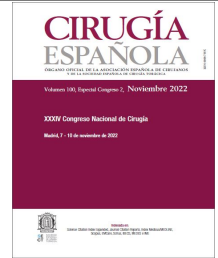




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-650 - EMBOLISMO MÚLTIPLE DE COLESTEROL. CAUSA INFRECUENTE DE ISQUEMIA INTESTINAL

Pérez Otermin, Irati; Velaz Pardo, Leyre; Talavera Utrera, Guadalupe; Sainz Villacampa, Beatriz; Sara Ongay, María José; Chocarro Huesa, Cristina; Ramírez Cervera, Jose Luis; Piñera Díaz, Alberto

Hospital universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: El embolismo múltiple por colesterol es producido por el desprendimiento de microcristales de colesterol de las placas arterioescleróticas de los grandes vasos, ocluyendo arteriolas menores de 200 micras. Fue descrito por primera vez en 1862 por Panum. La mayoría de los casos se producen tras cirugía vascular o cardíaca. Puede afectar a varios órganos, y aproximadamente, 1/5 de estos pacientes sufren isquemia del tracto gastrointestinal.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 60 años con antecedentes de SCASEST en octubre 2021 con isquemia intensa que requirió triple *bypass* coronario y sustitución válvula mitral por prótesis mecánica con posoperatorio tórpido (taponamiento cardíaco en 2 ocasiones, que precisa reapertura quirúrgica en ambas ocasiones e ingreso en UCI, *shock* hemorrágico 2º a hematoma retroperitoneal con sangrado activo de arterias lumbares, que precisa reingreso en UCI). Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso y generalizado de 24h de evolución junto con vómitos. Refiere deposición diarreica sin productos patológicos. A la exploración presenta irritación peritoneal generalizada. En la analítica presenta elevación de parámetros inflamatorios. Ante la sospecha de una isquemia intestinal, se solicita un TAC urgente informado como ateromatosis calcificada de la aorta infrarrenal y de las arterias ilíacas. Ciego con engrosamiento mural circunferencial, que no se identificaba en estudio previo, inespecífico. Signos de edema submucoso en colon ascendente y ciego compatibles con isquemia crónica segmentaria. Ausencia de visualización de arterias marginales distales dependientes de la arteria ileocólica. Ante la sospecha de isquemia de ciego por afectación de pequeño vaso, se decide realizar una laparotomía urgente: se evidencia ciego engrosado, con placas de aspecto inflamatorio y meso azulado, con el resto del paquete intestinal sin alteraciones. Se realiza cecectomía y reconstrucción con anastomosis ileocólica manual. Durante el posoperatorio el paciente presentó hemorragia digestiva baja con inestabilización del paciente, resolviéndose mediante endoscopia, evidenciándose sangrado activo de úlcera próxima a anastomosis. Anatomía patológica: la lesión descrita macroscópicamente en ciego, corresponde a zonas de isquemia. En los vasos de la submucosa de pared del intestino y en la pared del apéndice se observa los espacios vacíos correspondientes a émbolos de cristales de colesterol.

Discusión: Para el diagnóstico de esta patología se requiere un alto índice de sospecha, ya que las imágenes radiológicas no suelen ser tan explícitas como en isquemias intestinales por otras causas. La confirmación diagnóstica es histopatológica, al evidenciar cristales de colesterol en las arteriolas de las vísceras afectadas. Para su tratamiento, puede ser de ayuda el tratamiento farmacológico con iloprost, un análogo de la prostaciclina que tiene acción vasodilatadora y antiagregante plaquetario, además de estabilizar el endotelio.

En estos casos, el intervencionismo vascular está contraindicado, ya que podría desestabilizar aún más la placa de ateroma. En casos seleccionados no es necesaria la resección del tramo intestinal afectado, ya que la circulación colateral suple la irrigación.