

## Estenosis intestinal de causa isquémica <sup>(1)</sup>

*Dr. Fermín Palma*

*Jefe de la Clínica Quirúrgica de Aparato Digestivo  
del Hospital Provincial de Jaén.*

Comienzan a describirse con mayor frecuencia que antes, lesiones vasculares abdominales que producen trastornos del tubo digestivo, y que ponen a prueba la sagacidad del clínico.

Como señalan Rubens-Duval, Villiaume y Leymarios, al lado de estenosis del intestino delgado o mejor yeyuno-ileales, debidas a una tuberculosis o a un tumor, las estenosis del intestino delgado consecutivas a una isquemia o falta de riego sanguíneo, aparecen excepcionales.

### OBSERVACION.

Amalia R. P., de 62 años de edad, natural de Jaén, la vemos en abril de 1960 por presentar un cuadro de dolores abdominales de retortijones con

estreñimiento pertinaz y vómitos inter-rumpidos.

En sus antecedentes una cura radical de hernia umbilical ocho meses antes. Hasta entonces ningún antecedente de interés.

*El cuadro clínico* de esta paciente está caracterizado por dolores abdominales post-ingestas, que acaban en vómitos, con lo que alivia enormemente sus crisis post-pandiales. Va todo ello acompañado de ruidos hidroaéreos

Como quiera que este cuadro evoluciona sin remisión, es por lo que ingresa en nuestro servicio con el fin de ser estudiada y llegar a una conclusión diagnóstica. Estando encamada, sólo una dieta líquida y en pequeña cantidad y frecuente, es todo lo que permite su tubo digestivo, reapar-

(1) En colaboración con el Dr. Morales Pleguezuelo, que efectuó el estudio histopatológico y con el Dr. Arroyo que hizo el radiológico.

reciendo los síntomas clínicos anteriores siempre y cuando se pasa a una dieta sólida e incluso blanda.

#### EVOLUCION.

Su estado general empieza a emaciarse demostrándose un abdomen meteorizado con «glu-glu» en el vacío izquierdo, que orienta a tenor de los vómitos y dolores de retortijones a indicar existe un obstáculo en intestino delgado, ya que clínicamente no es una estenosis pilórica.

El estudio radiológico efectuado con contraste oral, advierte un estómago normal, y un tránsito duodenal, asimismo, sin alteración alguna. En cambio, a nivel del yeyuno distal, se aprecia un asa dilatada que es continuada con un paso filiforme que denuncia una clara estenosis a este nivel.

Ante un cuadro evidente de oclusión intestinal, que no se resolvía con medidas de índole médica, se decidió la intervención quirúrgica, previa la preparación conveniente en estos casos. La laparotomía evidenció una estenosis de unos 6-8 cm. de un asa del yeyuno distal con un mesenterio retraído y fibroso, apareciendo todo el intestino proximal dilatado, al contrario del distal que aparecía disminuido de tamaño.

Se practicó una resección intestinal de unos 12-15 cm. y se reconstruyó la continuidad intestinal con una anastomosis término terminal a boca abierta, por el proceder clásico, o sea, con dos suturas, sin que en este caso practicaremos el monoplano del

que somos netamente partidarios. Alta por curación a los 15 días.

El examen con contraste baritado de la pieza, muestra de forma clara la extensión de la estenosis y el grado de la misma. Pueden comprobarse asimismo las piezas operatorias aparte, según las fotografías de la misma.

*Anatomía patológica.*—El examen de la pieza lo hizo el Dr. Morales Pleguezuelo y el resultado fué el siguiente: Estudio histológico de un fragmento intestinal de 2 cm. de grueso, con superficie muy papilomatosa. La parte superficial de la mucosa se halla constituida por tejido de granulación de disposición excrecente, con abundantes capilares. Consérvanse, no obstante, los fondos glandulares en algunos sitios. Toda la pared está muy engrosada, sobre todo por la conjuntivación secundaria a la inflamación que la pérdida de sustancia determina que es más bien crónica y inespecífica. La muscular propia también es gruesa, hay que pensar por hipertrofia al tratar de vencer la resistencia al paso del contenido intestinal que el engrosamiento parietal determinó. Los vasos abundan y están repletos de sangre.

