

Reporte de un Caso de Infarto Intestinal con Resección y Anastomosis

DR. RAFAEL A. COTO CH.*
DR. LEONIDAS POVEDA E.*
DR. ISAÍAS ALVAREZ A.*
D.R ANÍBAL AMADOR M.*
DR. ABRAHAM BERGMAN*
DR. MARIO ARGUEDAS S.*
DR. JAIME TELLINI**

Este caso por lo interesante de su evolución, la solución quirúrgica que se le dio y la serie de trastornos de absorción que presentó, se considera digno de hacerlo llegar a los estimables colegas lectores de esta Revista.

Se trata de un paciente (I. CH. M.), 55 años de edad, casado, vecino de Acosta.

Antecedentes heredo-familiares: Madre muerta de probable A.V.C., padre muerto de causa desconocida. Un hermano padeció de Tb. pulmonar. Niega antecedentes fímicos, luéticos, diabéticos, neoplásicos y epilépticos.

Antecedentes personales no patológicos: Habitación en pésimas condiciones de higiene y ventilación. Alimentación deficiente en calidad y cantidad. Escolaridad, nula. Tabaquismo a partir de los 15 años de edad una cajetilla diaria. Alcoholismo de los 18 a 24 años en grandes cantidades hasta embriaguez. Posteriormente en forma ocasional.

Antecedentes personales patológicos: sarampión, tosferina y viruela "negra" en su infancia. Paludismo a los 27 años de edad que duró 3 y 1/2 meses. Cuadros gripales y cefaleas ocasionales. Niega traumáticos y alérgicos.

El padecimiento actual hace su aparición hace 8 meses, caracterizado por diarrea de cuantía variable y duración caprichosa, al mismo tiempo que empieza a notar pérdida de peso progresiva no cuantificada.

* Servicio de Cirugía General. Hospital Rafael A. Calderón Guardia.

** Servicio de Medicina. Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia.

El día 4-1-70 posterior a la ingestión de una taza de café con pan, hace lipotimia, obnubilación del sensorio, transitorio. Mientras tanto, tiene náusea, sialorrea y luego vómitos de contenido alimentario, color amarillo verdoso, muy amargos. Este cuadro se acompañó de dolor tipo cólico brusco en flanco derecho e izquierdo y mesogastrio, intenso, el cual cedía por 1-2 minutos para presentarse posteriormente más intenso todavía, al mismo tiempo que inicia evacuaciones semilíquidas con características no precisas pero que fueron haciéndose líquidas en su totalidad con una frecuencia de 20 a 25 por día. Recibió tratamiento inespecífico, pero no cedió. En esas condiciones se interna de emergencia en el Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

A la exploración física se encontró: Facies dolorosa, tegumentos pálidos y muy deshidratado, desorientado en tiempo y espacio. T.A. 90-50, Pulso 100 x minuto, respiraciones 12 x min., y temperatura 37°C. Pupilas centrales y simétricas que responden débilmente a los estímulos luminosos. Boca: mucosa seca y deshidratada. Lengua suburral. Abundantes caries de 2º y 3º grados. Faringe hiperémica. Oídos y nariz normal. Cuello: forma y volumen normales. Tráquea central y desplazable. Pulso carotídeo débil, rítmico y sincrónico con el radial. Tórax y área cardíaca normales. Abdomen: a su ingreso el 5-1-70 se encontró plano, blando, depresible, con reflejos cutáneos presentes y normales. No existía hiperestesia cutánea. A la palpación profunda hay dolor intenso, acompañado de defensa voluntaria en especial en flanco derecho e hipocondrio derecho. No existía signo de rebote según un observador. Ruidos intestinales presentes al principio acelerados y luego disminuidos de intensidad. Horas después presentó un abdomen distendido con dolor generalizado. Defensa muscular y signo de rebote. El paciente para entonces soporoso y obnubilado. Tacto rectal no se realizó.

Con el cuadro anteriormente descrito se diagnosticó como "enterocolitis y deshidratación" severa y se instituyó: suero glucosado 5% alternando con suero mixto y 1/2 gramo de cloranfenicol. Gravel 2 cc. c/8 horas. Nada por vía oral.

Los exámenes de laboratorio reportaron: Hb. 13.2, Ht. 42, U.N. 33, Creatinina 3, Ca. 3.7 mEq., Na. 130., K. 3.6, P. 4.2, Cl. 350, CO2 20. Las radiografías mostraron únicamente asas ligeramente dilatadas.

No obstante estas condiciones, se decide intervenirlo con diagnóstico de abdomen agudo y shock hipovolémico. Se efectúa incisión transrectal derecha encontrándose lo siguiente: Intestino delgado hay asas (la mayoría) de aspecto violáceo, dejando 40 cms. al principio del yeyuno y 40 cms. de ileon finales de buen aspecto. La arteria mesentérica superior se hallaba engrosada y dura ocupada por un trombo que alcanzaba unos 31/2 cms. En la cavidad existía líquido sanguinolento en cantidad moderada. En vista de las lesiones isquémicas y compromiso intestinal, así como de la extensión del trombo hasta el ostium mesentérico, se decidió hacer resección de 4 mts. de intestino, palpándose a nivel de los cortes de sección muy buen pulso en las arterias marginales, así como en la cólica derecha y media, rematando con anastomosis terminal-intestinal. También en vista de la gran dilatación gástrica se hace gastrotomía con tubo de hule al exterior por contraincisión. Conclusión postoperatoria: trombosis mesentérica con necrosis extensa. El diagnóstico anatómico-patológico: necrosis hemorrágica de la mucosa e infarto intestinal.

