

Título: Trombosis Mesentérica: visión semiológica, a propósito de un caso.

Autores: Dr. Abelardo Urgellés Orúe *

Dr. Pedro Abelardo Urgellés Martínez **

Lic. Yasmianny Fernández Cedeno ***

Est. Guillermo de la Cruz García ****

Est. Liuvit Chivas Pineda ****

Est. Jaile Isbel Cantillo Cuza ****

*Especialista de Primer Grado de Cirugía General. Máster en Gerencia de Ciencia e Innovación Tecnológica. Profesor Auxiliar.

e-mail: aurgelles@infosol.gtm.sld.cu

** Especialista de Segundo Grado de Cirugía General .Profesor Consultante y Auxiliar.

*** Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Instructora.

**** Estudiante Interno y Alumno Ayudante de Cirugía General.

Resumen

Motivados por el envejecimiento de la población cubana y la de nuestro entorno local, decidimos revisar la presentación de un caso con Trombosis Mesentérica Aguda, con enfoque semiológico, detallando la secuencia atípica de los síntomas y el resultado de los complementarios realizados. Insistimos en los factores predisponentes para la aparición de esta enfermedad, la evolución del paciente y la necesidad de la sospecha clínica temprana.

Introducción

La lesión isquémica aguda del intestino delgado puede ser de origen arterial o venoso; generalmente se le conoce como isquemia mesentérica aguda (IMA). Las causas

arteriales son más comunes e incluyen la embolia de la arteria mesentérica superior (EAMS), la trombosis de esa misma arteria (TAMS) y la isquemia mesentérica no oclusiva (IMNO). Las formas venosas tienden a resultar de la trombosis de la vena mesentérica superior (TVM).

La isquemia mesentérica puede ser provocada por un coágulo de sangre (émbolo) que viaja a través del torrente sanguíneo y bloquea súbitamente una de las arterias mesentéricas. Estos coágulos se observan con mayor frecuencia en pacientes con ritmos cardíacos anormales (arritmias cardíacas), como la fibrilación auricular. La trombosis venosa mesentérica (TVM) es una rara, pero potencialmente letal forma de isquemia mesentérica, cuya presentación puede variar desde una forma completamente asintomática hasta una forma aguda y catastrófica, con infarto intestinal (1, 2,3).

La TVM fue descrita por primera vez por Elliot en 1895, como trombosis del sistema portomesentérico. En las primeras publicaciones como la de Cokkinis, publicada en 1926, se consideró que la TVM era la principal causa de isquemia mesentérica aguda (1, 2, 3,5). Sin embargo, la mayoría de estos casos probablemente eran secundarios a isquemia mesentérica no oclusiva, entidad descrita por primera vez por Ende en 1958 (4,5). Hoy en día, se sabe que 5-15% de los pacientes con isquemia mesentérica aguda tienen TVM (1, 4, 6). La trombosis mesentérica debido a la gravedad y forma urgente de su cuadro clínico ha sido denominada como un gran drama abdominal y según el Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía de Cuba (7), formando parte del Síndrome Mixto del Abdomen Agudo. Estas clasificaciones no son erradas; pues en la trombosis mesentérica se asocian signos y síntomas de los Síndromes peritoneales.

Esta patología constituye tan sólo 0,01% de todos los ingresos en los servicios de urgencias quirúrgicas, 0,006% de las admisiones hospitalarias, y menos del 2% de las autopsias. El infarto intestinal debido a TVM se encuentra en menos de 1 en 1000 laparotomías en casos de Abdomen Agudo (8). Respecto a su frecuencia, se señala que afecta más a los hombres y sobre todo al anciano (mayor de 60-70 años). Aunque se describe en pacientes con edades inferiores a los 30, la edad promedio oscila entre los 55 y 60 años. La mortalidad de esta afección alcanza el 90 %, y está dada no sólo por su gravedad, sino además por el retardo en su diagnóstico y tratamiento (9, 10). Es más frecuente la oclusión arterial, y dentro de ellas la de la arteria mesentérica superior alcanzando cifras de hasta el 90 % (11). La oclusión de las venas mesentéricas es menos frecuente, se señala entre un 15 y un 20%.

Presentación de caso

Nombre y apellidos: P.L.M

Edad: 67

Sexo: Masculino

Procedencia: Urbana

Ocupación: Jubilado

Hábitos Tóxicos: Consumo de Cigarrillos.

Motivo de ingreso (MI): Dolor abdominal

Historia de la Enfermedad Actual (HEA): Paciente, con cuadro clínico de 12 días de evolución con fiebre de 38 °C y 39 °C de predominio nocturno, astenia y adinamia que en las últimas 72 horas comenzó con un cuadro de dolor abdominal difuso asociado a náuseas, vómitos y 3 deposiciones líquidas de moderada cantidad, sin moco, ni sangre, sin pujo ni tenesmo, fiebre de 39 °C, y gran toma del estado general, que fue agudizándose con el paso de las horas.

