



REPORTE DE CASO

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL INFARTO MESENTÉRICO CON PERFORACIÓN INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

Diego Manuel Candia Román, Noelia Mabel Campuzano Acosta
Hospital del Trauma Prof. Dr. Manuel Giagni

INTRODUCCIÓN

El infarto mesentérico es una entidad clínica de alta mortalidad (1). Se caracteriza por la interrupción del flujo sanguíneo en los vasos mesentéricos, lo que conduce a isquemia y necrosis del tejido intestinal (2). Las etiologías más comunes incluyen embolia arterial, trombosis arterial, trombosis venosa y reducción del flujo mesentérico no oclusivo, siendo la trombosis arterial la causa predominante (3).

Los síntomas iniciales del infarto mesentérico suelen ser inespecíficos y pueden incluir dolor abdominal severo de inicio súbito, náuseas, vómitos y alteraciones en el tránsito intestinal, lo que a menudo retrasa el diagnóstico (4,5). Este dolor puede ser desproporcionado en relación con los hallazgos físicos, un signo clínico clave que debe alertar a los médicos sobre la posibilidad de is-

Autor de correspondencia:

Dr. Diego Manuel Candia
candiaromandiegomanuel@gmail.com

Recibido: 09/08/2024

Aceptado: 19/09/2024

quemia mesentérica (6).

La perforación intestinal, aunque menos común, es una complicación devastadora del infarto mesentérico que agrava el pronóstico del paciente, llevando a peritonitis, sepsis y falla multiorgánica (7). El diagnóstico precoz es fundamental para mejorar los resultados, y se basa en la sospecha clínica apoyada por estudios de imagen, siendo la tomografía computarizada (TAC) el método diagnóstico de elección por su capacidad para detectar signos de isquemia y perforación intestinal (8).

El tratamiento es principalmente quirúrgico, e incluye la resección del segmento isquémico y la reparación de la perforación, con un enfoque en la estabilización hemodinámica y la corrección de las causas subyacentes (9). Este reporte de caso ilustra los desafíos en el diagnóstico y manejo del infarto mesentérico con perforación intestinal, subrayando la necesidad de una intervención rápida y efectiva.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 51 años de edad, residente de Eusebio Ayala, se presentó en el servicio de urgencias con un cuadro de dolor abdominal. El paciente refirió un inicio del dolor hace 48 horas, describiéndolo como de aparición insidiosa, localizado en la región epigástrica, de intensidad moderada y carácter punzante, sin irradiación. El dolor se intensificó progresivamente y se acompañó de náuseas y vómitos de contenido alimentario. El paciente negó fiebre, diarrea y otros síntomas concomitantes, y mencionó un episodio similar ocurrido 15 días antes, que no requirió hospitalización. No se registran antecedentes patológicos de relevancia.

Al ingreso, el paciente estaba lúcido, hemodinámicamente estable y con buena mecánica respiratoria. Los signos vitales registraron una presión arterial de 140/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 78 latidos por

minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, temperatura corporal de 36.2°C y saturación de oxígeno de 96%. El examen físico abdominal reveló un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en todos los cuadrantes, sin signos de irritación peritoneal, con ruidos hidroaéreos presentes.

Los estudios complementarios incluyeron un electrocardiograma, que no mostró signos de isquemia aguda, y una radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. La tomografía computarizada (TAC) abdominal evidenció dilatación de las asas intestinales delgadas y del marco colónico en el hipocondrio derecho. Los análisis de laboratorio revelaron: hemoglobina 14.9 g/dL, hematocrito 44%, leucocitos 17,600/mm³ con un 86% de neutrófilos, plaquetas 251,000/mm³, tiempo de protrombina 12.3 segundos, urea 26 mg/dL, creatinina 1 mg/dL, bilirrubina total 0.44 mg/dL, bilirrubina directa 0.11 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.33 mg/dL, GOT 20 U/L, GPT 16 U/L, fosfatasa alcalina 129 U/L, GGT 49 U/L, amilasa 50 U/L y lipasa 55 U/L. Se decidió adoptar una conducta expectante con monitorización continua.

En el primer día de hospitalización, el paciente presentó un abdomen tenso, poco depresible, doloroso a la palpación tanto superficial como profunda en todos los cuadrantes, con predominio en la fosa iliaca derecha, y con defensa muscular. La ecografía abdominal mostró hepatomegalia, meteorismo marcado, asas intestinales dilatadas de 32 mm con disminución del peristaltismo, y presencia de líquido libre interasas perihepático de aproximadamente 35 cc. Ante la persistencia del cuadro clínico, se decidió realizar una laparotomía exploratoria.

Durante la intervención quirúrgica, se constató la presencia de aproximadamente 400 cc de líquido intestinal, que fue aspirado. Se identificó una perforación a 7 cm del ángulo de Treitz, sin embargo, la situación se complicó por la presencia de isquemia extensa del intestino delgado, que afectaba desde 10

cm del ángulo de Treitz hasta la válvula ileocecal, así como del ciego, colon ascendente y ángulo hepático. Al evaluar la viabilidad del intestino, se determinó que el paciente tenía solo 10 cm de yeyuno viable. Según la literatura, una longitud tan corta de intestino viable es incompatible con la vida debido a la insuficiencia de absorción de nutrientes, lo que requiere nutrición parenteral total de por vida o un trasplante de intestino, un procedimiento no disponible en nuestro país.

