

INFORME DE CASO

Enfermedad veno-oclusiva inflamatoria mesentérica

Dr. Noel Ernesto Pedraza Alonso, Dra. Isabel González Alemán

Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

La vasculitis de los intestinos puede ocurrir en el contexto de una vasculitis sistémica o en asociación a la enfermedad de Crohn. Recientemente ha sido descrita la enfermedad veno-oclusiva inflamatoria mesentérica (de causa desconocida y limitada a las venas mesentéricas) como otra forma de isquemia intestinal; los eventos de presentación son la trombosis venosa mesentérica y el infarto intestinal. Se presenta un enfermo de 44 años de edad que ingresa por dolor abdominal y fue intervenido quirúrgicamente con resección de 135cms de yeyuno. El estudio patológico mostró necrosis hemorrágica intestinal debido a una enfermedad veno-oclusiva inflamatoria mesentérica (vasculitis mesentérica). El conocimiento de esta enfermedad y su diagnóstico oportuno posibilitaron un adecuado tratamiento y la sobrevida del enfermo.

Palabras clave: oclusion vascular mesenterica/diagnóstico, enfermedades inflamatorias del intestino

SUMMARY

Bowel vasculitis can occur in the context of a systemic vasculitis or in association to Crohn's disease. It has recently been described the mesenteric inflammatory veno-occlusive disease (of unknown cause and limited to the mesenteric veins) as another form of intestinal ischemia; the presentation events are mesenteric venous thrombosis and intestinal infarction. The case of a 44-year-old patient who was admitted with abdominal pain and underwent surgery with a 135cms jejunal resection is reported. The pathological study showed intestinal hemorrhagic necrosis due to a mesenteric inflammatory veno-occlusive disease (mesenteric vasculitis). The awareness of this disease and its early diagnosis enabled a proper treatment and the survival of the patient.

Key words: mesenteric vascular occlusion/diagnosis, inflammatory bowel diseases

La vasculitis es un proceso anatomoclínico caracterizado por la inflamación y la lesión de los vasos sanguíneos en el que suele haber afectación de la luz vascular, lo que se vincula con la isquemia de los tejidos que reciben su riego del vaso implicado, puede afectar a vasos de cualquier clase, calibre y localización y además puede involucrar un solo órgano o comprometer simultáneamente a varios órganos o sistemas de órganos. La vasculitis de los intestinos puede ocurrir en el contexto de una vasculitis sistémica o en asociación a la enfermedad de Crohn. La enfermedad veno-oclusiva inflamatoria mesentérica es otra forma de isquemia intestinal; esta vasculitis de causa desconocida está limitada a las venas

mesentéricas y los eventos de presentación son la trombosis venosa y el infarto intestinal.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 44 años de edad y sexo masculino con historia de salud anterior que acude al Cuerpo de Guardia por un dolor en el epigastrio y el mesogastrio de instalación súbita, progresivo y mantenido y acompañado de náuseas, anorexia y sensación de ardor. Al examen físico se constató una hernia umbilical y dolor a la palpación en el epigastrio y el mesogastrio; fue ingresado con diagnóstico nosológico de epigastralgia refractaria al tratamiento. Se le realizó una laparoscopia de urgencia que concluyó con enfermedad vascular de intestino delgado: ¿trombosis mesentérica en paciente joven? Fue valorado por el Especialista en Cirugía y se anunció para quirófano. En la intervención quirúrgica se comprobó una necrosis hemorrágica segmentaria que tomaba yeyuno e íleon con aparente conservación de los bordes de sección quirúrgicos -se hizo exéresis de un segmento de intestino delgado y se envió al Departamento de Anatomía Patológica para su diagnóstico-, se realizó anastomosis término terminal y se colocó un drenaje en el espacio parieto-cólico derecho y en el fondo del saco de Douglas. El diagnóstico transoperatorio fue necrosis intestinal por trombosis mesentérica; en el estudio macroscópico se observó un segmento de intestino delgado de 135cm de longitud que mostró serosa deslustrada pardo oscuro con escasa grasa mesentérica, a su apertura coloración violácea de la mucosa que conservaba sus pliegues, al corte hemorragia de la pared y a nivel de la grasa mesentérica vasos sanguíneos dilatados y trombosados (figuras 1 y 2) y en el estudio histológico una hemorragia transmural que incluía la grasa adyacente (figura 3 -izquierda-) y en las secciones examinadas había una ectasia vascular con múltiples trombos y signos de vasculitis en vasos venosos de diferente calibre diseminados en toda la extensión de la pieza (figura 3 -derecha-, 4 y 5). El diagnóstico patológico fue: enfermedad veno-oclusiva inflamatoria mesentérica.



