

INFARTO HEMORRÁGICO TOTAL DE INTESTINO
DELGADO POR OCLUSIÓN ATEROMATOSA
DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Dr. Armando M. Loubéjac

El infarto intestino-mesentérico es una afección relativamente frecuente. Lo prueba el hecho de que Ameline y Lefebvre (1), en su magnífico "rapport" al 44 Congreso Francés de Cirugía realizado en 1935, estiman en más de mil los casos de que tienen conocimiento en el momento de la fecha del Congreso. Si a ello se agregan las publicaciones hechas en todas partes a continuación de los trabajos de Gregoire y Couvelaire sobre el infarto anafiláctico, llama la atención el corto número de casos relatados en nuestro medio.

La primera comunicación corresponde a G. Arrizabalaga (2) quien en 1926 publica en "Anales de la Facultad de Medicina" dos observaciones de infartos segmentarios de intestino delgado por **trombosis de la vena mesentérica**. Están muy bien estudiadas clínicamente y completadas con el protocolo necrópsico y el examen histológico del intestino y del mesenterio realizados por H. Caffera Abadé.

La segunda publicación de que tengo noticia corresponde también a un infarto segmentario por **oclusión venosa**. Pertenece al Dr. C. Piquerez y se detalla en el libro "Ileo", del Prof. Prat. El mismo autor hace referencia a otras dos observaciones inéditas del Dr. Piquerez, sin indicar extensión y asiento de las trombosis.

Ninguna de las observaciones citadas tiene estudio radiológico pre-operatorio. Tampoco lo tiene la inmensa mayoría de los casos estudiados en su "rapport" por Ameline y Lefebvre, quienes sólo hacen referencia a 7 casos **radioscopiados**, de los cuales 4 son observaciones inéditas, y en los que en sólo 3 se encuentra ileus con niveles.

Por las consideraciones que anteceden me ha parecido útil comunicar a esta Sociedad las dos observaciones personales que detallo a continuación. Ambas tienen estudio radiológico pre-operatorio y una de ellas protocolo necrópsico completo. La observación 1 corresponde a un infarto total por oclusión ateromatosa; la observación 2 a un infarto segmentario del tipo de los llamados "infartos inexplicados" en el que, muy probablemente, un vólvulo destorcido o un shock anafiláctico o tóxico están en la base de la etiología.

OBS. 1. — Infarto total de intestino delgado por oclusión ateromatosa de arteria mesentérica superior. — G. M., uruguayo, de 63 años, es traído a mi Guardia del Hospital Maciel a las 16 horas del día 10 de abril de 1938. Antiguo cardíaco en tratamiento, después de haber pasado el día de ayer perfectamente bien, esta mañana a las 9 fué tomado bruscamente por un intenso y agudísimo dolor en el hipogastrio, inmediatamente por debajo del ombligo, precedido de un estado de colapso con enfriamiento periférico. Ese dolor era continuo, sin irradiaciones altas, y propagado ligeramente a la F. I. I. La intensidad del dolor lo obligaba a revolcarse en la cama y exigió un c.c. de morfina. Tuvo una deposición diarreica, negruzca, sin sangre, con expulsión de algunos gases, que se repitió a la tarde, en muy pequeña cantidad, después de un enema que le hicieron los familiares. Estado nauseoso y un vómito mucoso en la mañana.

Tenesmo rectal imperioso y repetido. El dolor continuó con los mismos caracteres de fijeza, calmándose algo en el momento del ingreso por una nueva inyección de morfina. No expulsó más gases en el resto del día. Disuria.

Antecedentes. — Antiguo colítico, tuvo una última crisis hace 8 días, con más de 7 deposiciones diarias. Consigna algunas crisis dolorosas abdominales, con irradiación lumbar, rotuladas como cólicos nefríticos. La última hace dos meses.

