



Tratamiento quirúrgico de la isquemia digestiva

F. Brunetti, H. Kobeiter, Y. Le Baleur, J. Marzelle

El tratamiento quirúrgico de la isquemia digestiva se basa en un conocimiento adecuado de la fisiopatología de la isquemia mesentérica, del tratamiento quirúrgico urgente, de la necrosis digestiva y de las técnicas clásicas de revascularización (trombectomías, endarterectomías y derivaciones), así como en la angioplastia con colocación de endoprótesis en las arterias viscerales, cuyas indicaciones son cada vez más frecuentes. Los progresos de las pruebas de imagen han permitido definir mejor las lesiones accesibles a un tratamiento etiológico, incluso en las situaciones urgentes. De forma paralela, los avances en cirugía digestiva y el papel del gastroenterólogo han participado en la mejora de la estrategia terapéutica.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Isquemia digestiva; Infarto mesentérico; Embolia; Trombosis; Mesentérica; Celíaco; Intestino delgado; Colon; Reanimación; Endoscopia; Tomografía computarizada; Angioplastia; Endarterectomía; Derivación; Laparotomía

Plan

■ Introducción	1
■ Isquemia aguda	1
Exploraciones diagnósticas	1
Isquemia de origen arterial	4
Isquemia de origen venoso	10
■ Isquemia crónica	10
Situaciones clínicas	10
Técnicas de revascularización	11
■ Conclusión	15

■ Introducción

Después de las primeras publicaciones sobre el tratamiento quirúrgico de la isquemia digestiva [1], se desarrollaron las revascularizaciones por derivación de forma simultánea al mejor conocimiento de la fisiopatología de dicha isquemia [2]. La angioplastia, seguida del uso de endoprótesis en las arterias viscerales, han ocupado un lugar al lado de la cirugía clásica. Los progresos de las pruebas de imagen han permitido definir mejor las lesiones accesibles al tratamiento, incluso en las situaciones urgentes. De forma paralela, los avances en cirugía digestiva y el papel del gastroenterólogo han participado en la mejora de la estrategia terapéutica. En este artículo, primero se describe el tratamiento de la isquemia mesen-

térica aguda y crónica, tras lo que se exponen las distintas técnicas aplicadas a la patología oclusiva y, por último, se detalla el tratamiento de etiologías más raras.

■ Isquemia aguda

La isquemia mesentérica aguda todavía conlleva una morbilidad y una mortalidad elevadas, del 56,6 y 27,9% en un registro estadounidense reciente [3], en el que los principales factores predictivos se relacionaron con las enfermedades concurrentes preexistentes (coronariopatía, insuficiencia respiratoria o renal, malnutrición) y con el contexto (postoperatorio, postinfarto de miocardio).

Exploraciones diagnósticas

Reseña clínica

El síndrome de isquemia mesentérica aguda (SIMA) corresponde a lesiones anatómicas aún reversibles y no es específico de una etiología particular de isquemia aguda [2]. La dificultad es que el SIMA es fugaz y discreto, y puede ser muy corto, en particular en las embolias. Sin embargo, en este estadio es cuando se cuenta con medios para curar al paciente, pues el intestino pasa de una fase precoz, en la que las asas aparecen pálidas e hiperperistálticas, a una fase secundaria, en la que las asas intestinales están dilatadas y atónicas, pero con lesiones aún reversibles durante 6-24 horas. La importancia de las lesiones intestinales varía en función de la rapidez de instauración de la trombosis, así como de su extensión.

El SIMA asocia dolor y trastornos del tránsito. El dolor es de tipo cólico y comienza en la región periumbilical o en la fosa ilíaca derecha. Se acompaña de agitación del paciente. Los trastornos del tránsito (defecación inmediatamente después del inicio del dolor, tenesmo sin diarrea) reflejan el hiperperistaltismo. El estado general está poco alterado, en ocasiones con un breve colapso. En la exploración, el abdomen no está distendido, presenta hipersensibilidad sin una auténtica defensa y se ausculta un hiperperistaltismo. El tacto rectal es normal. La radiografía simple de abdomen puede mostrar la ausencia de claridad aérea intestinal, pero una radiografía normal no descarta el diagnóstico.

Si no se establece el diagnóstico, se instaura un cuadro de infarto mesentérico: el dolor se vuelve muy intenso y continuo, el paciente vomita y presenta rectorragia o melena, así como un estado de shock. En la exploración, se observa la presencia de defensa o una contractura con matidez de los flancos y silencio auscultatorio.

En todos los estadios, hay que buscar un contexto sugestivo: soplo abdominal, antecedentes de angina mesentérica o de adelgazamiento, antecedentes cardiovascular, trombofilia, patologías asociadas, en particular pacientes en reanimación.

Pruebas de laboratorio

Por desgracia, las pruebas de laboratorio no proporcionan datos específicos para el diagnóstico. Hasta el momento, ningún marcador de laboratorio ha demostrado tener una sensibilidad y especificidad absolutas en caso de dolor abdominal agudo para confirmar o descartar el diagnóstico de isquemia mesentérica aguda [4]. La determinación de la concentración del lactato es un marcador de gravedad de la isquemia tardía, pero su normalidad no descarta el diagnóstico de un estadio precoz. Sólo la determinación de la concentración del dímero D parece ser prometedora en el diagnóstico precoz de la isquemia mesentérica aguda [5]. Según algunos autores, su negatividad puede descartar el diagnóstico de isquemia intestinal aguda [6]. Comienza a establecerse un consenso sobre la importancia de la determinación precoz y específica de la concentración del dímero D para prever la evolución de las isquemias intestinales agudas de origen venoso [7].

