

Dolor abdominal después de la ingestión de alimentos

Alejandro Hernández Seara

Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana. Cuba.

El Dr. *Hernández Seara* propone la discusión de este caso, comparte las opiniones de los especialistas y lo concluye a la luz de la discusión colectiva. El Dr. *Juan Enrique Yara Sánchez* (angiocuba@yahoo.com) es el coordinador del fórum y el activista principal para su publicación. ([Imagen](#))



Dr. Alejandro Hernández Seara
Director del Instituto Nacional de Angiología
y Cirugía Vascular (INACV).
La Habana. Cuba.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente COAV, femenina, 48 años, fumadora inveterada, hipertensa. Desde hace 2 años presenta dolor abdominal, unos 30 minutos después de las comidas, que se ha ido incrementado hasta el momento actual en que no le permite comer. La enferma rehúsa ingerir alimentos por la posibilidad de tener dolor. Tiene además diarreas crónicas y pérdida de peso que la ha llevado casi a la caquexia.

Se adjunta angiotomografía computarizada (AngioTC) ([Fig. 1](#)) ([Fig. 2](#)).



Fig. 1. Angiotomografía computarizada (AngioTC) de la aorta abdominal y sus ramas (foto del autor).



Fig. 2. Angiotomografía Computarizada (AngioTC) de la aorta abdominal y sus ramas (foto del autor).

El Dr. Alejandro pregunta por el posible diagnóstico y tratamiento.

Primeras opiniones 3 y 4 de mayo de 2016

Primera opinión y comentario

Dr. Albio Ferrá Betancourt

Especialista en Cirugía General

Hospital Hermanos Ameijeiras

La Habana

Jubilado, vive actualmente en Miami.

El cuadro que presenta la paciente se puede corresponder a los llamados Síndromes de Angina Abdominal o Angina Mesentérica o Angina Gastroduodenal, depende del segmento del tubo digestivo afectado.

Muy raro en el estómago ya que tiene una gran irrigación.

El cuadro se produce al ser necesario un mayor aporte sanguíneo a un segmento del tubo digestivo producto de la digestión.

Casi siempre la arteria más afectada es la mesentérica superior que es una arteria terminal, encargada de la irrigación del intestino delgado. Su oclusión total produce la trombosis mesentérica arterial.

En este caso la obstrucción es parcial y se hace evidente clínicamente al incrementarse la necesidad de oxígeno a nivel tisular.

En las imágenes que he recibido se ve una disminución de la luz de la Aorta a nivel de la segunda y tercera vértebras lumbares (L2-L3), que es donde nace la mesentérica.

Hay varias placas de ateromas. No puedo precisar dónde es la obstrucción, si es solo en el origen de la arteria o si se extiende y compromete algunas de sus ramas.

Esto es importante para el tratamiento, el cual depende de la magnitud y extensión del área con mala irrigación. Se puede tratar por medio de resecciones parciales del intestino afecto, de ser posible (lo más sencillo) o tratar de aumentar el flujo sanguíneo del área por medio de un "By Pass" o una Endoprótesis. Y por último se puede realizar de ser necesario, un trasplante de Intestino Delgado. Este proceder se realiza desde hace más de una década. En Miami hay un centro con mucha experiencia. Tengo un paciente mío cubano que se lo realizó en el 2004 y vive aquí en Miami y está con muy buena calidad de vida social y laboral.

Dr. Albio Ferrá Betancourt

Segunda opinión y comentario

Dra. Heydi Villares Ferrer

Especialista de Anestesiología

Hospital Provincial Saturnino Lora

Santiago de Cuba

Actualmente en Ecuador.

Profe, para mí es una isquemia mesentérica crónica.

Saludos, *Heydi*

Tercera opinión y comentario

Dr. Wilver Velázquez y colaboradoras

Especialista de Angiología y Cirugía Vascolar

Hospital General Docente Guillermo Domínguez López

Puerto Padre. Las Tunas, Cuba

Actualmente en Ecuador.

Buenas noches:

Si esta paciente está ingresada en el Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascolar (INACV), pienso que sea por una isquemia mesentérica crónica o una Enfermedad Arterial Periférica (EAP) de Miembros Inferiores (MI), con su cuadro neoplásico adjunto.

Comparto el caso como una lesión ósea difusa a nivel de la duodécima vértebra dorsal y la primera lumbar (D12 y L1), con presencia de un posible manguito para-vertebral que engloba e infiltra la aorta.

Sería prudente ver las imágenes axiales sin reconstrucción.

La paciente tiene diarreas crónicas: hay que descartar una tuberculosis ósea con toma intestinal, o un linfoma, leucemia, e incluso Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (sida). Hay que hacerle biopsia.

