

# **CASO CLÍNICO EN PATOLOGÍA DIGESTIVA**

**ALBERTO ÁLVAREZ MADRIGAL  
MÉDICO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**





# HISTORIA CLÍNICA

- Paciente varón de **32 años** que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en mesogastrio constante asociado a náuseas sin vómitos
- No fiebre ni alteraciones del ritmo deposicional
- Automedicado con analgésicos con mejoría parcial
- Antecedentes de **FUMADOR** y consumidor habitual de **Alcohol y cocaína**
- No FRCV



# EXPLORACIÓN FÍSICA

- PA 140/80 mmHg, FC 110lpm T° 36.3°c , SAT02 96%
- Glasgow 15, normohidratado , normocoloreado, regular estado general
- AC: taquicárdico a 110 lpm , sin soplos. AP: MVC sin ruidos
- Abdomen: distendido, con ruidos hidroaéreos disminuidos y doloroso en hemiabdomen inferior, sin signos de irritación peritoneal.



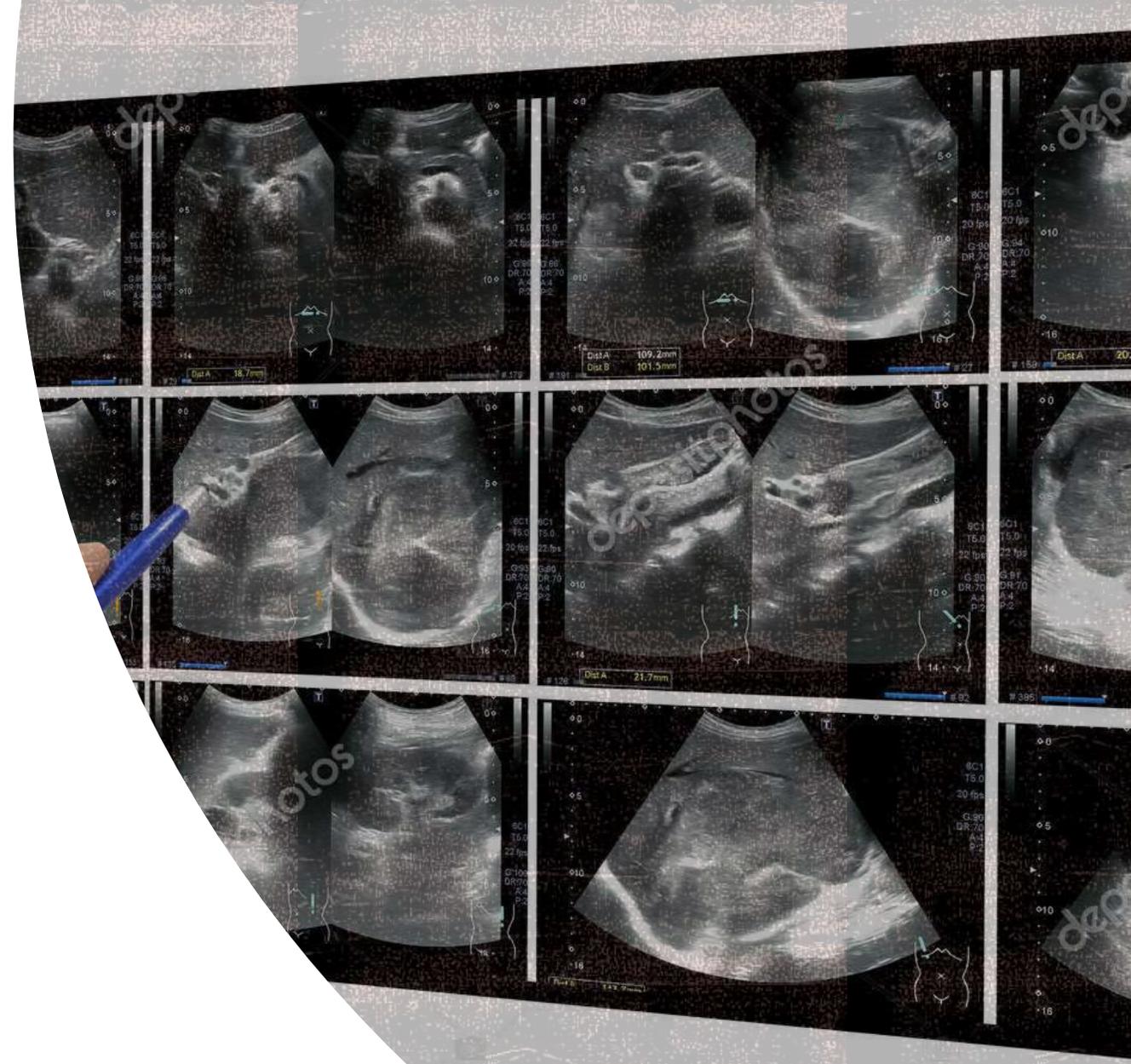


# LABORATORIO Y RADIOLOGÍA

- HEMOGRAMA : 12.500 leucocitos con 80% N, Hb 13,6, plaquetas 160000
- BIOQUIMICA: a destacar:
  - Amilasemia de 452 u/l
  - GOT de 463 mg/dl
  - Bilirrubina total 1.57
  - LDH de 350 mg/dl.
  - PCR 35, PCT negativa
- RADIOGRAFÍA de abdomen sin alteraciones agudas.

# ECOGRAFIA ABDOMINAL

- Ante los hallazgos analíticos y la sospecha de **PANCREATITIS AGUDA** se realiza una **ECOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE** : sin hallazgos de patología abdominal urgente:
  - Hígado y vía biliar normal
  - Área pancreática difícilmente valorable sin hallazgos
  - Riñones y vías urinarias sin alteraciones





- Se realiza **INTERCONSULTA a DIGESTIVO DE GUARDIA** por la sospecha de **pancreatitis aguda**
- Ante la mejoría del dolor el paciente pide el **ALTA VOLUNTARIA** sin ser valorado





- El paciente acude al día siguiente con dolor abdominal intenso y deterioro del estado general
- En la **exploración física** destaca TA 90/60 FC 120 LPM , MEG, abdomen distendido con dolor y defensa generalizada , RHA disminuidos
- **ANALITICA** a destacar amilasemia de 550, LDH 400mg/dl y 23.000 leucocitos con cayados
- **GASOMETRÍA VENOSA** : ph 7,28 pco2 38, HCO3 18, LACTICO 5,2.