Tomografía computarizada

La tomografía computarizada (TC) permite en la actualidad una resolución espacial inframilimétrica e isotropa con la posibilidad de realizar reconstrucciones en los tres planos del espacio.

La exploración debe abarcar una zona que va desde la aorta torácica (T11) baja a las arterias femorales comunes,

ante la posibilidad de un tratamiento con angioplastia, realizando primero una adquisición sin contraste yodado, seguida de una adquisición con contraste en el tiempo arterial, portal y, si es preciso, un tiempo más tardío. Los programas informáticos de postratamiento de la imagen permiten el análisis instantáneo de las imágenes generadas. A pesar de sus inconvenientes (nefrotoxicidad, irradiación), la TC preoperatoria [8] ha revolucionado el algoritmo de decisiones ante una isquemia aguda mesentérica. Ya permite descartar un cierto número de patologías que no requieren laparotomía, como la pancreatitis aguda o la isquemia mesentérica no obstructiva. Cuando se asocia a una exploración física minuciosa, tiene una sensibilidad (>93%) y una especificidad (>95%) muy elevadas para el diagnóstico de la isquemia mesentérica aguda [9]. Esta exploración permite realizar una evaluación de las lesiones a nivel tanto digestivo como vascular. Desde el punto de vista digestivo, entre la abundante semiología, el único signo específico de la etiología isquémica es la ausencia de realce parietal (signo precoz, pero transitorio) (Fig. 1). Existen otros signos sugestivos, pero inespecíficos: dilatación intestinal con o sin nivel líquido, engrosamiento parietal (>3 mm), hipodensidad submucosa (edema), hiperdensidad parietal (hemorragia) (Fig. 2), infiltración mesentérica, derrame peritoneal. La presencia de neumatosis parietal o mesentérica (Fig. 3), de aeroportia (Fig. 4) o de neumoperitoneo [10] refleja la presencia de lesiones irreversibles (necrosis transmural). La presencia de infartos viscerales (hígado, bazo, riñones) orientará hacia un origen embólico (Fig. 5). Permite descartar un cierto número de patologías que no requieren laparotomía, como la pancreatitis aguda. Desde el punto de vista vascular, las reconstrucciones más interesantes son las realizadas en el eje del vaso: la reconstrucción multiplanar (MPR, *multi planar reformation*) analiza en los tres planos del espacio, la pared vascular, las calcificaciones y permite cuantificar la estenosis; las reconstrucciones en proyección de máxima intensidad (MIP, *maximum intensity projection*) y la representación de superficie (*volume rendering* [VR]) ofrecen una visión angiográfica con vistas a un tratamiento endovascular.

Por último, la angio-TC permite el diagnóstico de las causas venosas de isquemia mesentérica (Fig. 6), lo que evita una laparotomía injustificada. El tratamiento de estos cuadros consiste, en la mayoría de los casos, en una anticoagulación en dosis curativa e incluso en una trombólisis [11]. También puede diagnosticar una isquemia mesentérica «no obstructiva» [12, 13], que es frecuente en los pacientes con un estado hemodinámico precario o en el postoperatorio de cirugías mayores [14], en particular cuando el paciente está hospitalizado en reanimación y recibe fármacos vasoconstrictores.

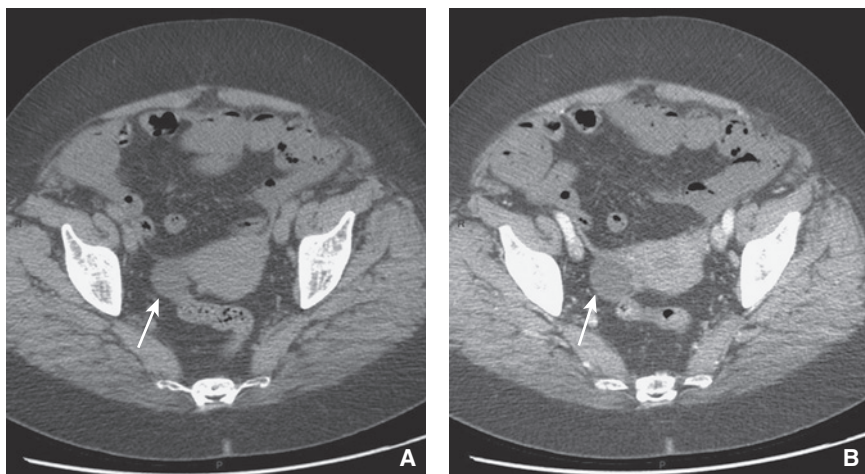


Figura 1. Signo precoz de isquemia mesentérica en la angio-TC: ausencia de realce parietal (flechas).

A. Tomografía computarizada (TC) sin contraste.

B. TC en el tiempo arterial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725522>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725522>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)