Examen. — Enfermo con muy buen estado general, calmado de su dolor espontáneo por la inyección de morfina. Ligera palidez de la piel. Lengua húmeda, no saburral. Pulso 100, con pausas. Temperatura axilar 37 ½; Rectal 38 ½. Vientre discretamente balonado, que se desplaza poco a la respiración. Contractura de la pared predominando en el hemiventre izquierdo. A la palpación, y con dulzura, es posible vencer parcialmente la contractura. Intenso dolor a la presión en el hipogastrio, bajo el ombligo, en la F. I. I. y en el flanco del mismo lado. Epigastrio e hipocondrio derecho indoloros, palpándose a este nivel un hígado grande y duro. Duele también la F. I. D., aumentando el dolor a medida que nos acercamos al hipogastrio. Franja de sonoridad pre-hepática a la derecha del esternón. Tacto rectal: Douglas no ocupado, indoloro. La presión sobre la próstata provoca tenesmo vesical. El dedo se retira sucio de materias, sin sangre. Los cambios de posición le provocan al enfermo intensos dolores en el hipogastrio, que se calman en cuanto queda en reposo.

Radioscopia y radiografía de abdomen. — Placa A. 8876 del Hospital Maciel (Servicio de Radiología): Gran distensión gaseosa en todo el abdomen, con numerosos niveles líquidos escalonados en la zona peri-umbilical. Algunos en la F. I. D. Ausencia de gas en el colon (Fig. 1). Diafragmas que se mueven ampliamente. No hay neumoperitoneo.

Radioscopia de tórax. — Hilios muy cargados; trama bronco-vascular



Fig. 1. — **Infarto intestinal por trombosis mesentérica.** — Numerosos niveles líquidos de delgado. Ausencia de gas en el colon.

muy marcada, predominando en el lado derecho. Fondos de saco costodiafragmáticos claros. Corazón grande, globuloso.

Se decide la intervención quirúrgica con el diagnóstico de ileo mecánico de delgado.

Operación. — Dres. A. M. Loubejac y C. I. Rivas. Pte. Puglia. Eter CO₂. Laparotomía infra-umbilical, ligeramente lateralizada a la derecha, con reclinamiento del recto hacia afuera. A la abertura del peritoneo sale gran cantidad de líquido sero-hemático, negruzco, con intenso olor fecaloide. Ansas delgadas dilatadas, de color azulado. No hay vólvulos del delgado. Ciego en la F. I. D. Apéndice sano. La exploración minuciosa del intestino delgado muestra que está totalmente infartado hasta 3 cen-

tímetros de su desembocadura en el ciego, donde en forma insensible recobra su color y aspectos normales. En algunas zonas, la porción próxima a la inserción mesentérica tiene un color rojo vinoso, menos azulado. Mesenterio muy grasoso, espesado y con "trainees" azuladas que van del intestino a la raíz. Ciego, ascendente, transverso, descendente y sigmoide de coloración y aspecto normales. Discreto dolico colon sigmoideo. Epiplón



Fig. 2. — Numerosos niveles líquidos. Ausencia de gas en el colon.

muy grasoso, enrojecido. La exploración manual del vientre superior es negativa. Vista la imposibilidad de hacer resección intestinal, se resuelve practicar una enterostomía a la Witzel. Se toma un ansa, igual a todas las demás, y se hace la enterostomía. El aspecto del intestino recuerda el intestino del estrangulamiento herniario, de hoja muerta. Epiploplastia sobre la enterostomía. Cierre del peritoneo con surget de catgut. Plano músculo-aponeurótico con catgut N° 3. Crines en la piel. La anestesia fué muy buena. Gran excitación al despertar; hay que darle morfina -escopolamina. Pulso 120. Se indica suero fisiológico, suero clorurado al 20 % y sifón en la enterostomía. Falleció a las 11 horas del día siguiente.

Necropsia. — Protocolo de la necropsia efectuada por el Dr. Héctor Ardao.

Protocolo 960 (Hospital Maciel).

Deceso: 11-IV-1938 a las 11 horas.

Necropsia: 11-IV-1938 a las 12 horas.