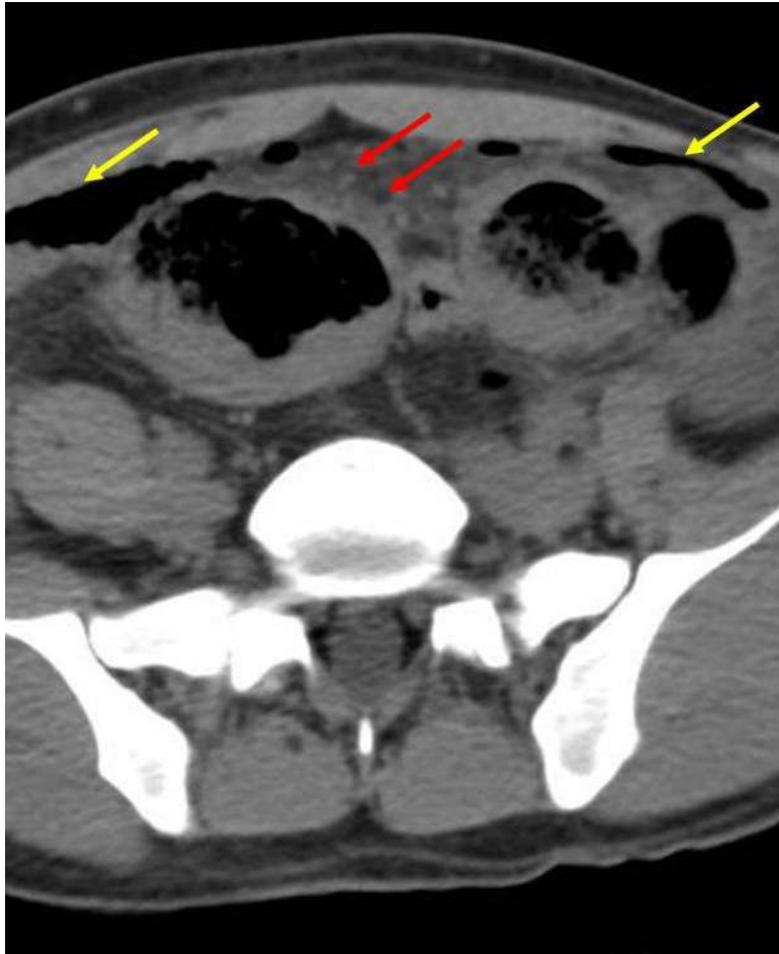




## RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

- Se realiza RX TORÁX que no se había realizado el día anterior en urgencias y muestra los siguientes hallazgos
- Se avisa a **CIRUGÍA GENERAL** y se solicita **TAC ABDOMINAL**





# TAC ABDOMINO- PÉLVICO

Se realiza TAC Abdominopélvico con contraste donde se evidencia una peritonitis difusa con moderada cantidad de contenido intestinal libre en el peritoneo y una ***colitis isquémica de ciego con múltiples perforaciones puntiformes*** con fibrina. El resto del intestino no mostró signos de isquemia ni otras lesiones





# DIAGNÓSTICO



**COLITIS ISQUÉMICA  
DERECHA CON  
MICROPERFORACIONES,  
SECUNDARIA  
A, VASOESPASMO  
POR COCAÍNA**



- El paciente fue intervenido QX de urgencia realizandose una hemicolectomía derecha con una ileotransversoanastomosis y lavado de cavidad peritoneal.
- La evolución postoperatoria fue buena
- Fue dado de alta a los 10 días



# CONCLUSIONES

- **Las complicaciones isquémicas intestinales asociadas al uso de cocaína son raras.**
- Estarían explicadas por la actividad **vasoconstrictora** de ésta, la cual depende de su capacidad de mantener la estimulación alfa-adrenérgica intestinal inhibiendo la recaptación de dopamina y norepinefrina en la membrana presináptica.
- La cocaína aumenta también el flujo de **calcio en la membrana endotelial**. Estos dos mecanismos producen vasoconstricción mantenida con la consecuente baja en el riego sanguíneo.
- Se ha demostrado que la cocaína aumenta la **agregación plaquetaria** y la formación de **trombos**.
- Estudios en coronarias han puesto en evidencia un **daño endotelial directo**, así como otros estudios en animales demostraron un daño directo sobre la **mucosa intestinal**.



# CONCLUSIONES

- En resumen el **compromiso isquémico intestinal** por cocaína es raro y debe sospecharse en pacientes jóvenes con **antecedentes de adicción y dolor abdominal**.
- El cuadro suele **desencadenarse** en el curso de horas tras la última administración de **droga**.
- El compromiso intestinal es **segmentario** con un amplio rango de **gravedad clínica y daño histológico**, afectando principalmente a pequeños vasos.



An intraoperative photograph showing the mesenteric vessels (superior and inferior mesenteric arteries and veins) during a surgical procedure. The vessels are exposed and surrounded by mesentery. Surgical instruments, including forceps and a stapler, are visible, indicating a procedure such as a bowel resection or vascular repair. The background shows the abdominal cavity with various organs and tissues.

