

Presentación de caso

Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba

Trombosis de la arteria ileocecoapendiculocólica. Presentación de caso.

Thrombosis of the ileocaecal appendicular cholic artery. Presentation of a case.

Dr. Arley Armando Guelmes Domínguez¹, Dr. Liván Quintero Tavío², Dr. Juan Jesús Madrigal Martín³, Dr. José Ramón Pérez Moreno⁴, Zadis Corona Morales⁵

Especialista de 1^{er} grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital General Universitario Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba. ¹

Especialista de 2^{do} grado en Cirugía General y Coloproctología. Profesor Auxiliar. Hospital General Universitario Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba. ²

Especialista de 1^{er} grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital General Universitario Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba. ³

Especialista de 1^{er} grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital General Universitario Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba. ⁴

Estudiante de 6^{to} año Universidad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández Sancti Spíritus. Cuba. ⁵

RESUMEN

Fundamento: La trombosis aislada de la arteria ileocecoapendiculocólica es una entidad rara y en la mayoría de los casos mortal, es un diagnóstico desafiante y un reto para todo cirujano. **Presentación de caso:** Se presenta el caso de un paciente de 69 años que comenzó con dolor abdominal periumbilical de aparición brusca, acompañado de náuseas y vómitos, interpretándose el cuadro en su área de salud como una enterocolitis. Es remitido al servicio de cirugía 24 horas después con signos de shock, se le realizó Rx de abdomen simple confirmándose niveles hidroaéreos centrales, se le realizó una laparotomía exploratoria; se observó necrosis total del segmento terminal del íleon, ciego y una pequeña parte del colon ascendente, se le realizó una hemicolectomía derecha. **Conclusiones:** El paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones postoperatorias.

DeCS: OCLUSIÓN VASCULAR MESENTÉRICA/cirugía

Palabras clave: Trombosis mesentérica, arteria ileocecoapendiculocólica, oclusión intestinal

SUMMARY

Background: Isolated thrombosis of the ileocaecal appendicular cholic artery is a rare entity and in most cases fatal. It has a challenging diagnosis and poses a challenge for any surgeon. **Case presentation:** Patient of 69 years who begins with a periumbilical abdominal pain of abrupt onset accompanied with nausea and vomiting, and has a diagnosis of enterocolitis in his health area. He was referred to the surgery department 24 hours later with signs of shock. He had a plain abdominal radiography which confirmed central air-fluid levels. He had an exploratory laparotomy. A total necrosis of the terminal segment of the ileum, cecum and a small part of the ascending colon was observed. He had a right hemicolectomy. **Conclusions:** The patient improved and had no postoperative complications.

MeSH: MESENTERIC

VASCULAR

OCCCLUSION

/surgery

Key words: Mesenteric thrombosis, ileocaecal appendicular cholic artery, intestinal obstruction

INTRODUCCIÓN

La enteritis isquémica o isquemia mesentérica denominada también trombosis mesentérica, ocurre debido a la irrigación insuficiente del intestino. En el caso de instauración aguda la supresión brusca del flujo intestinal desencadena una catástrofe metabólica, que finaliza con la muerte del paciente si no se actúa con urgencia y de forma precoz^{1,2}.

La oclusión de la arteria mesentérica superior es más frecuente, alcanzando cifras de hasta el 90%, se señala que afecta más a los hombres y sobre todo a los ancianos. Usualmente la obstrucción ocurre cerca del origen de la arteria, provocando isquemia de todo el intestino delgado y la mitad derecha del colon; lo que en la mayoría de los casos es mortal y rara vez se circunscribe al territorio de irrigación de la rama terminal, la ileocecoapendiculocólica^{2,3}.

