

Estenosis postraumática del intestino delgado

M. Ferrández, L.M. Rial, M. López y E. Vidal

Unidad de Cirugía y Radiología. Clínica Nuestra Señora de Fátima. Vigo. Pontevedra.

Resumen

Presentamos el caso de un paciente politraumatizado, con traumatismo craneal, fracturas graves de los miembros y trauma abdominal cerrado, que al cabo de 6 semanas de su ingreso presentó un cuadro de oclusión del intestino delgado por ileítis isquémica, que se resolvió por resección del asa estenosada; durante estas 6 semanas fue intervenido para estabilizar las fracturas de los miembros, y presentó cuadros de subocclusión intestinal, que se alternaron con períodos de mejoría hasta el momento de su intervención, cuando el cuadro se hizo irreversible.

Palabras clave: *Ileítis isquémica. Estenosis postraumática.*

(Cir Esp 2001; 69: 514-516)

Introducción

La estenosis postraumática isquémica es un cuadro bastante complejo en su sintomatología, la cual suele aparecer con posterioridad al accidente, y su diagnóstico muchas veces pasa desapercibido, sobre todo cuando se asocia al conjunto de agresiones que sufre un politraumatizado.

El desarrollo tecnológico de nuestras sociedades modernas ha traído consigo un incremento de lesiones traumáticas asociadas; basta recordar que en los EE.UU. fallecen cada año alrededor de 140.000 accidentados¹, con tendencia a aumentar en el próximo milenio, por lo que debemos proyectar esfuerzos en la mejoría del diagnóstico y tratamiento.

Es la estenosis isquémica postraumática un reto a nuestro ejercicio clínico, tal como se demuestra en el caso que presentamos, donde logramos llegar al diagnóstico al cabo de 6 semanas del accidente, ya que hasta ese momento la clínica no fue concluyente al respecto, y además fue necesario corregir las lesiones asociadas de carácter grave.

Correspondencia: Dr. M. Ferrández.
San Salvador, 2, entlo. 36204 Vigo. Pontevedra.

Aceptado para su publicación en julio del 2000.

POST-TRAUMATIC STENOSIS OF THE SMALL INTESTINE

We present the case of a male patient admitted for cranial injuries, limb fractures, and closed abdominal injuries. After six weeks hospitalization he developed stenosis of the small intestine due to ischemic ileitis which resolved after surgical resection of the stenosed loop of the small intestine. During these six weeks of hospitalization he underwent operations for limb fractures. During this time he also had episodes of reversible intestinal obstruction, which became irreversible, thus requiring surgical intervention.

Key words: *Ischaemic ileitis. Post-traumatic stenosis.*

Caso clínico

Paciente de 39 años de edad con antecedentes de asma bronquial, traumatismo craneal con pérdida de conciencia y desorientación, que recuperó en las primeras 3 h. Presentó también contusión abdominal.

Al ingreso, además de las lesiones mencionadas, presentaba un abdomen distendido, tenso, con dolor difuso y defensa a la palpación, timpanismo aumentado y ruidos hidroaéreos muy disminuidos. Se realizó ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. El segundo día de su ingreso se mantenía el dolor abdominal difuso sin haber aumentado de intensidad; realizamos una TC que sugirió una distensión funcional, por lo que se mantuvo una conducta expectante desde el punto de vista quirúrgico.

Pasados 4 días el dolor había cedido, y expulsaba gases y heces. Se procedió a la corrección quirúrgica de las fracturas de los miembros e ingresó en el servicio de UCI con tolerancia y abdomen normal.

A partir de los 15 días de su ingreso empezó a presentar cuadros subocclusivos con mejorías bajo tratamiento médico, hasta que en la sexta semana de su ingreso la sintomatología se acentuó y se hizo persistente. Realizamos una TC que informó de un engrosamiento circunferencial y liso de un asa del ileón distal, con dilatación preestenótica y aumento de la densidad de la grasa mesentérica adyacente, considerándose como posibles etiologías una enfermedad de Crohn o tuberculosis, sin descartar, dado el antecedente traumático, una isquemia intestinal (fig. 1).