Figura 1. Segmento de intestino delgado enviado para biopsia que muestra necrosis y hemorragia de la pared. En el recuadro secciona la grasa mesentérica con trombosis



Figura 2. Destaca la presencia de trombos en los vasos mesentéricos al examen macroscópico de la pieza quirúrgica

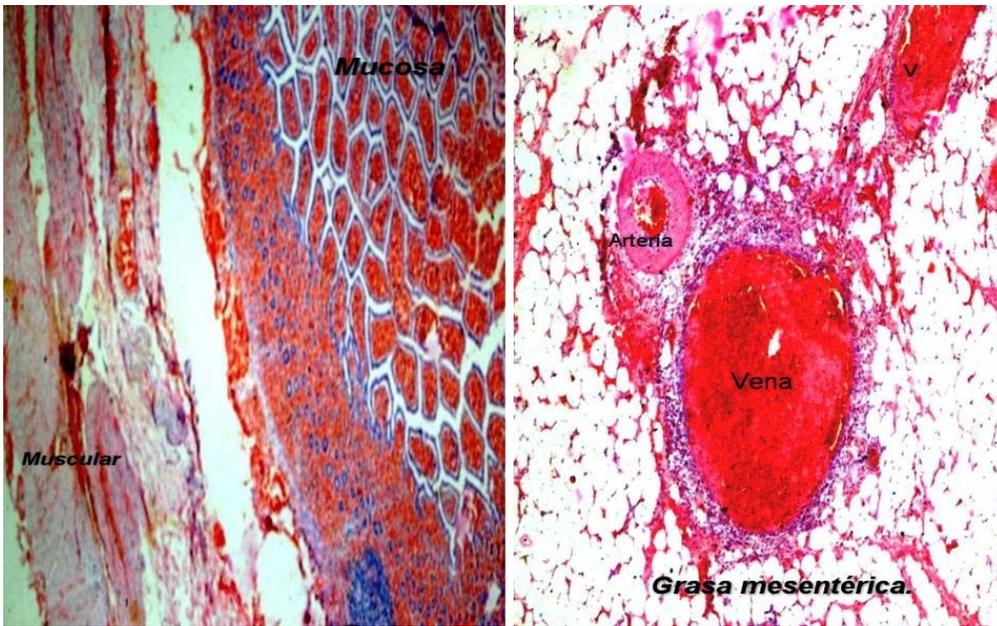


Figura 3. Izquierda: hemorragia de la mucosa intestinal y congestión vascular. Derecha: afectación de las venas mesentéricas con trombosis e inflamación de la pared (vasculitis), arteria de pequeño calibre sin alteraciones

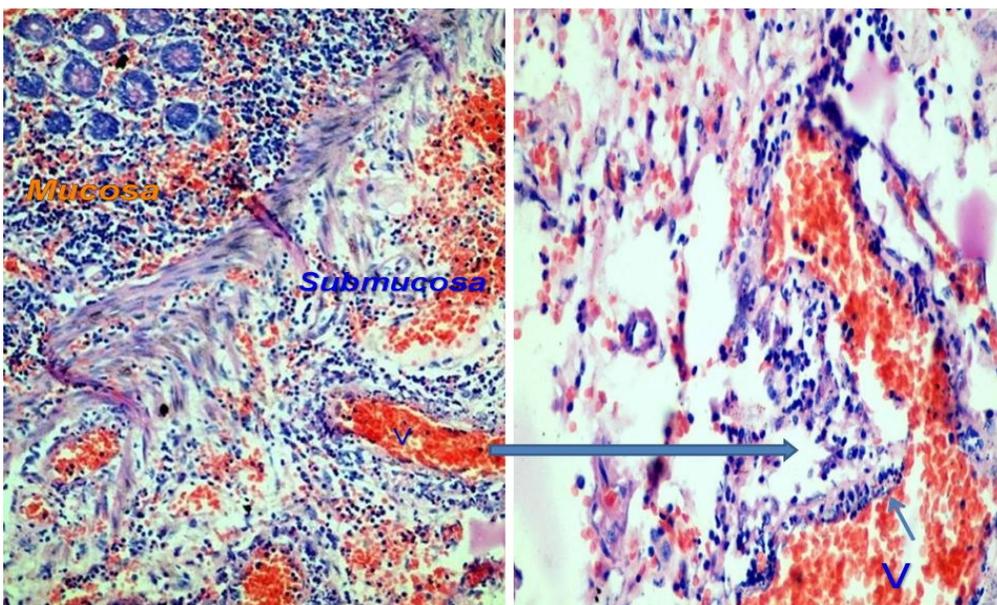


Figura 4. Fenómenos vasculíticos en las venas submucosas H/E 10X. En la derecha se observa la inflamación de la pared de vénula. H/E 20X