Las causas más frecuentes son la aterosclerosis y las embolias, principalmente de origen cardiaco. Esta afección alcanza una mortalidad del 90%, dado no solo por su gravedad, sino además por el retardo en su diagnóstico y tratamiento. El fallo en el diagnóstico es común y la localización intraoperatoria de la lesión vascular es muy difícil. Este caso es novedoso y se puede catalogar como una curiosidad en la práctica médica pues la trombosis aislada de la arteria ileocecoapendiculocólica es una entidad rara y en la mayoría de los casos mortal, lo cual es un diagnóstico desafiante y un reto para todo cirujano^{2,4}.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 69 años con antecedentes de salud, que llevaba tres días de tratamiento con metocarbamol por un eritema orbicular. Comenzó con dolor periumbilical agudo constante que fue en incremento progresivamente, acompañado de náuseas y vómitos. Se interpretó inicialmente el cuadro clínico como una enterocolitis, al cual ingresaron en la sala de observaciones con hidratación y medidas generales en su área de salud, pasadas las 24 horas es remitido al servicio de cirugía del Hospital General "Camilo Cienfuegos" por deterioro del cuadro clínico; al llegar se confirma la presencia de intenso dolor abdominal y signos de shock.

Al examen físico se encuentra dolor abdominal con reacción peritoneal a la palpación, timpanismo, disminución de los ruidos hidroaéreos, mucosas secas y taquicardia (FC de 120 por minuto). Se realizaron complementarios en cuerpo de guardia: Hb=110g/l, Leucograma=14000, EKG normal, Rx tórax AP normal, Rx abdomen simple de pie se observaron varios niveles hidroaéreos centrales. Después de las medidas para corregir el shock inicial se llevó al salón de operaciones donde se le practicó una laparotomía exploratoria mediante una incisión media supra e infraumbilical, en la que se encontró necrosis del íleon terminal, ciego y pequeña parte de colon ascendente, líquido de color achocolatado en cavidad abdominal y fétido; se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa terminoterminal en dos planos y lavado amplio de la cavidad abdominal, se dejó drenaje en el fondo de saco de Douglas y se cerró la incisión por planos hasta la piel, se utilizaron puntos subtotales, posteriormente se trasladó a la sala de terapia intensiva para continuar con tratamiento antibiótico y cuidados postoperatorios intensivos. El paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones postoperatorias, se comenzó la vía oral al quinto día y se traslada a la sala de cirugía donde se egresa al décimo día, completamente restablecido.

La biopsia número 3380 informó en el estudio macroscópico: segmento de intestino (80x7), serosa pardo oscuro al corte, mucosa oscura que impresiona hemorrágico en toda su extensión, discreta grasa sin estructuras ganglionares y en el estudio microscópico: mucosa confluyente, marcada congestión, zonas de hemorragias y necrosis con infiltrado inflamatorio severo difuso. Estos resultados coinciden con el diagnóstico de trombosis de la arteria ileocecoapendiculocólica. (Fig.1)

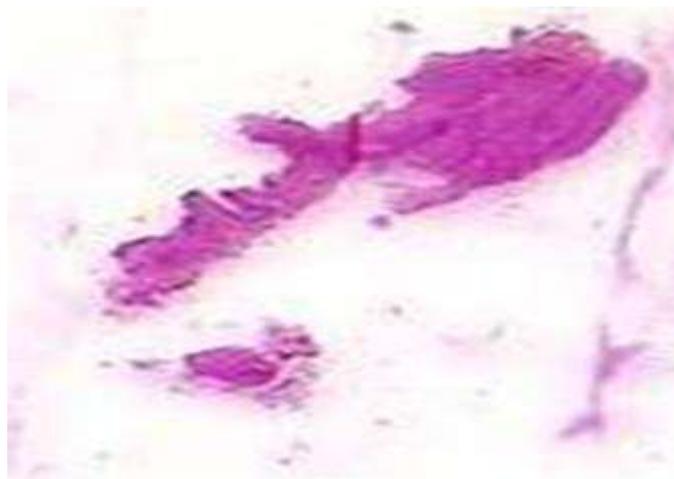


Fig. 1. Corte anatomopatológico de la pieza quirúrgica. Hospital General Universitario “Camilo Cienfuegos” Sancti Spiritus.

