Problemas diagnósticos que crean alteraciones del tránsito en isquemias agudas intestinales

Dres. Alicia Lucinschi, Pablo Matteucci

Los autores destacan que en una serie de 47 enfermos con necrosis agudas intestinales, al 25% de los mismos se les había hecho el diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal.

Se señalan los elementos clínicos y paraclínicos para evitar incurrir en el error diagnóstico, y apresurar la intervención quirúrgica, favoreciendo de este modo la posibilidad de hacer una revascularización mesentérica en tiempo útil.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS. MOTS CLÉS) MEDLARS.
Intestinal diseases, Vascular diseases / Diagnosis.

SUMMARY: Diagnosis problems arising from transit alteration in acute intestinal ischemia.

Authors point out that in a series of 47 patients affected by acute intestinal necrosis, 25% had met a presumptive diagnosis of intestinal occlusion. They discuss the clinical and paraclinical elements to be taken into account to prevent errors in diagnosis and speed the surgical intervention, enabling in that way mesenteric revascularization in time to be effective.

Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. L. A. Praderri). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Problèmes diagnostiques qui créent des altérations du transit dans les ischémies aiguës intestinales.

Les auteurs remarquent le fait que, dans une série de 47 malades avec nécrose aiguë intestinale, pour 25% des cas, on avait fait le diagnostic présomptif d'occlusion intestinale. Ils soulignent les éléments cliniques et paracliniques pour éviter cette erreur diagnostique et de cette façon pouvoir effectuer plus tôt l'intervention chirurgicale, en faveur de la possibilité de faire une révascularisation mésentérique utile.

INTRODUCCION

La cirugía de revascularización mesentérica en los infartos intestinales^{7 8 9}, ha mejorado el sombrío pronóstico de éstos. Pero exige un diagnóstico precoz.

Por otra parte, aquellas afecciones que determinan una isquemia aguda del tubo digestivo (ya sean formas obstructivas o no oclusivas vasculares) provocan alteraciones del tránsito intestinal.

En algunas oportunidades el accidente isquémico no se presenta con su cuadro característico, y puede pasar desapercibido al clínico tratante, determinándose dudas y demoras diagnósticas, pensándose especialmente estar ante una oclusión intestinal.

La tolerancia a la isquemia aguda del tubo digestivo puede estimarse entre 120 y 180 minutos. Algunos pacientes con circulación colateral desarrollada pueden tolerar algún tiempo más⁽³⁾.

Presentado como Tema Libre ante el 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Prof. Adjunto y Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Piedras de Afilar 1491 Montevideo (Dr. A. Lucinschi).

La mucosa es quien sufre más la falta de oxígeno, y muestra áreas de necrosis con exudación plasmática y sangrados a la luz intestinal al cabo de 3 horas. Deja de ser barrera para los gérmenes patógenos que rápidamente desde la luz invaden las paredes del intestino. Durante este período la seromuscular, más resistente, sólo muestra una congestión intersticial y un exudado hemorrágico.

En este lapso se liberan diversas sustancias: acetil colina, catabolitos ácidos, toxinas bacterianas, ión potasio y otras, que provocan aumento del tono muscular, y estimulan el peristaltismo. Por lo tanto pueden verse diarreas sanguinolentas en el inicio de los cuadros de isquemia intestinal aguda, que se verían en porcentajes que van desde el 23 al 80% según diversos autores^(1, 4, 8).

Si continúa la isquemia, aparecen alteraciones en la capa muscular. Cesa el tono, y las asas que estaban contraídas, se distienden átonas. (Etapa de íleo paralítico). En este momento una placa simple puede mostrar asas delgadas distendidas con contenido hidroaéreo, simulando una oclusión.

MATERIAL Y METODO

Queriendo llamar la atención en este punto, sobre el cual no se ha insistido suficientemente en nuestro medio, hemos revisado nuevamente las 38 historias de infarto masivo mesentérico operados entre 1973-1978 en el H. de Clínicas, con motivo de otro trabajo de los autores⁽⁶⁾. De esos enfermos los diagnósticos presuntivos preoperatorios fueron:

Infarto mesentérico, o firme posibilidad de serlo	16	casos
Oclusión intestinal	10	
Dudas diagnósticas.....	12	

En este último grupo incluimos aquellos operados con diagnóstico de peritonitis, perforaciones, pancreatitis agudas, o en los que de la historia no surgía con claridad el diagnóstico.

Examinando también 9 observaciones personales de colitis necrotizante aguda⁽⁵⁾, vimos que 2 casos se operaron con diagnóstico clínico-radiológico de oclusión intestinal, como diagnóstico más probable.