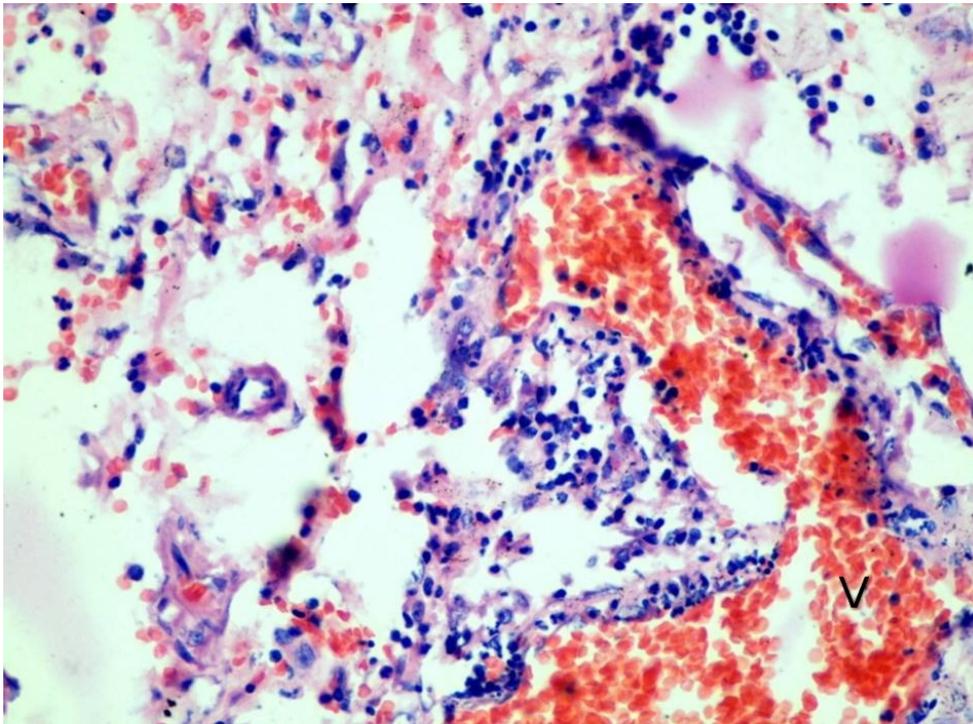


Figura 5. Fotografía a mayor aumento de un vaso venoso submucoso (H/E 40X), destaca el infiltrado inflamatorio agudo con predominio de neutrófilos y evidencia de leucocitoclasia

COMENTARIO FINAL

La lesión isquémica del intestino delgado o grueso aparece cuando el flujo sanguíneo es insuficiente para cumplir con los requerimientos del órgano; la isquemia intestinal puede presentarse de forma aguda o crónica y su origen puede ser arterial o venoso. Mientras que en la isquemia crónica el desarrollo progresivo de colaterales impide la necrosis intestinal, en la forma aguda puede quedar comprometida la viabilidad del intestino. La isquemia intestinal aguda es más frecuente que la crónica y la de origen arterial más frecuente que la venosa. La mucosa intestinal recibe el 80% del flujo sanguíneo que llega al intestino, por lo que en las primeras horas de isquemia intestinal la mucosa es el área más afectada; si persiste la isquemia progresa la afectación intestinal y llega a la necrosis transmural, con posibilidad de perforación, peritonitis y sepsis.¹

Entre las condiciones que predisponen a la isquemia intestinal existen las que favorecen la trombosis arterial, las que suscitan embolismos arteriales, las relacionadas con la hipoperfusión tisular o la isquemia no oclusiva, las misceláneas y las que causan la aparición de trombosis venosas. Las trombosis arteriales están condicionadas por enfermedades tales como la aterosclerosis (usualmente en el origen de las arterias mesentéricas), las vasculitis sistémicas, los aneurismas disecantes, la realización de procedimientos angiográficos, la reconstrucción quirúrgica de la aorta, los accidentes quirúrgicos, los estados de hipercoagulabilidad y la ingestión de contraceptivos orales; los embolismos arteriales están asociados a la existencia de vegetaciones cardíacas, pueden tener origen de ateroémbolos en la aorta abdominal y se han descrito en la realización de procedimientos angiográficos; la isquemia no oclusiva se debe a situaciones en que existe compromiso del gasto cardíaco como el estado de choque, el fallo