# ISQUEMIA INTESTINAL

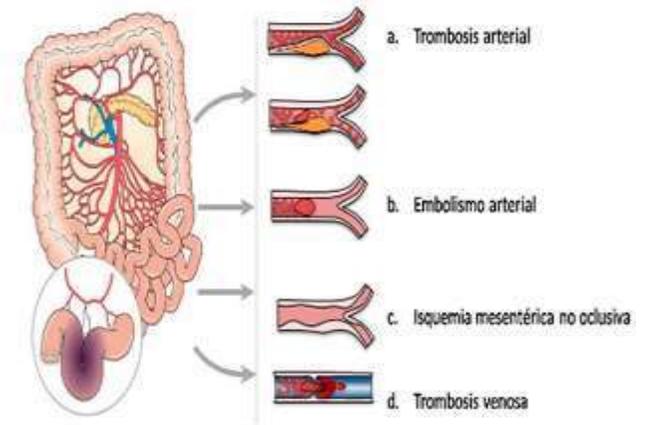
- Es la disminución del flujo sanguíneo a nivel intestinal, como consecuencia de la oclusión de la arteria mesentérica superior o inferior, lo cual causa daño por disminución de la oxigenación.



# CLASIFICACIÓN

## Incidencia de los tipos de isquemia intestinal

Colitis isquémica	70 – 75 %
Isquemia mesentérica aguda	20 – 25 %
Isquemia mesentérica crónica	5%
Isquemia focal segmentaria	5%
Trombosis venosa mesentérica	Incluida en la IMA



# EPIDEMIOLOGÍA

- La incidencia es baja, estimada en 0.09-0.2% de todos los ingresos quirúrgicos , pero aumenta con la edad
- Su incidencia aumenta con la edad y es mayor en hombres
- La tasa de mortalidad está en torno al 40-80%, debido a la **dificultad de detección temprana y del escaso tiempo que transcurre desde la disminución del flujo vascular a la oclusión total**



# ÍNDICE DE SOSPECHA



## Considerar siempre los factores de riesgo

- Pacientes >60 años con historia previa de fibrilación auricular, Infarto agudo de miocardio, ICC, embolia arterial.
- Clínica previa de dolor abdominal postprandial y pérdida de peso
- IMNO-TVM → cualquier estado de hipercoagulabilidad

## No subestimar la importancia del cuadro la inexpresividad de la exploración abdominal

- dolor abdominal agudo de intensidad desproporcionada en relación a los hallazgos detectados en el examen físico.

## El dolor puede estar ausente

- 25% de IMNO → distensión abdominal no explicada, hemorragia GI o agravamiento del estado clínico
- Pacientes ancianos → enmascarado por confusión mental



# CLÍNICA



Tipo de Isquemia	Manifestaciones
IMA	Dolor abdominal agudo, distensión abdominal, hemorragia gastrointestinal
Angina intestinal	Dolor abdominal posprandial precoz que cede tras digestión, adelgazamiento progresivo,
CI	Dolor abdominal cólico, urgencia defecatoria, rectorragia/diarrea sanguinolenta



# LABORATORIO

75% → Leucocitosis  
superior 15.000  
cel/mm<sup>3</sup>

DIMERO D elevado

50% → acidosis  
metabolica

Elevaciones de:  
fosfatasa alcalina,  
lactodeshidrogenasa,  
creatinfosfokinasa y  
amilasa

