

Síndrome celio-mesentérico y de Leriche Tratamiento por by-pass aorto-bifemoral-mesentérico

Dres. Rómulo Danza, Teodoro Navarro y Jorge Baldizán.

Se presenta el caso de un paciente de 51 años portador de un síndrome de Leriche asociado a un angor intestinal grave. Una arteriografía adecuada mostró las lesiones propias del síndrome de Leriche más la obstrucción en su origen del tronco celíaco y la mesentérica superior con ausencia de la mesentérica inferior. Esta asociación lesional es poco frecuente. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz —clínico y arteriográfico— de las lesiones mesentéricas, para prevenir su complicación final y fatal (el infarto masivo de intestino).

El tratamiento quirúrgico requiere una revascularización compleja (bypass aortobifemoral + bypass protésico-mesentérico). La evolución postoperatoria fue excelente con desaparición de la sintomatología digestiva y de miembros inferiores con aumento evidente del peso corporal.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Mesenteric artery.

La aterosclerosis de las ramas aórticas a destino intestinal, tronco celíaco, mesentéricas superior e inferior, da sintomatología únicamente cuando la lesión crónica se presenta en 2 ó 3 ramas. Es por eso que el tratamiento de revascularización es necesario con menos frecuencia que la revascularización a nivel coronario, carotídeo, o de miembros inferiores.

Sin embargo el diagnóstico y tratamiento eficaz del síndrome isquémico celio-mesentérico es el único medio de evitar muchos casos del gravísimo cuadro del infarto intestino-mesentérico que es la mayoría de las veces mortal. (1) (3) (10)

Se debe jerarquizar la sintomatología precoz del cuadro. Las dispepsias y trastornos del tránsito en enfermos arterioescleróticos con sospechas de etiología vascular, siempre que se hayan descartado otras patologías. El angor abdominal, dolor intenso post-prandial acompañado de angustia, independiente del tipo de alimento pero en relación con la cantidad del mismo, es bastante característico y frente a él es imperativo el estudio de la vascularización intestinal. (2) (6)(7) (11)

El objeto de esta presentación es la de traer un caso en que una isquemia intestinal grave pudo diagnosticarse junto a una falla circulatoria de miembros inferiores y ambas ser tratadas simultáneamente.

Servicio de Cirugía Vascular del M.S.P. y Clínica Quirúrgica 3 (Prof. R. Praderi) Hospital Maciel Montevideo.

Caso clínico. L.F., 51 años.

Consulta por dolor de reposo en miembro inferior derecho y gran adelgazamiento.

Desde hace unos 6 meses dolor y cambios tróficos en pie derecho que calma únicamente con la posición declive y hace casi imposible la marcha.

Contemporáneamente aparece dolor post-prandial con características de angor. El enfermo es muy claro en decir que el apetito se encontraba conservado o aumentado pero prácticamente no se alimentaba por temor al tremendo dolor abdominal. Adelgazamiento de 8 kg. en los últimos meses.

Como antecedente se destaca que el enfermo nos había consultado 3 años antes por hipertensión arterial con estenosis de la arteria renal izquierda en la angiografía. Indicamos en ese momento la revascularización renal criterio que no fue aceptado por el médico tratante. Al agravarse la hipertensión fue visto por urólogo que previa nueva angiografía realizó nefrectomía.

Luego de la nefrectomía mejoró la sintomatología de hipertensión que pudo ser normalizada con pequeñas dosis de hipotensores. Poco tiempo después comienza a aparecer sintomatología celio-mesentérica y de miembros inferiores, al principio leve pero que se va acentuando hasta el cuadro actual.

Examen: gran adelgazamiento, fascies de sufrimiento. El examen abdominal no revela soplos. Ausencia global de todos los pulsos de los miembros inferiores. A nivel del miembro inferior derecho zona de palidez y enfriamiento marcado con inicio de trastornos tróficos en la extremidad distal 3ro. y 4to. dedo.

Aortografía abdominal por punción alta (Dr. Grillo). Lesiones aterosclerosis difusas de aorta con trombosis de la iliaca primitiva derecha. Trombosis de las hipogástricas derecha e izquierda.

Estenosis del 95% del origen del tronco celíaco de unos 2 a 3 cm. de longitud. Trombosis de 4-5 cm. del origen de la mesentérica superior que se rellena por colaterales en la parte media, trombosis de mesentérica inferior que no se visualiza en ningún momento.

De los exámenes complementarios, se destaca únicamente el ECG que muestra isquemia de cara ántero-lateral y algunas extrasístoles ventriculares.

