



Título: ABSCESO RETROPERITONEAL ASOCIADO A TROMBOSIS
MESENTÉRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CASE REPORT: RETROPERITONEUM ABSCESS ASSOCIATED TO MESENTERIC
VENOUS THROMBOSIS

Autores

Vera – Quipuzco Miguel^{1a}; Mendoza – Astolingón Erika^{2a}; Sandoval – Ortiz Luis^{3a}
Mendoza - Mongrut Carlos⁴; Paz – Solidoro Carlos⁵ ; Rodriguez –Barboza Hector ^{6ab}

Dirección para correspondencia

miguelvera@hotmai.com

1. Médico especialista en cirugía general. Servicio de cirugía general Hospital Belén Trujillo
2. Médico general. Servicio de emergencia hospital privado Piura
3. Médico general. Centro de Especialidades médicas Florencia de mora UPAO-Trujillo. Servicio de emergencia hospital privado Piura
4. Médico residente cirugía general. Servicio de cirugía general hospital Belén Trujillo.
5. Ex -Médico Asistente del Servicio de Cirugia General del Hospital Belén deTrujillo.
6. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología Hospital Belén Trujillo
 - a. Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) Trujillo - Perú
 - b. Universidad Nacional de Trujillo.



Resumen:

La trombosis venosa mesentérica es un cuadro clínico poco frecuente de abdomen agudo asociado mayormente a oclusión vascular; su relación a peritonitis intrabdominal es menos frecuente no encontrándose reportes que asocien este cuadro con la presencia de pus en el retroperitoneo, razón por la cual consideramos de interés el caso de una mujer de 65 años con este cuadro.

PALABRAS CLAVE: trombosis venosa mesentérica, absceso retroperitoneal



Summary:

Mesenteric venous thrombosis is a rare clinical presentation of acute abdomen, mostly associated vascular occlusion; their relationship is less frequent from intra-abdominal peritonitis finding no reports associating this episode with the presence of pus in the retroperitoneum, which is why we consider the case of a 60 year old woman with this condition.

KEY WORDS: mesenteric venous thrombosis, retroperitoneal abscess.



I. INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa mesentérica (TVM) aguda es un cuadro clínico-quirúrgico donde un coágulo sanguíneo bloquea el flujo de sangre en las venas mesentéricas comprende el 5-10% de las causas de isquemia mesentérica aguda (IMA). Dentro de los factores de riesgo se encuentran estados de hipercoagulabilidad (Neoplasias, trombosis venosa profunda, entre otros), hipertensión portal y procesos inflamatorios dentro de las cuales solo encontramos causas de origen intraperitoneal tales como diverticulitis, apendicitis, peritonitis, pancreatitis, colecistitis; sin embargo, no encontramos cuadros asociados a procesos que impliquen origen retroperitoneal. Por ello, presentamos un caso de trombosis venosa mesentérica en el cual el foco primario fue un absceso retroperitoneal ⁽¹⁾



II. MATERIALES Y MÉTODOS

CASO CLINICO:

Paciente mujer de 60 años de edad que presenta dolor abdominal en cuadrante superior derecho de 10 días de evolución que incrementa gradualmente de intensidad ,tornándose difuso a su ingreso, niega fiebre y vómitos. En el día de su admisión se agrega hematoquezia en escasa cantidad que cede espontáneamente. Se toma ecografía abdominal donde se evidencia litiasis vesicular sin signos inflamatorios y una aglomeración de asas en fosa iliaca derecha planteándose el diagnóstico de plastrón apendicular más íleo y litiasis vesicular. Al examen presenta Ruidos cardíacos rítmicos, simétricos, no soplos, aparato respiratorio: buen pasaje de Murmullo vesicular en ambos campos, no crepitantes, abdomen: doloroso al palpación superficial a predominio de Cuadrante superior e inferior derecho, signos de Mc Burney y Rovsing positivo. Tiene hemograma infeccioso con desviación izquierda de 15000 leucocitos, 6 bastones y 85 segmentados, Glucosa: 170mg/dl, hemoglobina de 8 ,6 mg/dl, pH: 7.36 creatinina de 1.8 mg/dl. EKG: Ritmo sinusal. Riesgo Quirúrgico: Goldman II/IV. Antecedentes: Niega, Cardiopatías, Arritmias, enfermedades tromboembólicas previas.