El proceso, en suma, es de una mucosa ulcerada cuyo fondo es una conjuntivación, con infiltración linfo-citaria, numerosos vasos sanguíneos y capilares dilatados, paredes engrosadas y adematizadas, sufusiones hemorrágicas y todo con disminución de la luz intestinal, por la fibrosis o esclerosis de las paredes, especialmente de la muscular.

Todo ello, según se demuestra en

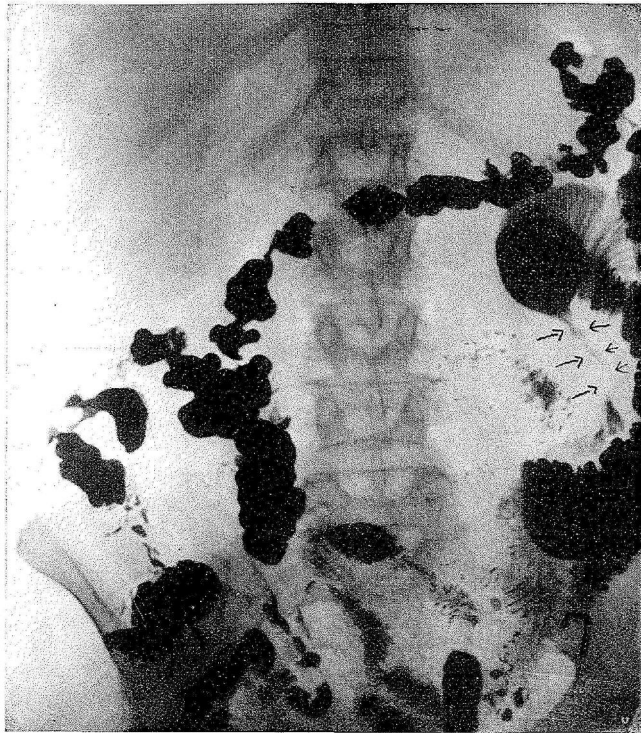


FIG. 1

Estenosis en el yeyuno, con dilatación del asa que se encuentra por encima de la zona fibrosada.





FIG. 2  
Fotografía de la pieza operatoria.



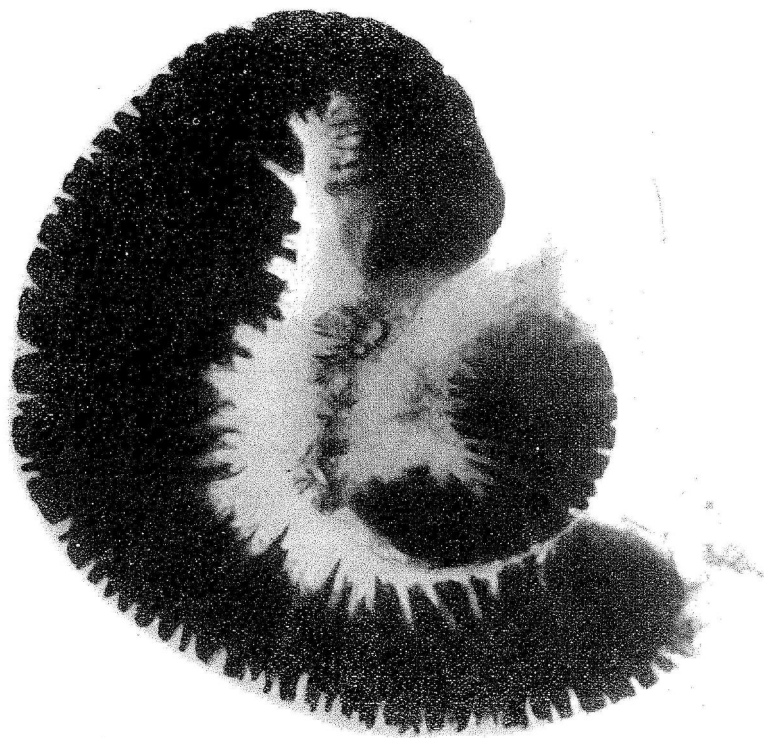


FIG. 3

Imagen obtenida después de la plenificación con bario de la pieza reseca y donde se demuestra la zona estenosada.