Examen interno: Peritoneo: Serosa rojo-oscura, deslustrada y recubierta de exudados de aspecto hemorrágico. En el fondo de saco de Douglas existen unos 300 c.c. de líquido sero-hemorrágico.

Estómago: La mucosa presenta un puntillado hemorrágico en la región de la gran tuberosidad. **Intestino delgado:** Ansas de color rojo-oscuro. Contenido: hemorrágico. Paredes: edematosas. **Mesenterio:** Gran sobrecarga grasosa. Infiltrado de sangre y edema. **Arteria gran mesentérica:** Ocupada en toda su extensión por un trombus. Está endurecida, frágil, de calibre irregular debido a placas ateromatosas que en ciertos lugares reducen su luz al calibre de un capilar. En su origen está ocluida por un proceso esclero-ateromatoso. Al corte cruje como si se cortaran masas calcáreas. a **mesentéricas: Están dilatadas y enas de sang.** **Intestino grueso:** El colon ascendente, transverso y descendente contienen sangre y están dilatados por gases. El ansa sigmoide está estrechada, contracturada y se encuentra vacía. La mucosa cólica no presenta particularidades. **Recto:** Sin particularidades. **Bazo:** Consistencia firme, color rojo-oscuro. Al corte se ven trabéculas fibrosas. **Hígado:** Cápsula lisa, tensa. Color: amarillento. Consistencia: disminuida. Al corte se observa el mismo color amarillento, acentuado por islotes. **Páncreas:** Sin particularidades. **Riñones:** Superficie lobulada groseramente. Consistencia dura. Al corte: arquitectura córtico-medular conservada. **Uréteres y vejiga:** sin particularidades. **Próstata:** Blanda. Ligero aumento de volumen.

Tórax. — **Pleura:** Sin particularidades. **Pulmones:** Bordes posteriores y bases: rojo-oscuro y consistentes. Al corte dan abundante sangre. Lóbulos superiores y bordes anteriores: color negruzco apizarrado, crepitantes. **Pericardio:** Sin particularidades. **Corazón:** Aumentado de volumen, como una cabeza de feto a término. Miocardio rojo-oscuro, con estrías blanquecinas de esclerosis. **Endocardio parietal** sin particularidades. **Endocardio valvular:** hay engrosamiento ateromatoso de las válvulas mitral y sigmoideas aórticas. **Aorta:** Cruje al cortarla. Sobre el endotelio hay placas amarillentas en relieve, algunas agrietadas y otras ulceradas mostrando en su fondo papilla ateromatosa. **Arterias coronarias:** El ostium de la **coronaria derecha** está tapado por una gruesa placa de ateroma. El ostium de la **coronaria izquierda** está estrechado, admitiendo un explorador de apenas un milímetro de diámetro. Ambas arterias coronarias — derecha e izquierda — están endurecidas y muy estrechadas en algunos sitios.

Resumen: 1) Infarto hemorrágico del intestino delgado, producido la oclusión ateromatosa de la arteria mesentérica superior.

2) Ateroma muy intenso de la aorta y sus ramas; una placa ateromatosa ocluye el ostium de la arteria coronaria derecha.

3) Esclerosis e hipertrofia cardíaca.

OBSERV. 2. — Ileus del delgado por probable infarto anafiláctico.

J. Y., 52 años, polaco. Hace 3 días, estando en plena salud, comenzó a sentir dolores epigástricos que se intensificaron progresivamente. Al cabo de unas 2 horas se hicieron difusos, predominando en el bajo vientre. Sobre un dolor continuo se injertan paroxismos dolorosos cada media hora, acompañados de vómitos profusos mucosos, luego oscuros sin ser fecaloideos. Constipación absoluta de materias y gases desde el comienzo. El cuadro permanece incambiado hasta el momento del ingreso. En el día de hoy ha ingerido 4 purgantes salinos. No hay antecedentes de sufrimientos anteriores ni de operaciones abdominales.