Ingresa a sala de operaciones con el diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo por apendicitis aguda, encontrándose liquido serosanguinolento en cantidad de 3000 ml y pus en cantidad de 200 cc en el retroperitoneo a nivel de Fosa iliaca derecho con asas de íleon adyacente hasta una distancia de 100 cm a ciego de aspecto violáceo que presenta motilidad, el resto de intestino delgado estaba de apariencia normal .Se limpia cavidad y retroperitoneo dejándose abdomen abierto, para un relaparotomía programada por la sospecha de isquemia intestinal y para volver a limpiar quirúrgicamente la cavidad abdominal de secreción purulenta recidivante. Al segundo día la paciente presenta signos de sepsis expresado en taquicardia, leucocitosis e hipotensión, con tiempo protrombina 17.92", INR: 1.69, fibrinógeno: 267ug/dl, y PTT: 47 seg. Ingresa a UCI para soporte ventilatorio y manejo de sepsis. El cultivo de las secreción purulenta es positivo para Klebsiella neumonía, recibiendo imipenen, metronidazol y enoxaparina. Reingresa al 3er día posoperatorio, encontrándose necrosis intestinal desde 40cm del ángulo de Treitz hasta 15 cm dela válvula ileocecal y liquido serosanguinolento en escasa cantidad. Se realiza resección intestinal más yeyunostomía tipo Hartman diagnosticándose trombosis mesentérica complicado con Síndrome de Intestino Corto. Al examen anatomopatológico se corrobora el diagnóstico de Necrosis hemorrágica extensa en intestino delgado, consecutiva a trombosis mesentérica.

La paciente presenta signos de shock séptico y disfunción multiorgánica de manera gradual presentando falla respiratoria, renal y cardiovascular, falleciendo 7 días después de la segunda intervención al 10mo día de hospitalizada.



FOTOS



Foto 1: Coloración violácea en primera intervención



Foto 2: Necrosis intestinal en segunda intervención

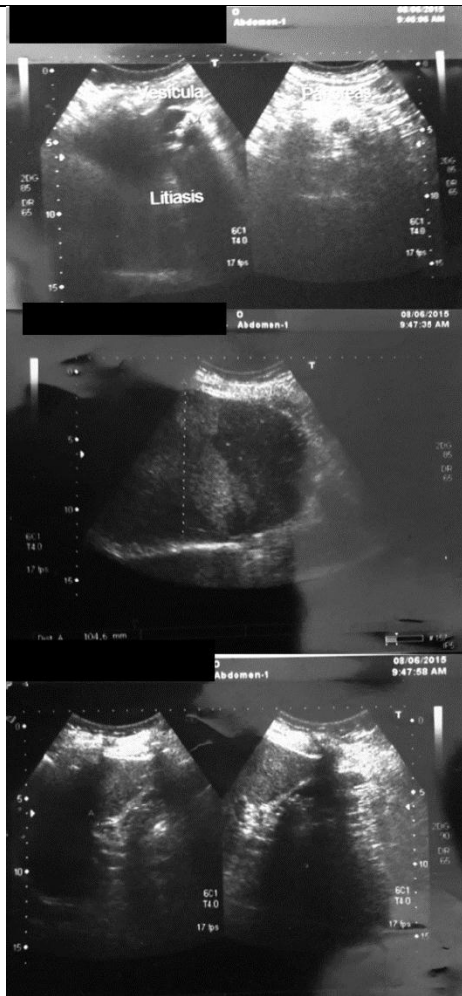


Foto 3: Ecografía.- Vista Superior: Litiasis Vesicular, Vista Media e Inferior: Íleo y conglomerado de Asas Intestinales en Fosa Iliaca Derecha.

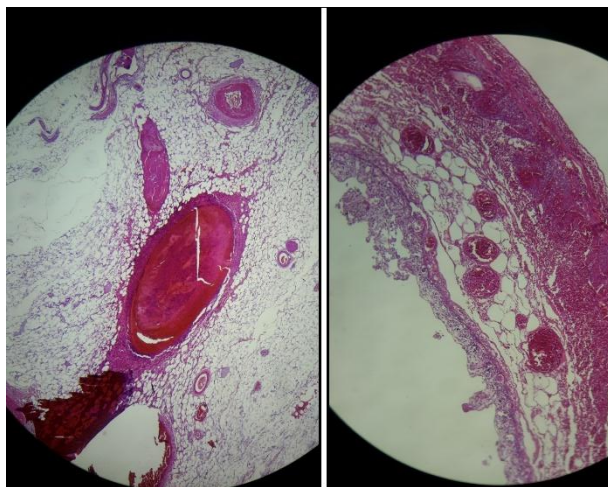


Foto 04 : Microfotografía que muestra trombosis vascular.



III. RESULTADOS

La trombosis venosa mesentérica es un cuadro poco común de curso muchas veces fatal que no solo se deben a causas obstructivas vasculares sino también a causas inflamatorias. En pacientes adultos mayores no solo se debe considerar el manejo de la peritonitis o abscesos de origen intra o retroperitoneal sino también el probable cuadro trombótico venoso mesentérico que pueda desencadenar dicho proceso infeccioso, más aún si el paciente es anciano.

