



Ensayo

Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Trastorno isquémico intestinal

Parcial: 4to

Nombre de la Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Nombre del profesor: Dr. Guillermo DelSolar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7° semestre

INTRODUCCIÓN

La isquemia mesentérica aguda es un estado de hipoperfusión brusca del intestino que ocasiona un problema clínico muy grave con elevada morbimortalidad. La sintomatología es inespecífica y el diagnóstico, a menudo, se consigue mediante una laparotomía exploradora, a veces tardía, cuando el cuadro de peritonitis ya se ha establecido. Para mejorar el pronóstico de esta entidad es fundamental el diagnóstico precoz. Los datos analíticos (leucocitosis, elevación de lactato y dímero-D) y la realización de una angiotomografía computarizada permiten con bastante fiabilidad establecer el diagnóstico y su posible causa (embolia, trombosis arterial, trombosis venosa o síndrome isquémico no oclusivo).

TRASTORNO ISQUEMICO INTESTINAL

La isquemia intestinal aguda (IIA) se puede definir como aquella situación de hipoxia del intestino debida al descenso brusco de la perfusión sanguínea causada por una embolia o por una trombosis arterial o venosa. Sigue siendo, por desgracia, una enfermedad grave y muchos pacientes fallecen a pesar de instaurar un tratamiento correcto. La sintomatología es inespecífica y el diagnóstico, a menudo, se consigue mediante una laparotomía exploradora, a veces tardía, cuando el cuadro de peritonitis ya se ha establecido. Para mejorar el pronóstico de esta entidad es fundamental el diagnóstico precoz. Para ello, se necesita un elevado nivel de sospecha clínica y la instauración rápida de medidas exploratorias complementarias encaminadas a su confirmación y a un tratamiento efectivo.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

El territorio esplácnico se irriga a través de 3 vasos: El tronco celíaco, la arteria mesentérica superior y la arteria mesentérica inferior, que nacen en la cara anterior de la aorta a la altura de T12, L1 y L3, respectivamente. Existen conexiones anatómicas normales entre los 3 troncos, que cumplen un papel fundamental como compensación de flujo colateral, ante la eventual oclusión de uno de ellos. Pero de todas las arterias, la arteria mesentérica superior es la principal, ya que irriga el intestino delgado y la primera mitad del colon. La arteria mesentérica inferior y ramas de la arteria hipogástrica perfunden la parte distal del colon y recto, razón por la que la oclusión de la arteria mesentérica inferior causa isquemia. Dado que casi todo el intestino se irriga por una única arteria, la oclusión brusca de la arteria mesentérica superior tiene efectos devastadores. La respuesta inicial es una contracción y vasoespasmo importante. Debido a la elevada actividad metabólica de la mucosa intestinal, que consume el 80% de la sangre arterial, las células de las vellosidades se necrosan primero, pudiendo observarse microscópicamente los cambios isquémicos a los 30 minutos de la oclusión. Estos pacientes presentan dolor abdominal de instauración brusca que se acompaña, de forma muy precoz, con vómitos y diarrea y en ocasiones, sangre en heces. En el transcurso de la enfermedad y como consecuencia de la liberación de mediadores bioquímicos intestinales, se produce cierta hipotensión reactiva que contribuye a incrementar el daño isquémico de la pared intestinal. Esto es seguido por una necrosis difusa en la mucosa, que

se extiende a toda la pared intestinal. El resultado es un infarto transmural y una peritonitis local. El intestino puede perforarse y entonces el paciente desarrolla una peritonitis. La acidosis metabólica, deshidratación, anuria y fallo multiorgánico pueden ser los eventos posteriores que desencadenen el resultado final. La principal etiología de la IIA es la embolia o trombosis de la arteria mesenterica superior. Una causa menos frecuente es la trombosis venosa mesentérica, que cuando ocurre suele afectar a pacientes más jóvenes y habitualmente, es secundaria a un traumatismo, inflamación, o a estados de hipercoagulabilidad. Finalmente, como consecuencia de disfunciones cardiológicas pueden producirse situaciones de isquemia intestinal no oclusiva por bajo gasto.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA: En muchos pacientes la presentación clínica inicial de la oclusión de la arteria mesenterica superior es bastante inespecífica, haciendo que la sospecha diagnóstica sea difícil. La tríada de síntomas que puede hacer sospechar una IIA es: intenso dolor periumbilical, vómitos o diarrea, antecedentes previo de embolismo o situaciones clínicas embolígenas.