FIG. 4  
Zona del yeyuno estudiada por el Dr. Morales Pleguszuelo y obtenida de la pieza de resección, donde se aprecia submucosa muy congestiva con folículos linfáticos.

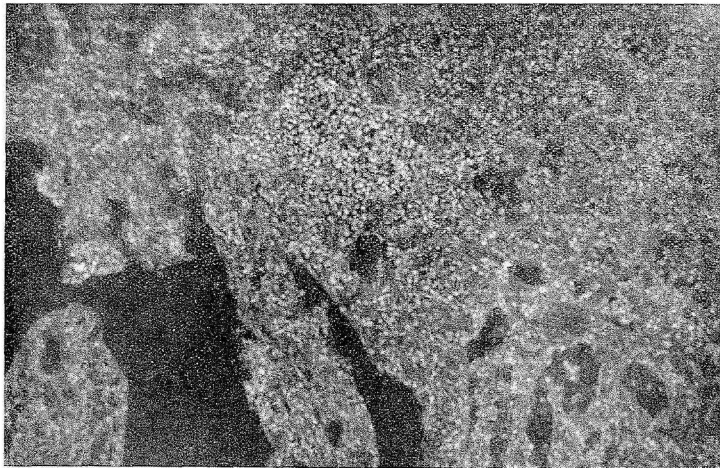


FIG. 5  
Exulceración superficial con tejido de granulación.



las micro obtenidas de la pieza operatoria (Dr. Morales Pleguezuelo). (Figs. 4 y 5).

#### COMENTARIO

Es evidente que estamos ante un caso de estenosis a nivel del yeyuno proximal a raíz de un inculco mecánico sobre el mesenterio, probablemente ocho meses antes de que se produjera la estenosis, o sea, cuando tuvo el accidente de estrangulación intestinal que si no fué lo suficientemente intenso para producir en aquel momento una necrosis intestinal, sí lo fué para alteración de la circulación en el mesenterio, con la posibilidad de ocasionar una trombosis y en consecuencia, una falta de riego sanguíneo, que fué lo que motivó la estenosis, que catalogamos de isquémica.

Aunque se cita en estos casos la asociación a otros trastornos vasculares, como periféricos (Salleras) en este caso, clínicamente, no aparecían pese a la edad algo avanzada de la paciente.

Es decisivo en nuestro diagnóstico, el informe anatomopatológico. No se trata, pues, de una estenosis de origen neoplásico como se demuestra por la histopatología.

Tampoco parece se trata de un Crohn, ya que este es más ileal que yeyunal; no hay afectación ganglionar en nuestro caso.

Poca o escasa infiltración linfoplasmocitaria y el tener una mucosa atrófica al desangrarse en un foco hemorrágico antiguo.

Piulach, distingue en sus infartos intestinales, tres clases:

—Vólvulos en los que la lesión infártica era secundaria a un hecho mecánico.

—Infartos funcionales de tipo alérgico —en estos el trastorno cede después de practicar una inyección endovenosa de adrenalina y novocaína—.

—Infartos orgánicos de lesión vascular. En estos si la lesión es limitada cabe realizar un tratamiento quirúrgico con resección, pero en otros si la lesión es extensa, el tratamiento quirúrgico es del todo inútil.

Parece ser que ya Sauvé en 1910, hizo mención de la posibilidad de llegar a una estenosis intestinal como secuela de un infarto mesentérico.

Nosotros conocemos el caso de Rubens-Duval, Villiaumey y Leymarios (1960), mas los de Gropper (1955), Pope y O'Neal (1956) Hawkins (1957), Shaw y Maynard (1958) y Greenblatt (1959), que ellos citan y recogen, en su publicación de La Semaine des Hôpitaux, en diciembre de 1960.