IV. DISCUSIÓN

La trombosis mesentérica es un cuadro que abarca del 5 al 10 % de frecuencia como causa de abdomen agudo elevándose esta cifra con la edad. ^(1, 2,3)

La etiología de la trombosis puede ser obliterante o no obliterante dentro de las primeras podemos mencionar a la arterioesclerosis como principal causa. Dentro de las segunda causa tenemos a múltiples factores siendo uno de ellos a la peritonitis intrabdominal generalmente de etiología apendicular, pancreática o intestinal^(4,5,6). Se postula que el desencadenante es el shock séptico expresado a través de mediadores químicos que favorecen la oclusión microvascular que de por sí ya está alterado endotelialmente por la edad. ^(5,6)

Se revisó la literatura y no se encontró cuadros de absceso retroperitoneales como causa o factores desencadenantes de trombosis intestinal masiva como se presentó en esta paciente. La necrosis intestinal producida en este caso surgiría como consecuencia de la vasoconstricción esplácnica debido al efecto de sustancias vaso activas liberadas como la endotelina en respuesta a una situación de bajo gasto debido al shock séptico con el propósito de desviar la sangre hacia otros órganos vitales como corazón, cerebro o riñón. Esta autotransfusión deja al intestino transitoriamente privado de flujo vascular ocasionando hipoxia tisular e incluso infarto. ^(1, 7,8)

La forma de presentación es muy inespecífica, en el 89-92% aparecerá dolor abdominal, plenitud abdominal, la disminución de peristaltismo y la temperatura mayor de 37°5. Se presenta leucocitosis, neutrofilia con desviación izquierda y aumento del hematocrito con hemoconcentración. El 14 -16 % aproximadamente presenta náuseas, vómitos, diarrea o hemorragia digestiva alta.. La Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal es más sensible en la detección de TVM, ya que puede detectar trombosis de la vena mesentérica con alta sensibilidad y especificidad. ^(9,10)



El diagnóstico diferencial de trombosis mesentérica aguda (TMA) se presenta con cuadros inflamatorios de origen intraabdominal tales como peritonitis, diverticulitis, apendicitis aguda, etc. Sin embargo no debemos olvidar que la TMA no solo se desarrolla por tromboembolias oclusivos venosos-arteriales sino también por factores inflamatorios tales como la peritonitis de origen intraperitoneal o retroperitoneal, como en este caso reportado, en los cuales la sepsis y shock séptico asociados pueden desencadenar trombosis venosa y subsecuente necrosis intestinal, pasando de diagnóstico diferencial a patología desencadenante de trombosis mesentérica aguda.⁽¹¹⁾



V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lui G Andrea, Poniachik T Jaime, Quera P Rodrigo, Bermúdez E Cristián. Trombosis venosa mesentérica: manifestaciones clínicas, terapia y evolución. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2005 Ene [citado 2015 Jul 14] ; 133(1): 17-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000100003&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S003498872005000100003>
2. Ricardo Espinoza G, Paulina Balbontín M, Sebastián Feuerhake L, Cecilia Piñera M. Abdomen agudo en el adulto mayor. Rev Méd Chile 2004; 132: 1505-1512.
3. Sánchez Fernández, Patricio; Mier y Díaz, Juan; Blanco Benavides, Roberto. Isquemia mesentérica aguda: semblanza de una enfermedad agresiva .Rev. gastroenterol. Méx 2000; 65(3):134-140.
4. Rosario Ruiz D, Alberto Andrade Anagua , Douglas Bravo Hinojosa . Trombosis portal aguda y gas intrahepático: a propósito de dos casos. Rev. gastroenterol. Perú ,2013 vol.33 no.3
5. Willson TD1, Rao V, Podbielski FJ, Blecha MJ. In situ aortic thrombosis secondary to intra-abdominal abscess. Am J Case Rep. 2012;13:149-52.
6. Acosta S. Surgical management of peritonitis secondary to acute superior mesenteric artery occlusion. World J Gastroenterol. 2014 Aug 7;20(29):9936-41.
7. Hoffmann M, Keck T. Management of mesenteric ischemia and mesenteric vein thrombosis. Dtsch Med Wochenschr. 2014 Jul;139(30):1540-4. doi: 10.1055/s-0034-1370157. Epub 2014 Jul 29.
8. Krupski WC1, Selzman CH, Whitehill TA. Unusual causes of mesenteric ischemia. Surg Clin North Am. 1997 Apr;77(2):471-502.
9. Furukawa A1, Kanasaki S, Kono N, Wakamiya M, Tanaka T, Takahashi M, Murata K. CT diagnosis of acute mesenteric ischemia from various causes. AJR Am J Roentgenol. 2009 Feb;192(2):408-16. doi: 10.2214/AJR.08.1138.
10. Stone JR, Wilkins LR. Acute mesenteric ischemia. Tech Vasc Interv Radiol. 2015 Mar;18(1):24-30. doi: 10.1053/j.tvir.2014.12.004. Epub 2014 Dec 29.
11. Stewart H, Michael T. Flannery, Deborah A. Superior Mesenteric Vein Thrombosis Secondary to Oral Contraceptive Use. Case Rep Vasc Med. 2012; 2012: 969130