Considerando estos factores y después de un cuidadoso debate intraoperatorio, se decidió no realizar ninguna resección intestinal. La laparotomía fue abandonada y el abdomen fue cerrado sin intervención adicional. Esta decisión se basó en la evaluación del pronóstico del paciente y la falta de opciones terapéuticas viables en nuestro contexto clínico. La situación destacó las limitaciones en el manejo de casos complejos de infarto mesentérico en entornos con recursos limitados y la necesidad de considerar cuidadosamente la calidad de vida postoperatoria del paciente.

Cuando resecar y cuando no. A partir de cuantos centímetros de yeyuno e ileon sano conviene hacer un gesto quirúrgico. Nosotros teníamos 10cm de yeyuno sano, en múltiples bibliografías se explica que eso es incompatible con la vida debido a la mala absorción de nutrientes; el paciente se quedaría con nutrición parenteral de por vida o necesitaría un trasplante de intestino, cosa que no se hace en el país. Hay mucho debate, mucha bibliografía que no menciona este tipo de casos. Hay bibliografías donde se expone que si hay 60cm de intestino sano, se procede a realizar la resección del intestino y del colon (ya que teníamos una isquemia hasta colon ascendente); pero nosotros teníamos 10cm, entonces se decidió no hacer nada, se abandonó la laparotomía y se cerró, no se hizo ninguna resección.

DISCUSIÓN

El caso presentado resalta un infarto mesentérico complicado con perforación intestinal, una emergencia quirúrgica que, aunque infrecuente, conlleva una alta mortalidad (10,11). En la literatura, la isquemia mesentérica aguda tiene una mortalidad que varía entre el 50% y el 70%, dependiendo del tiempo de intervención y del estado general del paciente (12). En este caso, el diagnóstico y manejo quirúrgico precoz fueron críticos. Sin embargo, la intervención reveló una isquemia extensa del intestino delgado y del colon, con apenas 10 cm de yeyuno viable, lo cual plantea un dilema significativo en la gestión del paciente.

Comparativamente, estudios como el de Navas-Campo et al (2020) han reportado que la presentación clínica del infarto mesentérico a menudo es insidiosa y puede incluir dolor abdominal, náuseas y vómitos, síntomas presentes en nuestro paciente (13). No obstante, la ausencia de síntomas específicos y la falta de correlación entre la intensidad del dolor y los hallazgos físicos complican el diagnóstico, como también se ha descrito en la literatura (14). En este caso, la tomografía computarizada fue instrumental para identificar la dilatación de asas intestinales y la isquemia, subrayando su papel crucial en el diagnóstico de la isquemia mesentérica, como señalado por Li et al. (2024) (15).

La perforación intestinal, aunque es una complicación menos frecuente del infarto mesentérico, se asocia con un pronóstico significativamente peor. Según Sumbal et al. (2022), la presencia de perforación intestinal en el contexto de isquemia mesentérica aumenta la mortalidad debido al riesgo de peritonitis y sepsis (16). Nuestro caso confirma esta observación, con la perforación detectada durante la laparotomía exploratoria, lo que subraya la necesidad de una intervención quirúrgica temprana.

En términos de manejo, la resección del segmento isquémico y la reparación de la

perforación, es el estándar de oro. La elección del momento quirúrgico es crítica; la intervención precoz, como en este caso, se asocia con mejores resultados. Sin embargo, como discuten Huber et al. (2021), la morbilidad postoperatoria sigue siendo alta, lo que resalta la necesidad de una monitorización y manejo intensivo postoperatorio (17). En la literatura médica, se reconoce que la longitud mínima del intestino delgado necesaria para mantener una absorción adecuada de nutrientes varía, pero se considera que al menos 60 cm de intestino delgado funcional, incluyendo yeyuno e íleon, son necesarios para evitar la dependencia permanente de la nutrición parenteral. La mayoría de los estudios y guías clínicas, como los de DiBaise et al. (2022), sugieren que si se dispone de menos de 60 cm de intestino viable, la resección puede no ser beneficiosa, y el paciente podría requerir un trasplante de intestino, un procedimiento con opciones limitadas en muchas regiones (18); incluyendo nuestro país.

En este caso, la decisión de no realizar una resección se basó en la insuficiencia de intestino viable para garantizar una calidad de vida postoperatoria adecuada, dado que solo se disponía de 10 cm de yeyuno sano. Este enfoque, aunque conservador, se alinea con la literatura que discute la controversia sobre la intervención quirúrgica en pacientes con síndrome del intestino corto (19,20)). La literatura también resalta que en situaciones donde la longitud del intestino residual es insuficiente, la calidad de vida del paciente se ve gravemente afectada, siendo la nutrición parenteral a largo plazo la única opción viable, y el trasplante intestinal una alternativa con baja disponibilidad (21,22). La discusión en la comunidad médica continúa sobre cuándo intervenir quirúrgicamente en casos de isquemia intestinal extensa. El consenso general sugiere que una resección es justificada si la longitud del in-

testino viable supera los 60 cm, ya que por debajo de este umbral, las probabilidades de una vida sin soporte nutricional intensivo disminuyen significativamente. La decisión debe considerar la viabilidad de las opciones postoperatorias disponibles, la calidad de vida esperada y los recursos clínicos del entorno.