Intervención: 29-IX-80. Abordajes femorales que muestran aterosclerosis del confluente trifemoral bilateral.

Mediana xifo-púbica, exposición de aorta infra-renal y de la arteria mesentérica superior por la cara anterior del mesenterio a nivel de la zona que da origen a la arteria del ángulo derecho del colon, liberando hasta las pancreáticas izquierdas que están permeables.

Se realiza by-pass aorto-bifemoral con prótesis de

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 1o de Julio de 1981.

Jefe de Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Maciel, y Profesor Agregado, Asistente de Clínica Quirúrgica Fac. Med. Montevideo y Residente de Cirugía del M.S.P.

Dirección: J.C. Blanco 3485 (Dr. R. Danza).

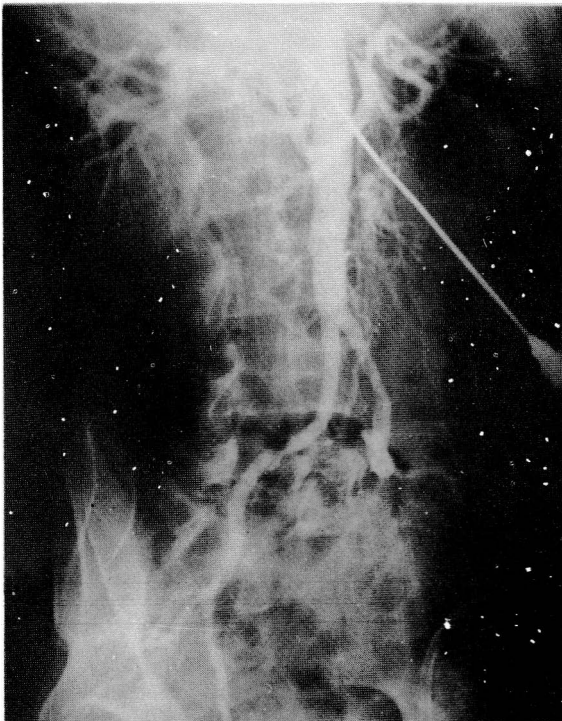


Fig. 1 - Preoperatorio A y B.
Se aprecia la estenosis del 95% del origen del tronco celíaco. La mesentérica superior se llena parcialmente en su parte media por las colaterales. Obstrucción completa de mesentérica inferior.

dacron Knitted 19 y 9.5 mm. A la cara anterior de la prótesis bifurcada se anastomosa prótesis de PTFE (Goretex) de 6 mm, que se lleva por un orificio del mesenterio a la cara anterior de la arteria mesentérica superior donde se anastomosa (anastomosis terminal para la prótesis y lateral para la arteria mesentérica).

La sutura a nivel femoral se realizó con la técnica habitual siendo necesario del lado derecho realizar endarterectomía del confluente trifemoral y plastia de la femoral profunda.

Evolución post-operatoria. A excepción de su acentuación en las primeras 48 hs. de su arritmia ventricular, lo que pudo ser dominado con goteo de xilocaína, el post-operatorio fue sin incidentes.

Desde el mismo momento en que comenzó a alimentarse por vía oral (3er. día) el enfermo notó la desaparición de su sintomatología de angor abdominal. El dolor y los trastornos tróficos de los miembros desaparecieron al despertar de la anestesia.

Actualmente a los 9 meses de la intervención el enfermo ha aumentado 10 kg. de peso y no presenta sintomatología de dolor abdominal ni claudicación de sus miembros inferiores.

La arteriografía post-operatoria, realizada a los 8 meses de la intervención muestra buen funcionamiento del by-pass aortobifemoral y de su rama mesentérica que además por las arterias pancreático-duodenal izquierdas llena el tronco celíaco.

COMENTARIO

A nivel intestinal como a nivel coronario o cerebral el verdadero objetivo de la cirugía de revascularización es prevenir la necrosis.

Sin embargo hasta este momento la cirugía de la isquemia intestinal se realiza fundamentalmente en la etapa aguda cuando muchas veces se ha instalado la necrosis.

En nuestro medio se han comunicado casos de obstrucción mesentérica aguda, (8) entre ellos destacamos una embolectomía mesentérica realizada por Matteucci (5) con sobrevida alejada y casos de aneurisma de la arteria mesentérica superior intervenidos por F. Díaz (4) a uno de ellos y R. Ugarte (12) el otro.

R. Praderi (9) ha comunicado el tratamiento exitoso en un enfermo con síndrome de Dumbard donde existe sintomatología dolorosa post-prandial sin isquemia grave. La sintomatología se debe a compresión del tronco celíaco y se soluciona con liberación del mismo.