Reflejan NECROSIS  
INTESTINAL  
ESTABLECIDA



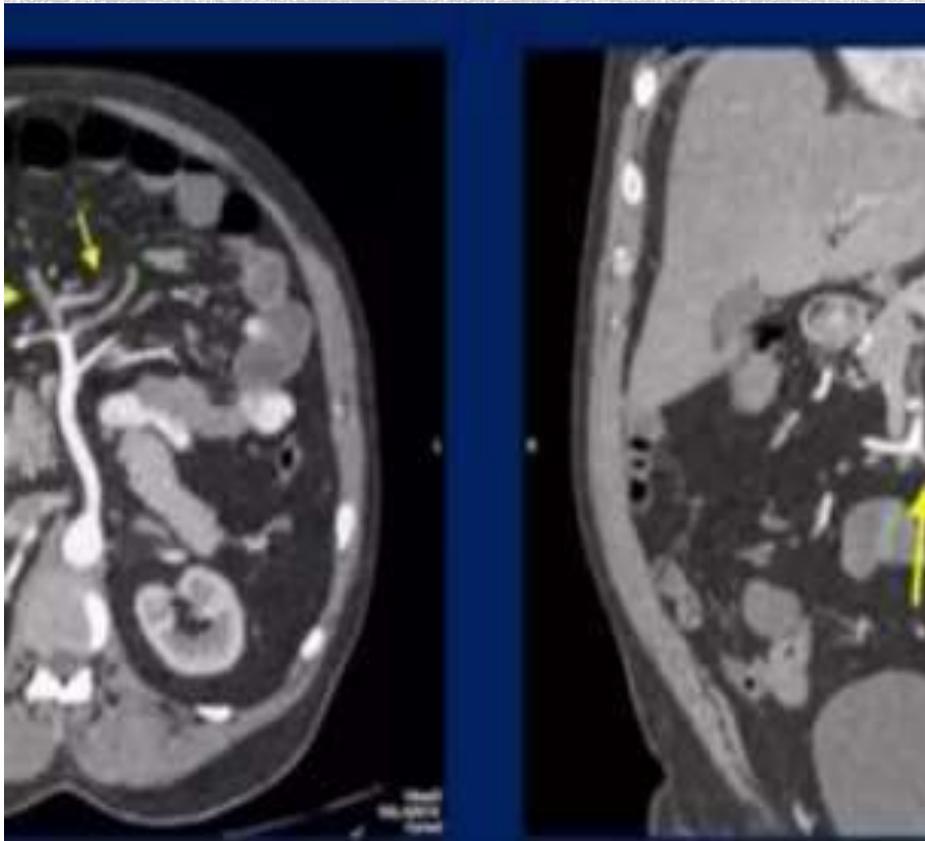
# RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN



- Son inespecíficos
- Fases iniciales > rigurosamente normales
- Hallazgos > distensión de asas de delgado o neumoperitoneo
- 40% de los casos
- Presencia de gas en territorio portal > pronóstico infausto
- Descartar oclusión intestinal o perforación de víscera hueca



# ANGIOTAC- ABDOMINAL



- Es la prueba de elección **GOLD STANDARD**
- Hallazgos como **defectos de la permeabilidad vascular, falta de realce mural, engrosamiento la pared intestinal.**
- **Neumatosis intestinal , infarto intestinal, gas portal** y otros signos indirectos .
- Evaluar grados de afectación de la pared intestinal (**sufrimiento, necrosis, perforación**)
- Con contraste intravenoso y no oral.
- **ANGIOGRAFÍA:** confirma diagnóstico, etiología. Terapéutico.



# TRATAMIENTO. MEDIDAS GENERALES

## Estabilización hemodinámica

- Adecuada reposición hidroelectrolítica con soluciones cristaloides y la restauración del equilibrio ácido-base.

## Descompresión intestinal

- casos que cursan con distensión abdominal pueden beneficiarse de medidas de descompresión intestinal (sonda nasogástrica) y atenuar con ello el efecto negativo de la presión endoluminal sobre la perfusión del intestino.