Es decir, que de 47 enfermos operados por isquemia aguda intestinal, los cirujanos habíamos pensado que nos enfrentábamos a una oclusión intestinal, como diagnóstico más probable, en el 25% de los casos.

COMENTARIO

La confusión diagnóstica es especialmente grave en los casos de infartos mesentéricos y enteritis y colitis necrotizante, en los que se debe actuar quirúrgicamente en forma muy urgente, ya que la vida se pierde en horas. En los casos de oclusión intestinal, el cirujano dispone de más tiempo para tratar de compensar del punto de vista metabólico al paciente, valorarlo completamente desde el punto de vista general, y ubicarlo en determinado lugar entre diversas operaciones urgentes a realizar.

El error diagnóstico se plantea toda vez que se ve un paciente, con un abdomen no demasiado dolorido, distendido, sin deposiciones diarreicas o sanguinolentas. Por lo general ancianos, y con vómitos.

¿Cómo hacer el diagnóstico de isquemia aguda intestinal?

Hay matices semiológicos que deben ser valorados.

- El dolor cuando se instala, no es de tipo cólico. Siempre progresivo, no alivia con analgésicos comunes, requiriendo opiáceos o similares. En la oclusión siempre se comprueba dolor cólico, con ruidos hidroaéreos.

- Es llamativo el rápido desmejoramiento de los pacientes, que se agravan en horas, apareciendo signos de peritonitis, entrando en colapso y sepsis aún antes de 24 horas. El ocluido se va agravando más lentamente, apareciendo las complicaciones peritoneales solo cuando hay necrosis o perforación, lo que puede demorar días.

La radiología simple de abdomen, en nuestra experiencia, no aporta por lo general elementos claros al diagnóstico diferencial.

Creemos en cambio, que hay dos exámenes de laboratorio fundamentales⁽⁸⁾. En las isquemias intestinales asciende muy rápidamente la leucocitosis a cifras de 20.000 y más. Controles posteriores detectan nuevos aumentos. En forma muy precoz se ve una acidosis metabólica con cifras extremas, y pH sanguíneo de 7 o aún menos. En un cuadro de abdomen de origen dudoso, la asociación de acidosis severa con leucocitosis muy alta, debe hacer pensar de inmediato en isquemia intestinal, y operar de emergencia.

La literatura extranjera^(1, 2, 4) destaca el valor diagnóstico de la arteriografía mesentérica selectiva de urgencia, y la utilización de esta vía para inyectar fármacos vasodilatadores y fibrinolíticos. En nuestro medio es aún un procedimiento usado solo ocasionalmente. Posiblemente una fibrolaparoscopia, indicada y realizada sin demo-

ras, pueda ser el método que nos de certeza diagnóstica de estar frente a un infarto mesentérico.

Y sabemos que sólo si operamos precozmente, podremos realizar con efectividad la cirugía de re-vascularización intestinal^(1, 2, 7), asociada a resecciones más económicas en casos de necrosis constituida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BRANDT L., BOLEY S. — Ischemic Intestinal Syndromes. *Adv. Surg.* 15: 1, 1981.
2. BOLEY S., SPRAYREGEN S., SIEGELMAN S. — Initial results from an aggressive roetgenogical and surgical approach to acute mesenteric ischemia. *Surgery* 82: 848, 1977.
3. HEIDENREICH A. — Entero y colopatías vasculares. *Rev. Argent. Cir.* 37 (Nº extraord.) 3, 1979.
4. HILDEBRAND H., ZIELER L. — Mesenteric vascular disease. *Am. J. Surg.* 139: 188, 1980.
5. MATTEUCCI P., PORRAS Y., FALCONI L., SANGUINETTI J. — Colitis necrotizantes agudas. *Cir. Urug.* 46: 125, 1976.
6. MATTEUCCI P., LUCINSCHI A. — Cirugía de urgencia de la arteria mesentérica superior. *Cir. Urug.* 50: 136, 1980.
7. MATTEUCCI P., LERENA A., BALBOA O., TISCORNIA E. — Puente venoso aortomesentérico de urgencia. *Cir. Urug.* 52: 92, 1982.
8. MATTEUCCI P., GRILLO B., GUTIERREZ-GALIANA H., HARRETCHE M., HEIDENREICH A., LUCINSCHI A., SGROSSO J., TISCORNIA E. — Enfermedades intestinales de origen vascular. *Cir. Urug.* 52: 367, 1982.
9. OTTINGER L. — The surgical management of acute occlusion of the superior mesenteric artery. *Ann. Surg.* 139: 188, 1980.