Examen: Enfermo disneico (35 respiraciones), de aspecto tóxico, que vomita profusamente un líquido marrón sucio, sin olor. Antes de seguir el examen se le pone una sonda duodenal en el estómago que extrae dos litros de líquido. Lengua seca, saburral. Pulso 140. Temperatura axilar 37°. Rectal 38°. Vientre distendido, que se moviliza poco. No se aprecian reptaciones intestinales. A la presión hay dolor marcado en F. I. D. y en F. I. I., predominando en la primera. Timpanismo generalizado. No hay dolor a la decompresión. Douglas libre, doloroso. Presión arterial: Mx. 11; Mn. 8 ½. Se plantea la posibilidad diagnóstica de un ileus paralítico consecutivo a una apendicitis aguda.

Radiografía de abdomen: 27822 (Hospital Maciel)

Placa de pie: numerosos niveles líquidos en ansas delgadas.

Algunas burbujas gaseosas en el colon ascendente (fig. 2).

Placa en decúbito ventral: Las ansas delgadas se reparten en 4 grupos, explayadas alrededor del eje mesentérico.

Prevía preparación del enfermo, se interviene con diagnóstico de ileus mecánico del delgado.

Operación: Dr. Loubejac. Raquianestesia con 0 gr. 10 de novocaína entre 1ª y 2ª lumbar. Buena anestesia. Debaque diarreica a los 10 minutos. Se decide intervenir igual. Incisión de Jalaguier. Líquido citrino en el vientre. Ansas delgadas de color rojo-vinoso y dilatadas en una extensión de dos metros. Ciego distendido. Apéndice sano. La exploración del delgado muestra ansas ileales normales, sin vólvulos, que progresivamente van tomando un color oscuro, con equimosis que toman el mesenterio, a la altura de la porción yeyuno ileal. A ese nivel predominan las equimosis y se piensa en un probable vólvulos destorcido en el curso de la raquianestesia. Todas estas maniobras, realizadas sin eviscerar, muestran un intestino dilatado pero de paredes tónicas que reaccionan al suero caliente, sin bridas ni obstáculos. Se indica 1 c.c. de adrenalina intramuscular, sin observarse cambios inmediatos en el color del intestino. Colon sin particularidades. Cierre de la pared por planos. Crines en la piel.

Post-operatorio. — Por la sonda duodenal, que ha quedado en permanencia, se inyectan 40 grs. de aceite de ricino. Se indica enema salado, cloruro de sodio I. V. e hidratación intensa. El cuadro no varía y el enfermo falleció a las 48 horas sin que se lograra movilizar el intestino.

No se pudo obtener autorización para hacer la necropsia.

En resumen: ¿Infarto anafiláctico? ¿Vólvulos destorcido?

El diagnóstico positivo del infarto intestino-mesentérico es difícil de hacer si no concurren elementos conocidos: antecedentes cardio-vasculares, infecciosos u operatorios, junto a dolor abdominal agudo colapsante, con estado general alterado, vómitos y melena o sangre visibel al tacto rectal.

¿Puede la radiología ayudarnos en el diagnóstico positivo de esta grave afección?

Aunque patogénicamente el ileus corresponde a una parálisis de la fibra muscular intestinal, por necrosis isquémica en el caso de la obstrucción arterial y por traslación e ingurgitación hemática en el caso de la obstrucción venosa y en el caso del infarto diapepético, la imagen radiológica es la de un ileus mecánico, con ausencia casi total de gas en el colon.

