

Puente Venoso Aórtico-Mesentérico superior de urgencia

Dres. Pablo Matteucci, Ana Lerena, Oscar Balboa y Eduardo Tiscornia

El puente venoso aorto-mesentérico superior es un excelente método de revascularización intestinal, que puede realizarse en oclusiones crónicas o agudas.

Los autores a propósito de una observación, hacen consideraciones sobre esta técnica.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Mesenteric arteries

INTRODUCCION

El puente venoso aorto-mesentérico superior, descrito por Morris y De Bakey en 1961 (10), constituye un excelente método de revascularización intestinal, especialmente en aquellos casos en que la arteria mesentérica superior está obstruída por placas de ateroma en su sector inicial.

Presenta ventajas evidentes frente a otros procedimientos (7,13): en primer lugar se requiere una disección limitada de la arteria mesentérica superior en su sector más accesible (6). El injerto a colocar, por lo general de vena safena interna, se puede fijar en el sector de aorta o arteria ilíaca derecha más conveniente. Por otra parte el mismo, al aplicarse en zona de arteria mesentérica sana, distal a la oclusión, favorece la sutura y evita maniobras de endarterectomía.

El puente aorto-mesentérico superior se ha usado tanto en obstrucciones crónicas como en casos de oclusiones agudas. En esta eventualidad suele ser necesaria una resección intestinal complementaria.

En los últimos 10 años varios trabajos se han ocupado de este procedimiento quirúrgico (1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14), no habiéndose publicado observaciones en nuestro medio. Mazza (9) en 1977 realizó puente venoso a arteria ilíaca derecha, en un paciente que tenía una oclusión aguda intestinal de la arteria mesentérica superior, y que requirió extensa resección complementaria. El paciente falleció en el postoperatorio.

OBSERVACION

Hombre de 60 años (Historia 023366 del H. de Cl.) que desde 7 meses presentaba trastornos del tránsito intestinal caracterizados por deposiciones diarreicas y fétidas; concomitantemente dolores

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela", Montevideo.

abdominales de aparición brusca, habitualmente postprandiales, de comienzo en el HD para irradiarse luego a todo el abdomen. Este dolor, persistente, le obligaba a restringir la ingesta de alimentos.

Desde el comienzo del cuadro astenia, adinamia y adelgazamiento de 30 kgm.. Estuvo internado 2 veces en el Hospital Pasteur, sin que se le hubiese hecho un diagnóstico.

Dentro de sus antecedentes, debe destacarse intenso fumador, etilista y enolista. Diez años atrás, internado varios meses por tuberculosis pulmonar. Desde dos años, presentaba claudicación intermitente dolorosa de sus miembros inferiores.

Examen. Paciente muy adelgazado, pálido y deshidratado. Edad biológica superior a la cronológica. Abdomen excavado y simétrico, indoloro

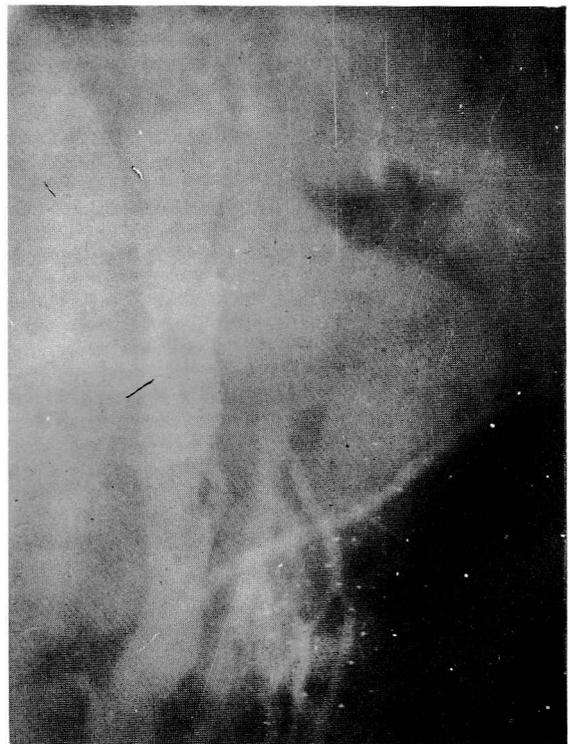


Fig. 1 - Enfoque de perfil de la aortografía, donde se aprecia la obstrucción del origen de la arteria mesentérica superior.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 22/4/81.

Profesor Agregado, Asistente y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto de Radiología, Facultad de Medicina de Montevideo.

Domicilio: Rambla República de Chile 4511. Montevideo (Dr. P. Matteucci).

a la palpación. No se palpan tumoraciones ni visceromegalias.

Resto del examen, a destacar: ausencia de pulsos en sus miembros inferiores y tórax enfisematoso.

