» (fig. 4).

En resumen: se trata de una nueva observación de infarto orgánico de la mesentérica superior, en una paciente sesentona con una afección sistémica del aparato cardiovascular y que pudo sospecharse antes de la operación: por los antecedentes (enterorragia) y la radiología.

SUMMARY

A case of acute mesenteric arterial occlusion is reported.

BIBLIOGRAFÍA

- GAMBILL y asociados. — "Gastroenterology", 21:133; 1952.
LONGO y colaboradores. — "Rev. Brasileira de Gastroenterología", 5:583 1953.
LONGO y colaboradores. — "Arch. Mal. App. Dig.", 44:1126; 1955.
FEBRET. — "Mem. Acad. Chirur.", 78:661; 1952.
POINOT y colaboradores. — "Mem. Acad. Chir.", 79:771; 1953.
WILSON y asociados. — "Arch. of Surg.", 73:331. 1956.
DEMO, O. — "Angiología", 7:195 1955.
CARDENAS, M. — "Angiología" 10:127; 1958.
SALLERAS, V. — "Angiología", 8:18 1956.