APP: HTA

APF: N/R

Datos positivos al interrogatorio: Historia previa de dolor abdominal a tipo cólico.

Signos positivos al examen físico:

Paciente con toma del estado general

Temperatura: 38 °C.

Mucosas: Hipocoloreadas y secas

Aparato Respiratorio: Paciente con tipo respiratorio costal superior, respiración rítmica, expansibilidad torácica dificultosa, vibraciones vocales conservadas, sonoridad pulmonar

conservada, murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares. No estertores.

FR: 25/mins

Aparato Cardio Vascular: Latido de la punta no visible pero palpable en 5to espacio intercostal línea media clavicular. Ruidos cardíacos aumentados en frecuencia de tono débil, no soplos, TA: 80/40, FC: 132/mins. Pulsos débiles, llenado vascular dentro de los límites normales, paredes de los vasos difíciles de deprimir, pulso carotídeo visible.

Abdomen: Distensión abdominal, hipersensibilidad abdominal, defensa muscular y dolor de rebote, disminución de ruidos intestinales.

T.R: Material fecal de color amarillo y blanda.

Tejido Celular Subcutáneo: No infiltrado por edemas

Extremidades: Frías y pálidas

Neurológico: Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona que responde al interrogatorio pero somnoliento.

Complementarios

Hb- 10.0 g/l

Hto-0.30 l/l

Leucograma: 17 000 /mm³

Creatinina: 270.72 mmol/l

Coagulograma: T.C- 11 mnt

T.P control- 13 seg

Retracción del coágulo: Retractil en 1h

Plaquetas- 190 x 10⁹ /l

Gasometría: Ph- 7,33

PCO₂- 34,6 mm Hg

PO₂- 87 mm Hg

SBC- 19.3 mmol/l

ABE- 6,4 mmol/l

SO₂- 99,8%

Ionograma

K- 4.5 mmol/l

Na- 137 mmol/l

Ca- 1,06 mmol/l

Rx Tórax PA de Pie: Aorta elongada con calcificación del llamado aórtico.

Neumoperitoneo bilateral

Rx. Abdomen Simple AP de Pie:

Asas delgadas dilatadas y niveles hidroaéreos desorganizados.

EKG: Taquicardia sinusal con trastornos de repolarización.

U/S abdominal: Asas dilatadas y escasa cantidad de líquido libre en cavidad, resto de órganos de HAS sin alteraciones.

Conducta

Ingreso en la sala de Observación por el servicio de Medicina Interna(MI) con los siguientes diagnósticos:

- Enfermedad diarreica aguda?
- Leptopirosis?
- Apendicitis Aguda del anciano?

Tratamiento:

- Hidroterapia Endovenosa (EV)
- Antibioticoterapia (EV)
- Sonda vesical
- Cuidados de Enfermería

A las 3hrs de ingresado el paciente se valora el caso con la guardia de Cirugía por el agravamiento del estado general, los parámetros vitales y la toma de conciencia. Se decide realizar Laparotomía de Urgencia con el Diagnóstico Preoperatorio de:

Trombosis Mesentérica

Diagnóstico Operatorio:

Trombosis Mesentérica con gangrena y perforación de asas yeyunales.

Peritonitis purulenta fecal.

Intervención: Resección Intestinal de yeyuno con anastomosis término-terminal en un plano se sutura extramucoso, lavado de la cavidad peritoneal y drenajes.

El paciente fallece a las 48hrs del postoperatorio con un cuadro de Shock Séptico con Fallo Multiórganos.

Resultados Necróticos:

Causa Directa de Muerte: Shock Séptico

Causa Intermedia de Muerte: Fallo Multiórganos

Causa Intermedia de Muerte: Daño Múltiple de Órganos

Causa Básica de Muerte: Trombosis Mesentérica Aguda (TVA)

Otros diagnósticos:

Aterosclerosis severa de Aorta y Ramas

Coronariocardiosclerosis

Hipertrofia Miocárdica Ventricular

Edema cerebral severo

Edema pulmonar

Bronconeumonía Bacteriana Bibasal

Hepatoesplenitis Fibrocongestiva

Congestion renal

Comentarios:

Nombres alternativos Vasculopatía Mesentérica

Enteritis Isquémica

Isquemia Mesentérica

Es un bloqueo o estrechamiento de una o más de las tres arterias mesentéricas, que son las mayores arterias que irrigan tanto el intestino grueso como el intestino delgado.

La isquemia de las arterias mesentéricas se observa frecuentemente en pacientes con endurecimiento de las arterias en otro lugar del cuerpo por ejemplo, con arteriopatía

coronaria o enfermedad vascular periférica, coincidiendo con el caso que presentamos. Esta afección es más común en fumadores y en pacientes con colesterol alto.