Durante su estadía en sala se le hicieron gastro-duodeno, colon por enema y urografía de excreción que fueron normales. Las endoscopías gastroduodenal y colónica no mostraron particularidades. Se corrigieron los trastornos metabólicos, pero llamaba la atención que el paciente no quería comer, aduciendo dolores postprandiales. Pensándose en una insuficiencia vascular visceral abdominal se le hizo una arteriografía el 10 de julio de 1980, comprobándose una obstrucción total en el origen de la arteria mesentérica superior, y lesiones obstructivas aórtolilíacas. (Fig. No. 1)

A la mañana siguiente, a las 12 horas del estudio radiológico, dolor peritoneal intenso y reacción peritoneal. Se operó de urgencia.

Operación. Se comprobó en abdomen líquido serohemorrágico. Asas intestinales de color rojo violáceo, edematosas y átonas, aspecto que se extendía desde el ángulo duodeno yeyunal al ángulo derecho del colon. Ciego de aspecto necrótico. Se abordó la arteria mesentérica superior por vía sub duodenal, confirmandose ausencia de flujo. La aorta sumamente calcificada, sólo mostraba una zona apta para colocar injerto, por debajo de las renales. Se hizo un "by-pass" aórtico mesentérico con vena safena invertida, comprobándose rápida recoloración del intestino al desclampar. Sólo quedó una zona necrótica cecal que obligó a una hemicolectomía derecha. (Fig. No. 2)



Fig. 2 - El puente venoso está colocado. Se aprecia su implantación aórtica.

Post-operatorio: Al tercer día abandonó el Centro de Tratamiento Intensivo; al 5to. día movilizó el intestino espontáneamente, tolerando la vía oral. Se mantuvo la vía endovenosa hasta el 8vo. día para pasarle soluciones glucosadas hipertónicas, aminoácidos y lípidos. Se levantó y deambuló.

Al 11er. día hace bruscamente en horas de la noche cuadro de coma con midriasis bilateral, flaccidez de miembros y pausas apneicas. Fallece a las doce horas, con el diagnóstico de accidente vascular encefálico.

No se pudo hacer necropsia.

COMENTARIO

A pesar que el enfermo falleció en el 12o día del post operatorio por otra enfermedad vascular, la falta de necropsia no nos permitió corroborar fehacientemente la permeabilidad del injerto, aunque el enfermo en la última semana toleró la vía oral y movilizó su intestino en forma espontánea y natural.

El infarto mesentérico que siguió horas después a la arteriografía ha sido descrito por Summer (13) y puede ser explicado por el efecto espasmódico y/o isquémico del contraste iodado en una pared intestinal poco vascularizada.

Debe señalarse que como el cono aórtico y la arteria ilíaca derecha estaban totalmente calcificadas, el injerto venoso se colocó inmediatamente por debajo de las renales. Para llevarlo a su sitio de implante, se debió disecar un trayecto entre duodeno III y páncreas, quedando colocado en forma directa, con muy buen latido y sin tensión. Lo habitual es que el injerto pase por debajo del duodeno en su trayecto retrógrado.

No se realizó el "second-look" frecuentemente indicado en este tipo de cirugía (7). En cambio el enfermo fue seguido en las primeras 48 hs. del post-operatorio con leucocitosis y determinaciones serias del pH sanguíneo. El aumento rápido del primer examen, y el descenso progresivo del pH sin otras causas que los justifiquen claramente, son elementos de diagnóstico de laboratorio, casi decisivos de necrosis intestinal (8).

RESUME

Pontage veineux aorto-mésentérique supérieur

Le pont veineux aorto-mésentérique supérieur représente une excellente méthode de revascularisation intestinale qui peut se présenter sous la forme d'occlusions chroniques ou aiguës.

SUMMARY

Aorto-Mesenteric Venous Bypass

The Aorto mesenteric bypass constitutes an excellent method of intestinal revascularization which can be performed for both chronic and acute occlusions.

The authors report on a case and discuss this technique.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERGAN, J.: Recognition and treatment of intestinal ischaemia. Surg. Clin. N. Amer. 47: 109, 1967.

2. DEMIGNEUX, F.; RETTORI, R.; DI MARIA, G.: La chirurgie vasculaire dans le traitement des infarctus intestinaux d'origine artérielle. *J. Chir.* 97: 539, 1969.
3. HEIDENREICH, A.: Entero y colopatías vasculares. *Rev. Arg. Cir.* 36: 3, 1979.
4. HILL, L.; BEEBE, H.: Complications of revascularization of the mesenteric and celiac arteries. En: Beebe, H. *Complications in Vascular Surgery*. Washington D.C. J. B. Lippincott, 1973.
5. HIVET, M.; POILLEUX, J.: Chirurgie de l'artère mésentérique supérieure. *Encycl. Med. Chir. T.C. Chir. Vasculaire* 4.1.10, 43107.
6. LUCINSCHI, A.; MATTEUCCI, P.: Cirugía de urgencia de la arteria mesentérica superior. *Cir. Uruguay* 50: 145, 1980.
7. MATTEUCCI, P.: "Second look" en el post operatorio de resecciones intestinales. *Cir. Uruguay* 49: 368, 1979.
8. MATTEUCCI, P.; LUCINSCHI, A.: Cirugía de urgencia de la arteria mesentérica superior. *Cir. Uruguay* 50: 136, 1980.
9. MAZZA, M.: Comunicación personal.
10. MORRIS, G.; DE BAKEY, M.: Abdominal angina. *Diagnosis and surgical treatment*. *J. Am. Med. As.* 176: 89, 1961.
11. OTTINGER, L.: The surgical management of acute occlusion of the superior mesenteric artery. *Ann. Surg.* 188: 721, 1978.
12. ROB, C.: Surgical disease of the celiac and mesenteric arteries. *Arch. Surg.* 93: 21, 1966.
13. SUMMER, D.: Successful revascularization of mesenteric infarction following aortography. *Ann. Surg.* 43: 743, 1977.
14. VOLLMAR, J.: Cirugía reparadora de las arterias. Barcelona. Toray, 1977.