En el caso que relatamos se trataba de una isquemia crónica grave intestinal y de miembros inferiores en un paciente que además había presentado arterioesclerosis de la renal izquierda, con hipertensión. Presentaba claras lesiones en los 3 vasos a destino intestinal y obligó a una revascularización compleja para solucionar simultáneamente el problema visceral y de miembros inferiores.

Este tipo de revascularización es sin duda la única prevención posible del desastre que significa el infarto intestino-mesentérico y creemos que frente a estos enfermos es necesario destacar:

a) que todo enfermo arterioesclerótico con sintomatología digestiva una vez de hechos los estudios habituales y siempre que éstos sean negativos debe

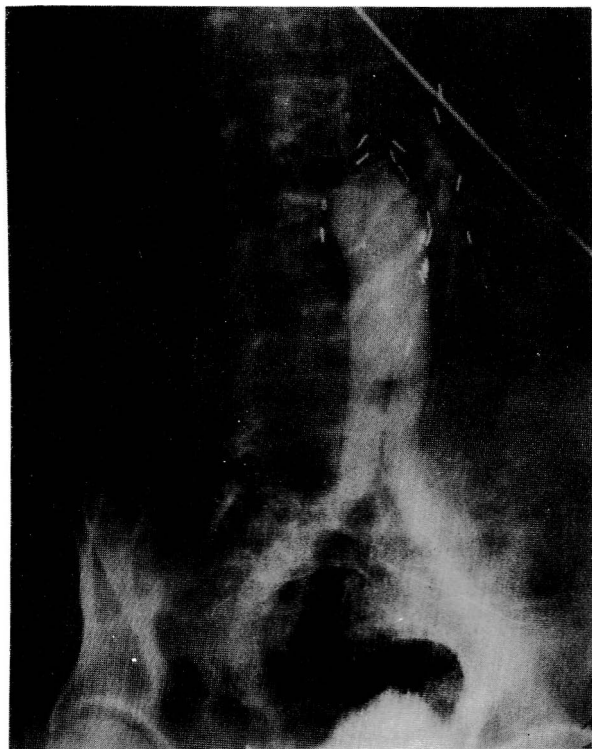
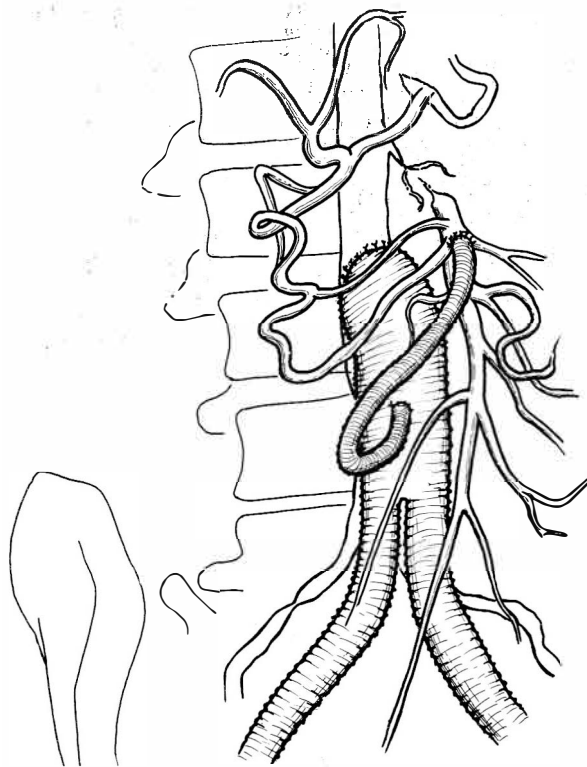


Fig. 2 - A y B.

Postoperatorio. Buen funcionamiento del by-pass aorto-bifemoral con rama para la mesentérica superior. A través del by-pass y la mesentérica se rellena el tronco celíaco.

completarse su estudio con una arteriografía adecuada usando las posiciones de perfil.

b) frente a enfermos en que se plantea la revascularización aorto-iliaca también debe estudiarse el sistema mesentérico para saber como se debe actuar con las arterias permeables (arterias vicariantes) cuando existe lesión de las otras.

Teniendo en cuenta estos principios es que en los by-pass aorto-bifemoral evitamos la sección de la arteria mesentérica inferior y en los aneurismas de aorta, donde la sección es necesaria cuando la mesentérica superior está permeable y tiene calibre importante (arteria vicariante) la hemos implantado en la cara anterior de la prótesis.