Con el fin de lograr una impresión comparativa que pueda servirnos para hallar algún detalle que diferencie en algo la imagen del ileus por infarto del ileus mecánico y del ileus paralítico por inflamación, voy a proyectar una colección personal de diapositivos correspondientes a afecciones de este tipo:

- DIAP. 1. — G. M. — Ileus paralítico del delgado, con niveles, por trombosis y oclusión ateromatosa de arteria mesentérica superior (fig. 1). A las 7 horas de iniciado el cuadro hay niveles líquidos y distensión paralítica de las ansas delgadas.
- DIAP. 2. — J. Y. — Placa de Pie: Ileus del delgado, con niveles, en un infarto segmentario, probablemente anafiláctico (fig. 2). Placa obtenida a las 72 horas del comienzo.
- DIAP. 3. — J. Y. — Placa en decúbito-ventral: las ansas delgadas se desplazan en 4 grupos, alrededor del eje mesentérico. Ausencia de gas en el colon.
- DIAP. 4. — M. R. — Ileus mecánico del delgado, por brida. Ausencia de gas en el colon.
- DIAP. 5. O. C. — Placa de pie: Ileus paralítico en el curso de una apendicitis mesocelíaca (Libro 2, pág. 6). Niveles del delgado y distensión del colon.
- DIAP. 6. — O. C. — Placa en decúbito ventral: Distensión de ansas delgadas y de colon. Gruesos cordones de exudado separan las ansas.
- DIAP. 7. — M. A. — Ileus paralítico en el curso de una peritonitis biliar por rotura intra-abdominal de Q. H. del hígado (Observación ya comunicada). Distensión de ansas delgadas y de colon. Nivel líquido en hipocondrio derecho.
- DIAP. 8. — A. de los S. — Placa de pie: Ileus paralítico en el curso de una adenitis mesentérica. Distensión gaseosa generalizada, con niveles en el delgado. (Libro 1, pág. 228).

- DIAP. 9. — A de los S. — Placa en decúbito-ventral: Distensión gaseosa generalizada. Las ansas distendidas se adosan unas a otras, separadas por líneas estrechas y adoptando formas angulosas en su contorno. (Imagen del ileus sin exudado peritoneal).
- DIAP. 10. — A. S. — Ileus del delgado a los 6 meses de una apendicectomía. Distensión y niveles del delgado. Poco gas en el colon. Cedió con tratamiento médico.
- DIAP. 11. — E. L. de V. — Placa en decúbito ventral: Ileus mecánico del delgado por cálculo biliar. Gran distensión de ansas delgadas, dispuestas en bandas transversales, sin exudado. (Observación ya comunicada). Ausencia de gas en el colon.
- DIAP. 12. — S. A. — Ileus mecánico del delgado por peritonitis adhesiva. Ausencia de gas en el colon. La imagen radiológica es muy parecida a la del infarto.
- DIAP. 13. — J. M. — Ileus paralítico en el curso de una peritonitis genital. Distensión gaseosa generalizada.
- DIAP. 14. — B. B. — Ileus mecánico del delgado, por orejón. Ausencia de gas en el colon.
- DIAP. 15. — A. R. — Ileus paralítico en el curso de una apendicitis aguda mesoceliaca. Niveles de intestino delgado en la F. I. D. y flanco. Gas en el colon.
- DIAP. 16. — L. B. Ileus paralítico en el curso de una apendicitis aguda retro-cecal. Gran distensión gaseosa del colon derecho.
- DIAP. 17. — P. G. de P. — Apendicitis pelviana. Ileus paralítico localizado, rodeando el foco. Distensión de ansa sigmoide. comprobado en la intervención.
- DIAP. 18. — C. S. de R. — Apendicitis pelviana. Ileus paralítico en el bajo-ventre. Distensión de ansas delgadas y de colon.
- DIAP. 19. — Placa A. 7719. Ileus paralítico en el curso de una neumonía de la base derecha, con irradiación dolorosa abdominal.
- DIAP. 20. — R. F. — Ileus paralítico localizado en la F. I. D. en el curso de una apendicitis aguda.
- DIAP. 21 y 22. — J. P. — Ileus paralítico en el curso de una peritonitis difusa por perforación de vesícula biliar. Gran distensión gaseosa en abdomen superior. Niveles líquidos en abdomen inferior.
- DIAP. 23. — B. B. — Placa de pie: Ileus paralítico en el curso de una apendicitis aguda retro-cecal.
- DIAP. 24. — B. B. — Placa en decúbito-ventral: Gran distensión de colon.