En todos ellos había una historia de afectación de coronarias, incluso de infarto de miocardio, confirmado con el E. C. G. y simultáneamente en otros, lesiones ateromatosis de miembros inferiores, y todo el cuadro clínico se sucede a las semanas siguientes de haber tenido un accidente de coronarias o periférico, con un fuerte dolor abdominal.

La exactitud del diagnóstico intestinal en nuestro caso, fué establecido con el estudio radiológico efectuado antes de la intervención donde se confirma de forma clara la extensión y grado de la estenosis.

La anatomía patológica de nuestro caso, es lo que más claro habla en favor de una estenosis de origen isquémico, ya es en todo superponible a todos los casos que hemos encontrado en la literatura y que hemos citado anteriormente. De otro lado el que la estenosis sea segmentaria, con un aspecto, netamente inflamatorio, de consistencia dura con límites muy marcadamente separados, sin transición, de las zonas no afectadas, con un meso engrosado, algo fibroso y duro y vasos, en esta zona, no pulsátiles, luz disminuida enormemente e histológicamente, y utilizando palabras del propio Morales Pleguezuelo que efectuó la biopsia, con una mucosa que ha sido reemplazada por su tejido de granulación, todo ello confirma definitivamente la naturaleza isquémica de la estenosis intestinal que comentamos.

#### CONCLUSIONES

Es evidente que la historia clínica de nuestra paciente pone de manifiesto una alteración del tránsito intestinal y en todo superpuesta a los casos de los autores citados anteriormente. Falta en cambio, el accidente vascular agudo de obliteración, y en asociación a lesiones vasculares en otros territorios, como afectación de coronarios y lesiones de tipo arterioesclerótico.

Pero en cambio, existe una agresión sobre el mesenterio unos meses anteriores a la aparición del cuadro clínico de obstrucción intestinal, agresión de tipo mecánico que ocasionó

lesiones trombóticas en el territorio mesentérico que irrigaba la zona de estenosis intestinal. Ello se corrobora por la sintomatología propia de una estenosis intestinal y de forma patente por el estudio histopatológico de la zona estenótica, que descarta otras lesiones, bien de tipo inflamatorio (Crohn, etc.) o degenerativo.

Es interesante considerar que ciertos autores relacionan las atresias congénitas del intestino delgado con la estenosis intestinal de causa isquémica del adulto, como entre nosotros la ha encontrado Guirao, en un recién nacido donde existía la ausencia congénita de arteria mesentérica superior.

También Loew y Barnard en 1955, lanzaron la hipótesis de que ciertas atresias intestinales del recién nacido pueden ser debidas a una devascularización del intestino en la vida intrauterina.

Resumiendo, al lado de las estenosis intestinales post-infarto hay que añadir este caso nuestro en que la lesión infártica es secundaria a un hecho mecánico o insulto sobre el mesenterio, en una antigua estrangulación herniaria umbilical en que se reintegró el intestino sin resección al recuperarse perfectamente, pero donde se produjo una isquemia limitada y compatible con la vida con evolución hacia la fibrosis intestinal.

Habrà que pensar, más en el futuro, junto a la estenosis por enfermedad de Crohn o enteritis regional y junto a las estenosis por lesiones tumorales, en las estenosis de causa isquémica, sobre todo si son individuos

con lesiones o antecedentes ateromatosos.

#### RESUMEN

Estenosis intestinal de causa isquémica. Observación personal.

No parecen muy frecuentes las estenosis intestinales que no sean de tipo inflamatorio o de tipo tumoral. Comienzan a describirse en la literatura problemas vasculares del área intestinal, que plantean problemas del tránsito intestinal.

Características: Enferma que sufre un episodio abdominal agudo por una estrangulación de un gran anillo herniario umbilical. Es intervenida de urgencia y es reducida dicha estrangulación, encontrándose el yeyuno en buenas condiciones recuperándose perfectamente, y apareciendo el mesenterio muy hemorrágico con zonas equimóticas y otras edematosas. Posible influencia arterioesclerótica por la edad de la paciente.