Embolia: Cuando la tríada diagnóstica está presente, es relativamente fácil sospechar al diagnóstico, aunque deberemos realizar diagnóstico diferencial con otras causas de dolor abdominal. El dolor, el cual a menudo precede a los vómitos y a la diarrea, es el síntoma clave. Suele tener un comienzo brusco y una localización periumbilical. Tiene características cólicas. Es un dolor desproporcionado para la exploración física. El dolor desaparece cuando aparece necrosis intestinal, entonces hay un periodo libre de dolor que suele malinterpretarse como que el paciente ha mejorado. El dolor reaparece cuando el intestino se perfora.

Trombosis: Ocurre en pacientes con aterosclerosis generalizada y antecedentes de cardiopatía o arteriopatía periférica. El comienzo de la sintomatología en estas ocasiones es más insidioso que en las embolías. El dolor es, habitualmente, constante y progresivo aunque a veces tiene las mismas características que en situaciones embólicas. En la trombosis de la vena mesentérica, la duración de los síntomas suele ser de varios días y es todavía más imprecisa que en la trombosis arterial. Suelen presentar fiebre y el 85% de los pacientes presentan

alteraciones, como por ejemplo: gestación, anticonceptivos orales, neoplasias, enfermedades inflamatorias, hipertensión portal o traumatismo.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Hallazgos en la exploración física de la IIA son imprecisos y difíciles de interpretar. Por ello, es muy importante examinar cuidadosamente al paciente. En la exploración física podemos apreciar la existencia de signos de aterosclerosis como soplos carotídeos o soplos cardiológicos, al igual que la existencia de posibles focos embolígenos. Los hallazgos en la exploración abdominal son la base para el tratamiento urgente. Podemos encontrar signos de peritonitis, más relacionados con las trombosis arterial que con las venosas.

DIAGNÓSTICO: EN la mayoría de los pacientes, la tríada diagnóstica no es completa y en muchas ocasiones hay que realizar una laparotomía exploradora. Los datos analíticos pueden reforzar el diagnóstico. Las exploraciones complementarias indicadas son una radiografía abdominal que descarte la presencia de neumoperitoneo o una angiotomografía computarizada. La arteriografía diagnóstica, aunque presenta signos inequívocos de la oclusión arterial y su posible causa, no está disponible en la mayoría de los centros por su carácter invasivo y puede en ocasiones retrasar el tratamiento.

Angiotomografía computarizada: Esta prueba de imagen ha reemplazado de manera progresiva en los últimos años a la arteriografía. Su carácter no invasivo y la amplia disponibilidad en los centros permite con bastante fiabilidad establecer el diagnóstico de IIA. En las formas arteriales. LA angio TC computarizada permite demostrar la oclusión de los vasos en sus porciones proximales con una sensibilidad similar a la proporcionada por la angiografía.

TRATAMIENTO

INTERVENSIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA: El mejor acceso se logra mediante una laparotomía media. De esta forma podemos examinar todo el intestino y establecer su viabilidad. El principio básico es que solamente aquellos segmentos con necrosis transmural deben ser resecados y se debe realizar un second-look al cabo de 24 h. Los segmentos viables presentan un color rosado y suelen tener pulsaciones en las partes distales del mesenterio y

el peristaltismo conservado. Una sonda doppler, cuando esté disponible, puede ayudar a delimitar las áreas necróticas con la presencia o ausencia de señales.

CONCLUSIÓN

La mortalidad asociada a esta enfermedad es muy alta. Si la resección intestinal es el único tratamiento, la tasa de muerte a los 30 días es del 85-100%. Si se combina con la embolectomía o con la reconstrucción arterial, la mortalidad se reduce en un 55%. Los mejores resultados se alcanzan si el paciente llega al quirófano en las primeras 12 h. La fibrinólisis ha reportado excelentes resultados y es probable que, como primera opción terapéutica, pudiera incrementar la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

M.L. del Río Solá, J.A. González-Fajardo y C. Vaquero Puerta – 2014 - Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento - ELSEVIER