DISCUSION

Dr. Valls — Quería felicitar al Dr. Matteucci por la presentación de este caso que nosotros vivimos en la clínica y cuya solución que le dió fue realmente satisfactoria.

El tratamiento de las lesiones arteriales mesentéricas debe hacerse antes de que las lesiones estén avanzadas; lo esencial es tratar las lesiones vasculares con el restablecimiento de la luz o si no con el establecimiento de un by pass venoso. En este caso nosotros vimos que realmente el enfermo mejoró, de modo que es de felicitarse por la resolución del caso. Después el enfermo siguió evolucionando porque tenía una arterioesclerosis generalizada e hizo un accidente vascular encefálico.

Dr. Rubio — Yo también estoy totalmente de acuerdo en las felicitaciones que ha hecho el Dr. Valls al Dr. Matteucci. Es un esfuerzo encomiable para resolver una situación tremendamente grave como es esta de los infartos mesentéricos agudos o subagudos; nosotros hace muchos años tuvimos oportunidad de operar a un enfermo con una insuficiencia arterial aguda mesentérica pero en una situación completamente distinta a ésta.

Después se han presentado otros casos parecidos al que me referí. Pero resolver un caso así con un puente parece ser una situación que seguramente va a reportar resultados más alentadores que éste.

Yo no recuerdo bien la incidencia de esa complicación después de una aortografía; la verdad que es la primera

que veo. La clínica hace pensar que en este enfermo el resultado desde el punto de vista quirúrgico fue bueno en el sentido de que la revascularización fue efectiva, porque si no el enfermo no hubiera fallecido después de haber deambulado durante 12 días. Pero es lamentable que no se haya podido conseguir la necropsia porque en realidad la publicación de un caso de este tipo sin necropsia tiene un valor muy relativo aunque la clínica tenga todo a su favor.

Dr. Danza — Está en el tapete continuamente la revascularización mesentérica, de la que en nuestro país en realidad se ha hecho muy poco y estos son los primeros casos que hay que tener en cuenta. Nosotros hemos hecho revascularizaciones en agudo pero los enfermos han fallecido también. En cambio hemos tenido la suerte de operar el año pasado, un enfermo que tenía un angor abdominal permanente y un dolor de reposo con una obstrucción completa aorto-iliaca y le pudimos realizar un by pass entre la aorta infrarenal y las dos femorales comunes sacando de la cara anterior del by pass una rama hacia la mesentérica superior. Este enfermo solucionó su problema y en este momento ha engordado aproximadamente unos 8 kgs. En una de las próximas reuniones pensábamos traerlo; queríamos traerlo con la arteriografía de control que sin duda va a ser el examen más útil. Pero si no es posible vamos a traer el enfermo, a preguntarle sobre su sintomatología dolorosa y su evolución. Tenemos dos enfermos en estudio en este sentido. Creemos que en esto está el porvenir, en detectar a estos enfermos antes de que tengan el problema agudo; porque en agudo algún enfermo se podrá salvar, pero la mayoría se van a perder.

Dr. Matteucci — En primer lugar tengo que agradecer a todos los asistentes que escucharon nuestra comunicación y agradecemos también los conceptos del Dr. Valls que vivió el caso del paciente igual que nosotros.

Al Dr. Rubio, conocemos el caso que él refiere, nosotros lo hemos incluso publicado en nuestro relato publicado en el año 73.

En cuanto a la complicación después de la aortografía he tratado de buscar la mayor bibliografía que he podido reunir y no hay salvo la comunicación que he citado, nadie dice nada al respecto. Es el segundo caso que he podido reunir y creo que no debe ser una complicación frecuente porque no está citada en la literatura.

Es cierto que no tenemos necropsia porque no hemos podido; incluso cuando se solucionó el problema de iluminación se había retirado el anatomo-patólogo, razón por la cual tampoco pudimos hacer la autopsia.

Podemos decir también que hay un caso de un puente entre la mesentérica y la ilíaca derecha realizado por el Dr. Mazza con resección intestinal de un paciente que también sobrevivió algunos días y luego falleció.

En cuanto al Dr. Danza, estamos de acuerdo con los conceptos que él ha vertido, nos parece muy interesante su caso.