Los dos primeros diapositivos que he proyectado, correspondientes a las observaciones de infarto intestinal, tienen indiscutiblemente, algún matiz diferencial con las imágenes de los otros casos de ileus mecánicos y paralíticos. Pero creo que por sí solas no pueden ayudar al diagnóstico de infarto. Constituyen un ele-

mento importante que deberá solicitarse precozmente. Como lo demuestra la Observación 1, el ileus paralítico con niveles puede instalarse en pocas horas.

REFERENCIAS

- 1) AMELINE y LEFEBVRE. — "Infartos del Mesenterio". Congreso Francés de Cirugía. 1935.
- 2) ARRIZABALAGA (G.). — Dos casos de infarto intestinal por trombosis de la vena mesentérica superior. — Anales de la F. de Medicina. Febr. 1926.
- 3) PRAT (D.). — Ileo. Palacio del Libro. 1931.

DISCUSIÓN

Prof. DEL CAMPO. — El Dr. Loubéjac nos presenta dos casos de infarto del delgado, uno de ellos discutible según su propia afirmación, con su imagen radiológica.

En estos casos, como en los que él proyectó, en los cuales hace la comparación falta para la mayoría de ellos un dato importante que es el número de horas transcurridas. Es un dato importante, más aún en el infarto del delgado cuanto que el síndrome oclusivo en el curso del infarto del delgado es variable.

El infarto del delgado se presenta con expresiones clínicas diferentes. Tan es así que se describe una forma oclusiva, otra hemorrágica y otra peritoneal.

De acuerdo con las observaciones que yo he hecho (he visto dos casos de infarto) radiológicamente la primera expresión del infarto del delgado no es en general la forma oclusiva mecánica, sino una sub-oclusión. Esto quiero explicarlo.

Tenemos la costumbre de definir en la radiología de vientre agudo dos síndromes: Uno de oclusión mecánica y otro de oclusión paralítica o de ileus regional o paralítico. Al síndrome de oclusión mecánica corresponde en lo que se refiere al delgado, la acumulación rápida de gases y de líquido por arriba de la oclusión y la disminución grande hasta la desaparición de los gases por debajo.

A la segunda forma corresponde la concomitancia, la distensión gaseosa de segmentos alejados, es decir, del delgado y del grueso. Pero si quisiéramos expresar la verdad estrictamente diríamos que la acumulación de gases y de líquido por encima traduce la oclusión completa, cualquiera sea la causa, y la disminución con concomitancia de gases en el delgado y en el grueso traduce la oclusión incompleta o la posibilidad de pasaje de gases de un segmento a otro.

En la oclusión mecánica, la separación absoluta, la imposibilidad de

que el contenido gaseoso o líquido pase al segmento posterior es precoz y por lo tanto se traduce rápidamente.

En el tipo paralítico con la organización de exudados y la extensión del segmento tomado pasa a ser una oclusión total, pero con el tiempo. Se necesita pues, que se le agregue a la placa, el número de horas transcurridas.

Todos estos puntos necesitan mayores aclaraciones sobre las cuales hablaremos en otra ocasión. Cuando el caso date de tres o cuatro días es difícil poder afirmar que una oclusión completa del delgado es pura y exclusivamente mecánica.

En los casos de trombosis mesentérica yo he visto que en las primeras horas había acumulación de gases en el delgado, pero no había desaparición de gases en el colon. Indicaba la acumulación de gases en el colon la distensión de las ansas y segundo, la permeabilización todavía existente del intestino.

Creo que en el ileus por infarto mesentérico del delgado el tipo de obstrucción completa es un tipo secundario que tarda un tiempo relativamente grande para hacerse y me pareció que una de las observaciones que presenta, la primera observación data por lo menos de dos días. No es habitual en obstrucciones del delgado hacerse un simple período de distensión gaseosa tan largo.