Fig. 1. Notable engrosamiento de la pared del íleon terminal, de forma regular, con estenosis de la luz y dilatación de las asas del intestino delgado prestenóticas.

Fue intervenido y se confirmó una gran dilatación de intestino delgado con un asa de íleon terminal estenosada en aproximadamente 10 cm, con mesenterio retráctil y cicatrizal. Realizamos exéresis del asa de íleon terminal con anastomosis laterolateral, apendicectomía y exéresis del divertículo de Meckel (figs. 2A y B).

El estudio ananatomopatológico informó de una mesenteritis retráctil con obliteración vascular y una enteritis isquémica secundaria de intestino delgado. El apéndice cecal y el divertículo de Meckel no presentaban alteraciones.

Discusión

La estenosis isquémica del intestino delgado asociada a traumatismo abdominal es una entidad a tener en cuenta en nuestra práctica clínica, por la posibilidad de no aparecer como tal en las primeras horas, días e incluso meses tras el traumatismo¹; por ello, al analizar retrospectivamente los síntomas y signos que preludian el cuadro, nos planteamos un primer interrogante: ¿es posible realizar el diagnóstico certero en el momento inmediato al trauma?

Para dar respuesta a este interrogante es necesario considerar esta entidad en todas sus variantes atendiendo a su mecanismo de producción, que suele ser el más frecuente por accidente de tráfico², pero sin descartarla ante cualquier traumatismo abdominal cerrado.

Sin embargo, cuando la lesión abdominal forma parte del conjunto de agresiones que identifican a un paciente politraumatizado, el diagnóstico se ve dificultado en gran medida, aun sabiendo que el 25% de los traumas abdominales se acompañan de lesión intracavitaria y las lesiones del intestino delgado aparecen en un 5-15% de los traumatismos cerrados.

En este tipo de pacientes, muchas veces hay alteraciones de conciencia, múltiples lesiones y daños osteomusculares que requieren analgesia y/o sedación, con lo cual se puede alterar la expresión clínica de la lesión abdominal, y de manera muy especial la lesión del intestino delgado de tipo isquémico. Hoy día, con los medios técnicos disponibles, logramos diagnosticar

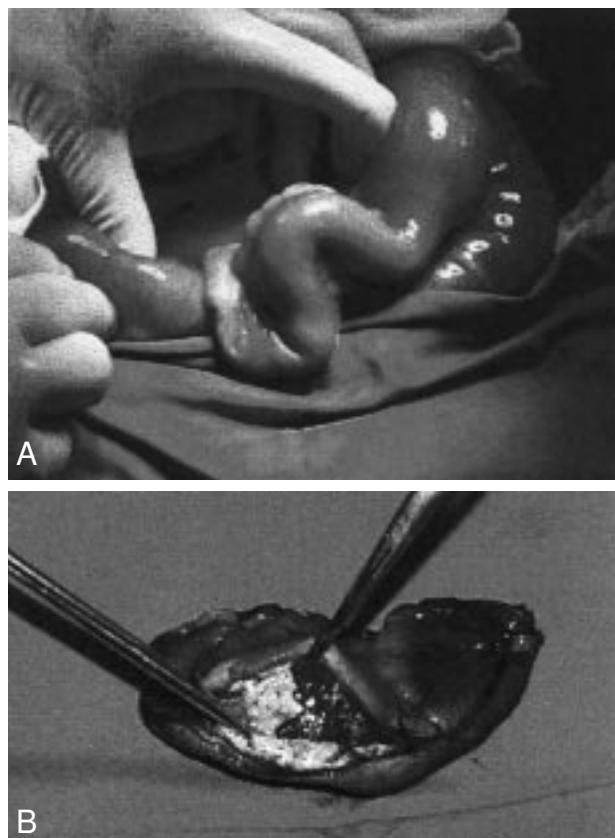


Fig. 2. A) Fotografía operatoria donde se aprecia el segmento del intestino delgado estenosado, y la dilatación prestenótica. B) Pieza operatoria donde se aprecia un engrosamiento de la pared del intestino delgado, con la luz estenosada y restos de detritus en su interior.

en el momento del accidente la inmensa mayoría de las roturas de vísceras huecas o macizas.