DISCUSIÓN

La trombosis mesentérica representa aproximadamente el 3% de todas las oclusiones intestinales, con una mortalidad del 90%, dada no solo por su gravedad sino además por el retardo en su diagnóstico y tratamiento. En el caso de instauración aguda la supresión brusca del flujo sanguíneo intestinal desencadena una catástrofe metabólica que finaliza con la muerte del paciente si no se actúa con urgencia y de forma precoz por lo que es considerada como un gran drama abdominal¹⁻⁴.

La arteria mesentérica superior es un vaso de gran calibre que se origina en la cara anterior de la aorta abdominal a nivel del tercio superior de L1 a 1,5 cm caudalmente del tronco celíaco, formando un ángulo agudo lo que la hace susceptible a la oclusión, el primer centímetro está más comúnmente comprometido por la aterosclerosis por lo que es el más afectado, siendo muy raro la aparición de la misma en las ramas más distales, especialmente la ileocecoapendiculocólica^{1,5}.

Cuando esta se ocluye de forma aguda se interrumpe el riego sanguíneo al yeyuno íleon y al colon derecho provocando un infarto masivo intestinal, tener certeza de estar ante este cuadro es difícil y muchas veces hasta imposible pues el diagnóstico sólo es realizable del 1,2 al 2% de los casos, pues existen diferentes procesos que se confunden con esta enfermedad, tales como la colecistitis aguda, pancreatitis aguda, úlcera perforada y la obstrucción intestinal por hernia interna²⁻⁴.

En la isquemia mesentérica aguda antes de llevar a cabo una intervención quirúrgica de elevada mortalidad es imprescindible tratar el shock preferentemente con solución coloidal isotónica, si el paciente no se recupera en el término de 2 h, se operará en estas condiciones. Es poco probable antes de la intervención quirúrgica tener un diagnóstico preciso al que se pueda llegar por medio de la arteriografía selectiva.

Cuando existe necrosis o gangrena del intestino la conducta será en aproximadamente el 50% de los casos la resección del segmento intestinal necrosado; en los que inicialmente se repermeabilizan la resección alcanza el 80% durante una relaparotomía. Cuando la isquemia mesentérica es reversible, se realizará la revascularización intestinal^{1,4,6}.

CONCLUSIONES

El paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones postoperatorias, se egresó a los 10 días después de terminado el tratamiento antibiótico de la sala de cirugía. El caso se puede catalogar como una curiosidad en la práctica médica pues la trombosis aislada de la arteria ileocecoapendiculocólica es una enfermedad rara y en la mayoría de los casos mortal y resulta un diagnóstico desafiante y a su vez un reto para todo cirujano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabiston DC. Textbook of Surgery, 18th ed. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2007.
2. García Gutiérrez A. Cirugía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
3. Chabert S, Porcheron J, Balique JG. Management of acute arterial ischemia. J Chir (Paris). 1999 Oct; 136(3):130-135. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chabert%20S.Balique%20JG.Management%20of%20acute%20arterial%20ischemia>
4. Mak SY, Roach SC, Sukumar SA. Small bowel obstruction: Computed tomography features and pitfalls. Curr Probl Diagn Radiol. 2006 Mar-Apr; 35(2):65-74. Available from: <http://www.cpdjournal.com/article/S0363-0188%2805%2900080-0/abstract>
5. Puelma F, Olave E. Relaciones del origen del tronco celiaco, arterias mesentéricas y renales con la columna vertebral en individuos chilenos. Int. J. Morphol. 2010; 28(4):1227-1234. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022010000400038&script=sci_arttext
6. Bianchi A. From the cradle to enteral autonomy: The role of autologous gastrointestinal reconstruction. Gastroenterology. 2006 Feb; 130(2 Suppl 1):S138-46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=From%20the%20cradle%20to%20enteral%20autonomy%3A%20The%20role%20of%20autologous%20gastrointestinal%20reconstruction.%20%20Gastroenterology>