Los síntomas y signos en estos casos son tan variados como inespecíficos. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente y se encuentra en más de 90% de los pacientes (12). Otros síntomas prominentes son náuseas y vómitos y, en menos de 10% de los casos, se presenta sangrado digestivo en forma de hematemesis o hematoquecia. Los síntomas de la TVM aguda son más sutiles y usualmente menos severos que aquellos relacionados con isquemia arterial aguda. Todo esto hace que el diagnóstico sea tardío con frecuencia, contribuyendo a una alta tasa de mortalidad, que oscila entre el 13 y el 50%. (6, 9, 10)

Los hallazgos físicos son variables, hipersensibilidad abdominal, disminución de ruidos intestinales y distensión abdominal. Sólo en dos terceras partes se encuentran signos francos de peritonitis. La mayoría de los pacientes presentan temperaturas mayores de 38 °C y suele ser un hallazgo tardío (3,4,).

Referencias Bibliográficas

1. Acosta S, Nilsson TK, Bjorck M. D-dimer testing in patients with suspected acute thromboembolic occlusion of the superior mesenteric artery. *Br Surg*. Aug 2004;91(8):991-4. [\[Medline\]](#).
2. Acosta S, Ogren M, Sternby NH. Incidence of acute thrombo-embolic occlusion of the superior mesenteric artery--a population-based study. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. Feb 2004;27(2):145-50. [\[Medline\]](#).
3. Anónimo: Abdomen Agudo ; ISS; Guías de Manejo Clínico: Tribuna Médica; 1991; 83; 3; 111-4
4. Anónimo: Dolor Abdominal ; ISS; Guías de Manejo Clínico: Tribuna Médica; 1993; 88; 6 ;436-40
5. Beers MH y Berkow R. Gastrointestinal Disorders, The Merck Manual of Geriatrics.Edicióninternet,2000.http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/contents.htm
6. Bennet DH, Tarnbeur LM, Campbell WbB Use of coughing test to diagnose peritonitis: *BMJ*. 1994; 308:1336
7. Bradbury MS, Kavanagh PV, Bechtold RE, et al. Mesenteric venous

- thrombosis: diagnostic and noninvasive imaging. *Radiographics* 2002; 22:527-41.
8. Burkhart C : Guidelines for rapid assessment of abdominal pain indicative of acute surgical abdomen: *Nurse Pract*, 1992; 17:6, 39, 43-6, 49
 9. Crawford, E.S.: Thoraco-abdominal and abdominal aortic aneurysms involving renal, superior mesenteric, and celiac arteries. *Ann. Surg.*, 179:763, 1974.
 10. Dang C, Wade J. Acute mesenteric ischemia. In: eMedicine [online]. Available at www.emedicine.com/med/topic2627.htm. Accessed September 14, 2005.
 11. Grupo Nacional de Cirugía : Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en CIRUGÍA. Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de la Habana, Cuba. 537-541. 1987
 12. Hladik P, Raupach J, Lojik M, et al. Treatment of acute mesenteric thrombosis/ischemia by transcatheter thromboaspiration. *Surgery*. Jan 2005;137(1):122-3. [[Medline](#)].
 13. Ozden N, Gurses B. Mesenteric ischemia in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2007; 23:871-887.
 14. Perdomo, R.: La paracentesis diagnóstica en el abdomen agudo. *Bol. Soc, Cir., Uruguay* 33:232, 1962.
 15. Rodríguez-Loeches Fernández, J.: Características Clínicas y Diagnóstico del Abdomen Agudo. Editorial Científico Técnica. Ciudad de La Habana, Cuba. 123:137, 1987.
 16. Safioleas MC, Moulakakis KG, PApavassiliou VG. Acute mesenteric ischaemia, a highly lethal disease with a devastating outcome. *Vasa*. 2006;35(2):106-11.
 17. Savassi-Rocha PR, Veloso LF. Treatment of superior mesenteric artery embolism with a fibrinolytic agent: case report and literature review. *Hepatogastroenterology* 2002; 49:1307-10.
 18. Silva Capote, E., Pérez Cárdenas, J. C.: Aneurisma de la aorta abdominal. Experiencias y revisión de la literatura nacional e internacional. Material didáctico. Hospital "Freyre de Andrade". Ciudad de La Habana, año 2002.
 19. Sklar M, ed. Gastroenterologic problems (symposium). *Clin Geriatric Med* 1991; 7(2):185-399.
 20. Tessier DJ, Williams RA. Mesenteric artery thrombosis. In: eMedicine [online]. Available at: www.emedicine.com/med/topic2727.htm.

Accessed March 27, 2005.

21. Vogt DP. The acute abdomen in the geriatric patient. *Cleveland Clinic J Med* 1990; 57:125-130.