Evolución inmediata: se recupera de la anestesia con T.A. 100-60, Pulso 100 x minuto. Respiraciones: 36 x min., tonos cardíacos rítmicos. Se hizo P.V. (que se encontró en 16 cms. de agua). Los datos de laboratorio inmediatos:

U. N. 51. Creatinina 2.4, Ca. 4.3 mEq, Na. 135., K 3.6, Cl. 350, CO₂ 38. Se administró glucosa en suero, gluconato de calcio una ampolla, cada cuatro horas en la vía.

En los días siguientes, evolución bastante satisfactoria, hay baja discreta del calcio y K. se mantiene en límites normales. Mantiene buena diuresis y el evacuador gástrico (gastrostomía) funciona correctamente. Se administra: solución fisiológica al 9% 1 litro cada 8 horas alternando con Sol. Glucosa al 10%. Penicilina sódica 5.000.000 U. en cada litro. Un frasco de K Cl (40 mEq.) en cada litro. Trasylol y cloromicetina.

En días sucesivos (4º postoperatorio) con discreta deshidratación. Ruidos intestinales presentes y fuertes. Empieza a tener defecaciones acuosas, abundantes y numerosas. Se le indica agua albuminosa, más agua de arroz 50%. Maltosa más dextromalto al 6% por vía oral. Los valores de Ca. en 4.3 mEq., y el K. en 3.2. Se le agrega un frasco de CL Na. (cloruro de sodio) al 20% y gluconato de Ca. 2 amp. cada 12 horas. En el 7º día postoperatorio: U.N. 11.8, Creatinina 1.0, Ca. 4.6 mEq., Na. 132, K. 3.8, P. 2.1 CL 430, C O 2 28 y se administra: suero glucosado con un frasco de Na.Cl 20% 20 c.c. Gluconato de Ca. 1 ampolla c/12 horas. Se continúa con agua albuminosa, más agua de arroz al 50% 500 cc. Maltosa con dextromalto al 6% y a cada litro de suero 3 gramos de KCl. Con esta dieta mejoran sus deposiciones en consistencia y frecuencia. En el 15º día postoperatorio se agrega DOCA una sola vez 10 mgrs. y al 17º día postoperatorio se pasó a dieta blanda y seca 6 tiempos sin residuos e hiperproteica. Agua albuminosa 500 cc. al día con maltosa y dextromalto. Suero fisiológico 1 litro c/12 horas y un frasco de Na.Cl.20%. De esta fecha en adelante cursó con aceptables cifras de electrolitos. Mantiene mejor estado general, lo mismo que disminuye la frecuencia de sus evacuaciones y aumenta la consistencia. En la actualidad el paciente está bien y su estado general es satisfactorio.

Consideramos que este caso es insólito, dado que la mortalidad por resección en pacientes de este tipo de padecimiento es muy elevada. Creemos que sale sobrando entrar en detalles de etiología, patogenia y cuadro clínico, accesible al lector asiduo en los tratados de la materia.

Lo novedoso y lo que nos impulsó a presentarlo es el manejo postoperatorio de este paciente, pues sabemos que si bien se describe la serie de alteraciones que una resección amplia conlleva, no es menos cierto que casi no hay referencia en la literatura acerca de cómo tratarlas. Por lo tanto, es mérito del Dr. Jaime Tellini, quien por esa época trabajaba en el Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, y el grupo de Internos y Residentes del grupo de Cirugía General, el haber casi ideado el tratamiento expuesto y al cual achacamos mucho éxito conseguido al salvar la vida de este paciente, quien hoy día asiste a nuestra consulta de Cirugía General y se encuentra en buenas condiciones generales.

RESUMEN :

Hemos presentado un caso de trombosis de vasos mesentéricos superiores con necrosis hemorrágica de la mucosa e infarto intestinal.

A veces resulta necesaria la resección masiva y como consecuencia los pacientes quedan con intestino delgado acortado con secuelas inevitables: diarrea rebelde, desnutrición y mala absorción.

En nuestro caso, fue posible controlar estos trastornos y el paciente se recuperó satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.—HERBERT R., HAWTHORNE ET AL.
Abdomen agudo, Urgencias abdominales de origen vascular. Ed. Interamericana S. A.
Capítulo 25. p. 309, 1969.
- 2.—MICHANS, JUAN R.
Patología quirúrgica. Librería "El Ateneo" Editorial. Tomo III. p. 923-925, 1961.
- 3.—SPIVACK, J. L.
Cirugía de Urgencia, Oclusión de los vasos mesentéricos, Unión tipográfica. Editorial
Hispano-Americana, Tomo I. Capítulo XV. p. 609-618, 1948.
- 4.—FINKELSTEIN, JAMES D.,
Mala absorción, Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Cl. Med. de N. A. Editorial
Interamericana S. A. pp. 1338-1354, noviembre, 1968.
- 5.—ISODORE, COHN JR., FRANCIS, C. NANCE.
Resección de Intestino Delgado. Clinical Quir. N° 1. Editorial Interamericana, S. A.
Pág. 1179-1190, octubre, 1966.