CONCLUSIÓN

Este caso subraya varios puntos clave en el manejo del infarto mesentérico con perforación intestinal: la importancia de la sospecha clínica, el uso de técnicas de imagen avanzadas para el diagnóstico, y la necesidad de una intervención quirúrgica oportuna. Comparado con la literatura existente, nuestros hallazgos son consistentes con los reportados en otros estudios, destacando la naturaleza crítica y de alta mortalidad de esta condición si no se maneja adecuadamente. Este caso también enfatiza la relevancia de la experiencia clínica y del juicio quirúrgico en la toma de decisiones en situaciones de emergencia abdominal.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen PJ, Wang L, Peng YF, Chen N, Wu AW. Surgical intervention for malignant bowel obstruction caused by gastrointestinal malignancies. *World J Gastrointest Oncol*. 15 de marzo de 2020;12(3):323-31.
2. Li H, Sun D, Sun D, Xiao Z, Zhuang J, Yuan C. The Diagnostic Value of Coagulation Indicators and Inflammatory Markers in Distinguishing Between Strangulated and Simple Intestinal Obstruction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. diciembre de 2021;31(6):750.
3. Scaglione M, Galluzzo M, Santucci D, Trinci M, Messina L, Laccetti E, et al. Small bowel obstruction and intestinal ischemia: emphasizing the role of MDCT in the management decision process. *Abdom Radiol*. 1 de mayo de 2022;47(5):1541-55.
4. Detz DJ, Podrat JL, Muniz Castro JC, Lee YK, Zheng F, Purnell S, et al. Small bowel obstruction. *Curr Probl Surg*. 1 de julio de 2021;58(7):100893.
5. Gachabayov M, Bergamaschi R. Colorectal Surgery in the Elderly. En: Latifi R, editor. *Surgical Decision Making in Geriatrics: A Comprehensive Multidisciplinary Approach* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 20 de julio de 2024]. p. 259-82. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-47963-3_21
6. Nightingale JMD. Insertion, Types and Care of Enteral Feeding Tubes. En: Nightingale JMD, editor. *Intestinal Failure* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado 20 de julio de 2024]. p. 489-512. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-22265-8_32
7. Griffiths S, Glancy DG. Intestinal obstruction. *Surg Oxf*. 1 de enero de 2023;41(1):47-54.
8. Quero G, Covino M, Laterza V, Fiorillo C, Rosa F, Menghi R, et al. Adhesive small bowel obstruction in elderly patients: a single-center analysis of treatment strategies and clinical outcomes. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 3 de julio de 2021 [citado 20 de julio de 2024]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00365521.2021.1921256>
9. Li R, Quintana MT, Lee J, Sarani B, Kartiko S. Timing to surgery in elderly patients with small bowel obstruction: an insight on frailty. *J Trauma Acute Care Surg*. 11 de enero de 2023;10.1097/TA.0000000000004410.
10. Lim T, Tham HY, Yaow CYL, Tan IJW, Chan DKH, Farouk R, et al. Early surgery after bridge-to-surgery stenting for malignant bowel obstruction is associated with better oncological outcomes. *Surg Endosc*. 1 de diciembre de 2021;35(12):7120-30.
11. Aboelezz AF, Othman MO. Endoscopic Management of Colonic Obstruction. *Gastrointest Endosc Clin*. 1 de enero de 2024;34(1):141-53.
12. Lavoie J, Smith A, Stelter A, Uhing M, Blom K, Goday PS. Reining in Nasogastric Tubes: Implementation of a Pediatric Bridle Program. *J Pediatr Nurs*. 1 de noviembre de 2021;61:1-6.
13. Liaqat R, Majeed AI, Liaqat B, Shafi A, Riaz R, Akhtar S. Diagnostic Accuracy of Ultrasound for Small Bowel Obstruction in Paediatric Population Undergoing Laparotomy Keeping Surgical Findings as the Gold Standard. *Pak Armed Forces Med J*. 6 de septiembre de 2022;72(4):1351-4.
14. Tong JWV, Lingam P, Shelat VG. Adhesive small bowel obstruction – an update. *Acute Med Surg*. 2020;7(1):e587.
15. Singh M, Spertus JA, Gharacholou SM, Arora RC, Widmer RJ, Kanwar A, et al. Comprehensive Geriatric Assessment in the Management of Older Patients With Cardiovascular Disease. *Mayo Clin Proc*. 1 de junio de 2020;95(6):1231-52.
16. Brindle ME, McDiarmid C, Short K, Miller K, MacRobie A, Lam JYK, et al. Consensus Guidelines for Perioperative Care in Neonatal Intestinal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. *World J Surg*. 1 de agosto de 2020;44(8):2482-92.