## Antibioticoterapia

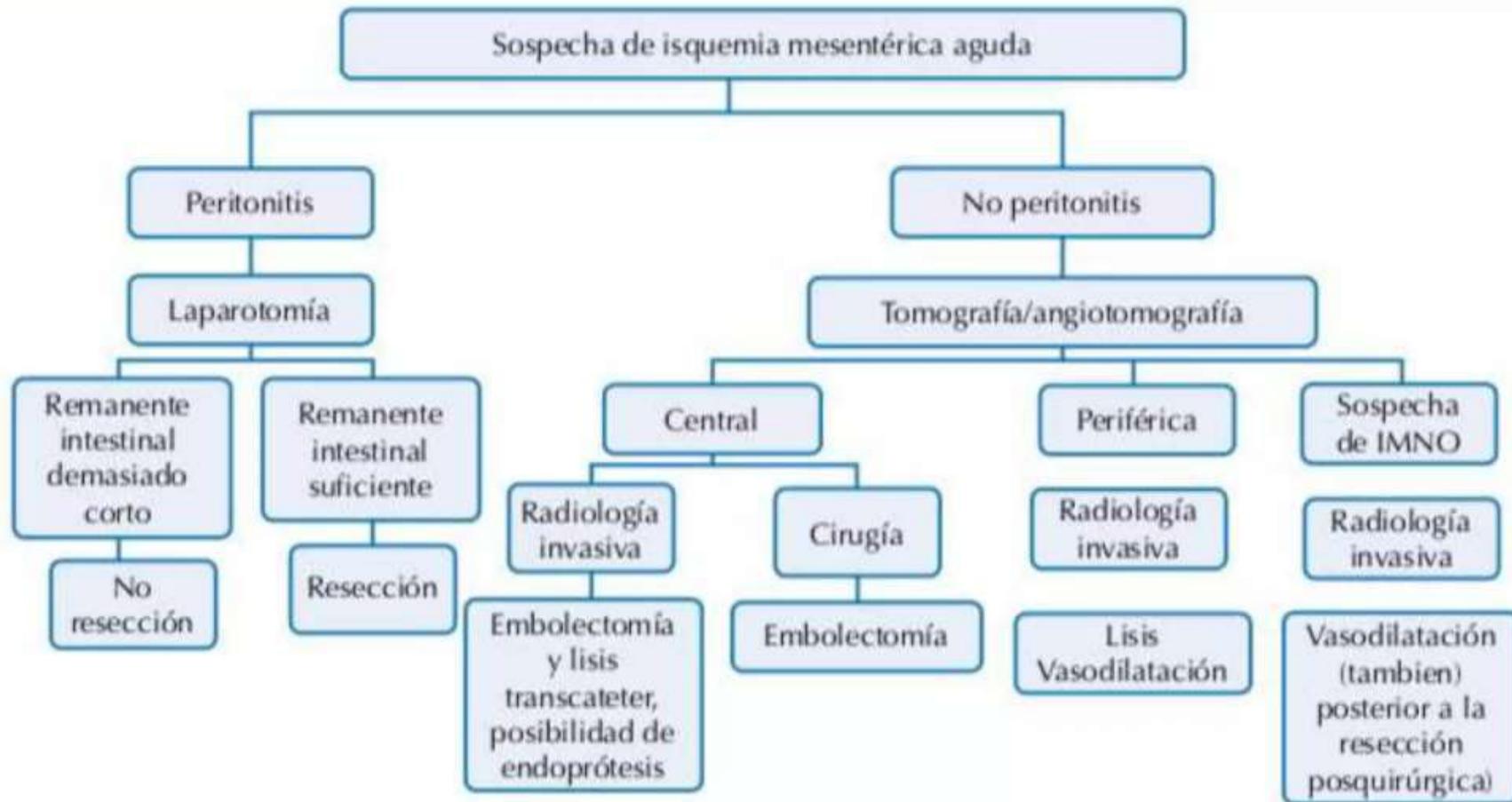
- ATB amplio espectro (levofloxacino, metronidazol, piperacilina- tazobactán, etc.)
- Cubrir tanto gérmenes gramnegativos como anaerobios

## Anticoagulación

- Uso controvertido
- sugieren no descoagular al paciente antes de la cirugía
- salvo en los casos de TVM, por el riesgo de causar hemorragia intestinal o intraperitoneal y aconsejan esperar al menos 48 horas después de la embolectomía o la reconstrucción arterial
- Otros → aconsejan el empleo de heparina sódica tan pronto como el diagnóstico es sospechado



# TRATAMIENTO



IMNO: isquemia mesentérica no oclusiva



# INDICACIONES QUIRÚRGICAS

- Datos de **PERITONITIS AGUDA (LAPARATOMÍA)**
- Si se encuentran áreas de isquemia, se trata mediante resección, aislamiento de las áreas dañadas, valoración arterial desde el origen
- **Embolectomía / BYPASS** con injertos de la aorta o iliaca común
- **Endarterectomía**
- Combinación de procedimientos **ENDOVASCULARES y CIRUGÍA ABIERTA**