cardíaco, la deshidratación y el empleo de drogas vasoconstrictoras y las causas variadas o misceláneas incluyen la lesión por radiación, el vólvulo de intestino y las herniaciones internas o externas. La isquemia intestinal puede obedecer a trombosis venosas que se producen, usualmente, cuando existen estados de hipercoagulabilidad, ingestión de contraceptivos orales, deficiencia de antitrombina III, sepsis intraperitoneal o estados postoperatorios; también están asociadas a neoplasias invasivas (particularmente carcinoma hepatocelular), cirrosis y trauma abdominal.^{2,3} Recientemente ha sido descrita la enfermedad veno-oclusiva inflamatoria mesentérica (vasculitis mesentérica) como otra forma de isquemia intestinal, es una enfermedad de causa desconocida y está limitada a las venas mesentéricas; los eventos de presentación son trombosis venosa mesentérica e infarto intestinal.⁴⁻⁹ En los vasos venosos existe inflamación de la pared vascular y trombosis. Ante las evidencias histológicas de un proceso vasculítico el Especialista en Anatomía Patológica debe precisar si se trata de un evento de tipo sistémico que se presenta de forma primaria o secundario a un proceso infeccioso, reacción a medicamentos, procesos malignos o enfermedad del tejido conectivo y debe determinar, además, el tamaño de los vasos afectados y las características del infiltrado inflamatorio presente en la pared en los mismos.¹⁰

En el paciente no existían elementos que hicieran sospechar una vasculitis de tipo sistémico: no se constataron fiebre, artromialgias, lesiones cutáneas, serositis, glomerulonefritis, neuropatía periférica, ni manifestaciones respiratorias; solo tenía evidencias de lesión isquémica en un órgano (isquemia intestinal). No existían antecedentes de ingestión de fármacos, ni se demostró enfermedad maligna ni de tipo autoinmune. Al observar los vasos involucrados se trataba de vasos venosos de diferente calibre, predominantemente pequeños vasos, que mostraron infiltrado inflamatorio agudo con predominio de neutrófilos y fenómenos de leucocitoclasia en la pared del intestino afectado y en la grasa mesentérica vecina. El diagnóstico patológico fue: enfermedad venooclusiva inflamatoria mesentérica (vasculitis mesentérica). El tratamiento de la trombosis venosa mesentérica es fundamentalmente conservador y la intervención quirúrgica ofrece la posibilidad de reseca el intestino claramente desvitalizado, si es preciso; habitualmente se emplea el tratamiento anticoagulante para prevenir la recidiva del cuadro trombótico. La mortalidad de la isquemia mesentérica aguda es muy elevada (alrededor del 60%), lo que depende de la extensión y la duración de la isquemia y también de su etiología. La mortalidad puede ser de 95% en pacientes con trombosis arterial, de 50% en la embolia arterial, de 67% en la isquemia mesentérica no oclusiva y de 30% en la trombosis venosa;^{1,3} en esta última la mortalidad es menos elevada. El diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz posibilitaron la adecuada evolución y la supervivencia del enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feu Caballé F, Sans Cuffi M. Isquemia intestinal. En: Ponce García J. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Valencia: Asociación española de Gastroenterología; 2006. p. 36.

2. Pathologic basis of Disease Online. Gastrointestinal track. Small and large intestine. Vascular disorders. Ischemic bowel disease. In: Kumar V. Robbins & Cotran. Pathologic Basis of Disease. [monografía en Internet]. 7th ed. Canadá: Elsevier; 2007 [acceso 5 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.amazon.com/Robbins-Pathologic-Disease-Seventh-Edition/dp/0721601871>
3. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Dan L, Jameson JL, et al. Enfermedades de las vías gastrointestinales. Parte XII: Insuficiencia vascular mesentérica. Isquemia intestinal. En: Harrison Principios de Medicina Interna [monografía en Internet]. 17 ed. España: McGraw-Hill Companies; 2008 [acceso 5 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://harrisonmedicina.com/resourceToc.aspx?resourceID=106>
4. Mesenteric Vasculitis. Disease of the digestive system. In: Damjanov I, Linder J. Anderson's Pathology. Vol 2. 10ma ed. St Louis: Mosby; 1996. p. 1714.
5. Giménez DR. Vasculitis mesentérica como causa de masa abdominal. Med Clin (Barc). 2002; 118(20): 779-81.
6. Kim JK, Ha HK, Byun JY, Yang SK, Jung HY, Min YI, et al. CT Differentiation of mesenteric ischemia due to vasculitis and thromboembolic disease. J Comput Assist Tomogr. 2001 jul-ago; 25(4): 604-11.
7. López Montes A, Márquez Vidas M, Álvarez Flores T, González López L, Sánchez Fructuoso A, Blanco J, et al. Recurrencia rápida de una vasculitis ANCA-MPO positivo tras trasplante renal de donante en asistolia. Nefrología. 2006; 26(2): 278-82.
8. Pagnoux C, Mahr A, Guillevin L. Manifestations abdominales et digestives au cours des vascularites systemiques. Ann Med Interne. 2003; 154(7): 457-67.
9. Riyuso Márcia C. Vasculite necrosante na glomerulonefrite difusa aguda pós-infecciosa. J Bras Patol Med Lab. 2004; 40(1): 7-10.
10. Luqmani RA, Robinson H. Introduction to, and classification of, the systemic vasculitides. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2001; 15: 187-202.