En el estudio realizado por Chan et al³ se recomienda sospechar isquemia del intestino delgado en enfermos traumatizados que no fueron laparotomizados en el momento de su ingreso, y que pasadas 3 semanas o más comienzan a desarrollar síntomas y signos de obstrucción incompleta del intestino delgado. Otros casos recogidos en la bibliografía⁴ describen síntomas de obstrucción completa del intestino delgado a más corto plazo, en la primera y segunda semana después del accidente.

En general, el diagnóstico, los síntomas y los signos suelen hacerse más evidentes semanas, meses⁵ e incluso años después del accidente; se ha descrito un caso producido a los 26 años del traumatismo abdominal, que curiosamente se acompañó de una obstrucción ureteral por fibrosis, que además condicionó una hidronefrosis.

En nuestro paciente transcurrieron 6 semanas hasta la intervención, durante las cuales aparecieron cuadros de distensión abdominal, en ocasiones silentes, en las que se realizaron ecografía, radiografía y TC, que sugerían un proceso funcional. En este intervalo fue intervenido para realizar una reducción y osteosíntesis de las lesiones óseas en sus miembros, con franca mejoría del cuadro abdominal.

En la sexta semana de su ingreso reapareció el cuadro de manera progresiva y con síntomas propios de oclusión incompleta,

que paulatinamente en el orden clínico se hizo completa, avalada por la radiología. La TC resultó de gran utilidad^{5,6} porque describía la lesión estenótica y la lesión mesentérica adyacente, planteándose como primera hipótesis un proceso inflamatorio tipo enfermedad de Crohn o tuberculosis, pero sin descartar una isquemia intestinal por antecedente traumático.

De todo lo anterior, resultan claras algunas consideraciones. En general, la sintomatología suele ser de oclusión intestinal incompleta y con signos de cronicidad, y puede aparecer días, semanas o años después del trauma. El antecedente traumático referido por el enfermo no es imprescindible, incluso se puede presuponer en caso de accidente de tráfico asociado al cinturón de seguridad. La TC, entre las pruebas complementarias, resulta de máxima utilidad⁷. Como todo proceso oclusivo, su diagnóstico es complejo.

Bibliografía

- Vanderschot PM, Broos PL, Gruwez JA. Stenosis of the small bowel after blunt abdominal trauma. *Unfallchirurg* 1992; 95: 71-73.
- Frick EJ Jr, Paquale MD, Cipolle MD. Small-bowel and mesentery injuries in blunt trauma. *J Trauma* 1999; 46: 920-926.
- Chan SC, Chen HY, Lee CM, Tsai CH. Small bowel stenosis from blunt abdominal trauma. *Int Clin Pract* 1997; 51: 404-405.
- Bryner UM, Longerbeam JK, Reeves CD. Postraumatic stenosis of the small bowel. *Arch Surg* 1980; 115: 1039-1041.
- Nielsen RT. Ischemic stenosis of the small intestine after blunt abdominal trauma. *Ugeskr Laeger* 1998; 160: 439-440.
- Loberant N, Szvalb S, Herskovits M, Cohen I, Salomon V. Posttraumatic intestinal stenosis, radiographic and sonographic appearance. *Eur Radiol* 1997; 7: 524-526.
- López-Espadas F, Iribarren Sarrias JL, Morrondo Valdeolmillos P, Martínez Alario J, Lacruz Cañas A, Díaz-Regañón G et al. Lesiones abdominales asociadas al cinturón de seguridad. *Cir Esp* 1998; 63: 40.