Esperamos que en el futuro con un mejor conocimiento de la enfermedad isquémica celio-mesentérica y mejores estudios radiológicos se puedan solucionar más de estos enfermos de sintomatología asociada ya que si la isquemia intestinal, por razones que explicamos, no es tan frecuente como en otras localizaciones, su desconocimiento o falta de jerarquización lleva al infarto intestino-mesentérico de tanta o más gravedad que el infarto de miocardio o el infarto cerebral.

SUMMARY

Celio-mesenteric and Leriche Syndromes treated by Aorto-Bifemoral- Mesenteric Bypass.

A 51 years-old patient presenting a Leriche syndrome associated with a serious intestinal angor is presented. Proper arteriographies showed lesions common to the Leriche syndrome with the obstruction of the celiac trunk and superior mesenteric artery in its origin. There was an absence of the inferior mesenteric arteriogram. This lesional association is not common. The importance of an early diagnose — clinical and arteriographic— of the mesenteric lesions to avoid its final and fatal complication (intestinal infarction) is underlines.

Surgical treatment requires a complex revascularisation (Aortobifemoral bypass + Prosthetic-mesenteric bypass). Postoperative evolution was excellent with disappearance of the digestive and legs symtomathology, with an evident increase of corporal weight.

RESUME

Syndrôme coelio-mésentérique et de Leriche. Traitement par pontage aorto-bifemoro-mésentérique

Un patient de 51 ans avec un syndrôme de Leriche associé a un angor intestinal grave est présenté. La arteriographie a démontré des lésions propres du syndrôme de Leriche associé a l'obstruction de l'origin du tronç coeliaque et de l'artère mesentérique supérieur avec absence de l'artère mesentérique inférieur.

Cet association lésional n'est pas fréquent. On détache l'importance du diagnostic précoce —clinique et arteriographie— pour éviter son complication terminale (l'infarctus massif de l'intestin).

Le traitement chirurgical a besoin d'une revascularisation complexe (pontage aortobifemoral + pontage prothésé-mésentérique). L'évolution postoperatoire fut excellent avec disparition de la symptomathologie digestif et des membres inférieures.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BRANDT, L.J.; BOLEY, S.J.: Ischemic Intestinal Syndromes. En: L. Maclean Advances in Surgery. Chicago, Year Book Publishers, 1981.
2. CRAWFORD, E.S.; MORRIS, G.C. Jr.; MYHRE, H.O.: Celiac Axis, Superior Mesenteric Artery and Inferior Mesenteric Artery Occlusion: Surgical Considerations. *Surgery* 82: 856, 1977.
3. DARDIK, H.; SEIDENBERG, B.; PARKER, J.G.: Intestinal Angina Malabsorption treated with Elective Revascularization. *J.A.M.A.* 194: 1206, 1965.
4. DIAZ, F.; PRADERI, L.; ORMAECHEA, C.: Falso aneurisma traumático de la arteria mesentérica superior abierto en duodeno. Tratamiento quirúrgico. *Curación, Bol. Soc. Cir. Uruguay* 1: 61, 1958.
5. MATTEUCCI, P.; LUCINSCHI, A.: Cirugía de urgencia de la arteria mesentérica superior. *Cir. Uruguay* 50: 136, 1980.
6. MORRIS, G.; CRAWFORD, S.; COOLEY, D.; DE BAKEY, M.: Revascularization of the Celiac and Superior Mesenteric Arteries. *Arch. Surg.* 84: 95, 1962.
7. MORRIS, G.; DE BAKEY, M.: Abdominal Angina. *Diagnosis and Surgical Treatment. J.A.M.A.* 176: 89, 1961.
8. PRADERI, L.: Infarto intestino-mesentérico. Diagnóstico y tratamiento. *Cir. Uruguay* 42: 83, 1972.
9. PRADERI, R.; PEREYRA BORRELLI, C.: Síndrome de Dunbar. Compresión del tronco celiac. *Cir. Uruguay* 43: 316, 1973.
10. ROB, C.: Surgical Diseases of the Celiac and Mesenteric Arteries. *Arch. Surg.* 93: 21, 1966.
11. STONEY, R.J.; EHRENFELD, W.K.; WYLIE, E.J.: Revascularization Methods in Chronic Visceral Ischemia caused by Atherosclerosis. *Ann. Surg.* 1979.
12. UGARTE, R.: Aneurisma de la arteria mesentérica superior tratado exitosamente con restauración de la vascularización. *Cir. Uruguay* 36: 10, 1966.