Está 48 meses bien, pasados los cuales empieza a tener retortijones, formación de bultos abdominales, ruidos intestinales hidroaéreos y pesadez después de las ingestas. Le aparece estreñimiento y en ocasiones que vomitar las ingestas de forma tardía.

Una exploración radiológica intestinal revela una estenosis del yeyuno distal.

Se decide la intervención quirúrgica dado la progresión del cuadro clínico y se practica la enterectomía de la zona estenosada, con resección

del mesenterio correspondiente, que aparece fibroso y con aspecto cicatrizal. Se restablece la continuidad intestinal, con anastomosis terminal a boca abierta.

Se fotografía la pieza rellena de bario y la imagen de la estenosis es muy demostrativa. Se estudia histopatológicamente la pieza, notando la ausencia de participación ganglionar, la escasa infiltración linfoplasmocitaria y el carácter atrófico de la estenosis típica de los infartos hemorrágicos.

Perfecta evolución posterior.

#### BIBLIOGRAFIA

- GUIRAO PEREZ, M.: Cátedra de Anatomía y Embriología de la Facultad de Medicina de Granada, curso 1960-61.
- LEYMARIOS, J.: Contribución al estudio de la patología de la arteria mesentérica superior; la isquemia intestinal no necrosante. Tesis médica. París 1960.
- MARINA FIOU, C.: Estudio radiológico del intestino delgado. Editorial Paz Montalvo, Madrid 1949.
- PIULACH, P.: Anales de Medicina, Cirugía, núm. 3, 139, 1959.
- POPE, C. H. AND O'NEAL, R. M.: Incomplete infarction of ileum simulating regional enteritis. Jour. Amer. Med. Assn. 1956, 161, 963-96.
- RUBENS-DUVAL, J. VILLIAUMEY y LEYMARIOS.: La sténose intestinale d'origine ischémique. La semaine des Hôpitaux, núm. 58/8, 20 Decembre, 196 pp. 3251/s p. 547-3256/s p. 552.
- SALLBRAS, V.: Infarto mesentérico. Anales de Medicina, Cirugía núm. 3, 135, 1959.
- SAUVE, L.: Citado por Rubens y Leymarios.



## X CURSO TEORICO-PRACTICO DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIACA

Patrocinado por la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales, el Profesor Jefe del Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca del Hospital Central de la Cruz Roja Española de Madrid, doctor Enrique García Ortiz, ha organizado su *DECIMO CURSO* de «Diagnóstico tratamiento médico quirúrgico de las cardiopatías», curso totalmente gratuito, y que tendrá lugar en este Hospital de la Cruz Roja de Madrid, durante el año académico entrante, desde el 1.º de noviembre de 1961 a 1.º de junio de 1962, para post-graduados y alumnos de último curso de la Licenciatura.

La enseñanza teórica se desarrollará de modo continuo y tres veces por semana. Las prácticas serán realizadas por las mañanas y con participación activa en las mismas: electrocardiografía, radiología, sondaje cardíaco y angiocardiógrafa, etc. Las lecciones operatorias a método cerrado y abierto, con hipotermia, circulación extracorpórea e hipotermia profunda.

Este curso tendrá la colaboración de los doctores: Miguel Casamayor; Carlos García-Ortiz; Antonio Fuentes; José M.º Eizaguirre; Pablo Aznares; Luis García Domínguez; Antonio Morales; Domingo Méñiz; José Domínguez García; José Antonio Noriega; Gonzalo Prato; Eustasio Sánchez; Luis Fúster; Manuel Sánchez Puelles.

La inscripción se hará a nombre del doctor Enrique García-Ortiz y a la dirección de: Hospital Central de la Cruz Roja, Avenida de Reina Victoria, 24, Madrid - 3.





Se acabo de imprimir esta Revista, el  
dia 15 de Febrero de 1961,  
en UNION TIPOGRAFICA, S. R. C.  
Talavera, 7 - JAEN - España

**LAUS DEO**

Depósito Legal J. - 26 - 1958