Saludos,

Dr. Wilver, Dra. Yeni, Dra. Nathacha

Cuarta opinión y comentario

Dr. Carlos del Risco

Especialista de Angiología y Cirugía Vascolar

Hospital Provincial "Manuel Ascunce Domenech"

Camagüey, Cuba.

Hola QQ:

Me impresiona como una estenosis de la arteria mesentérica superior, que requiere tratamiento intervencionista, probablemente revascularización endovascular.

Atendí el siglo pasado una paciente portadora de una arteritis tipo Buerger y a un individuo con una severa dislipidemia con un cuadro semejante. Si la paciente fue a ver a Alejandro, fue lo mejor que le pudo pasar.

Un abrazo, CdR

Quinta opinión y comentario

Dr. Rubén Moro Rodríguez.

Especialista de Angiología y Cirugía Vascular.

Cardiocentro de Villa Clara

Santa Clara, Cuba.

Buenos días, Yara. Que Dios te bendiga:

Evidentemente este caso es portadora de una isquemia intestinal crónica y debe estar dada por estenosis significativa de la mesentérica superior y además de la inferior.

Los estudios mostrados no evidencian muy claramente este hecho pero es de suponer que ambas estén estenóticas.

El tronco celíaco no está bien identificado y los vasos de circulación colateral enmascaran la visualización adecuada de los vasos principales. Hay algunos cambios ateromatosos en la aorta y creo serían necesarios ver otras imágenes para precisar el diagnóstico.

Actualmente hay mucha literatura al respecto, pero los mejores resultados se obtienen con los métodos endoprotésicos de angioplastia y colocación de stent.

Tenemos varios casos tratados y los resultados son excelentes.

Me comprometo a revisar el tema y mandártelo ¿ok?

Un abrazo, Moro

Sexta opinión y comentario

Dr. Rafael Delgado Daza

Servei de Cirurgia Vascular i Endovascular

.Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Terrassa, Barcelona

Buenos días Doctores:

La clínica que refiere la paciente es "de libro" y orienta hacia una isquemia mesentérica de larga evolución con su consiguiente estado de malnutrición. Necesitaría más imágenes para orientarme anatómicamente (visualización de arterias renales) y poder definir mejor los déficits que, a bien seguro, existirán.

La terapéutica será a definir según los segmentos y las arterias afectadas, pero con preferencia mediante técnica endovascular.

Un fuerte abrazo.

Dr. *Rafael Delgado Daza*

Segundas opiniones, 5 al 8 de mayo de 2016

Séptima opinión y comentario

Dr. *Marino Costa*

Especialista en Medicina Interna

Hospital Provincial Saturnino Lora

Santiago de Cuba.

Estimado colega Dr. Yara:

En este caso me llama la atención la larga evolución de la paciente (dos años). Si tengo en cuenta que es hipertensa de base y que hace un tratamiento regular, pudiera presuponer que puede tener ya una gastritis medicamentosa.

Ahora bien, se dice que tiene diarreas crónicas y pérdida de peso. No se especifica qué tipo de diarreas tiene, es decir, si son altas o bajas. Las primeras no van precedidas de cólicos, son abundantes en cantidad y poco frecuentes en el día. Las segundas van precedidas de cólicos, son escasas en cantidad, pero muy frecuentes en el día y pueden contener pus, mucus o sangre. Creo que este dato sería bueno indagarlo. Si la diarrea es crónica y de tipo alto, me inclinaría por una gastroduodenitis crónica con un síndrome de mala absorción sobreañadido.

Tampoco plantean si el dolor abdominal aparece o se exacerba con el decúbito, lo que haría pensar en una hernia hiatal. Por tanto, mis diagnósticos, sin otros exámenes complementarios, salvo la angioTC, serían:

1. Gastroduodenitis crónica con síndrome de mala absorción asociado (¿giardiasis?)
2. Hernia hiatal
3. Pancreatitis crónica

Saludos, *Marino*

Octava opinión y comentario

Dr. Carlos Rubén Ramos López

Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular

Guadalajara. Estado de Jalisco, México

Presidente del Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular.
A.C.

Buenas tardes:

Todos los datos e imágenes orientan a angina intestinal naturalmente.

Para fines de planeación de tratamiento, ¿podríamos contar con las imágenes multicorte?

Las reconstrucciones son útiles, con la complementación de las imágenes del resto del árbol arterial, sobre todo el lumen aórtico infrarrenal. A simple vista da la impresión de estar obstruida la arteria mesentérica superior, con desarrollo de circulación colateral vicariante y al parecer la arteria mesentérica inferior permeable.

Los ángulos de las imágenes no son suficientes para establecer las características del tronco celiaco. Ojalá y puedan proporcionar lo solicitado y saber si han hecho ultrasonido doppler, duplex abdominal, tomando en cuenta la delgadez de la paciente.

Libertas vos veritas.

Dr. Carlos Rubén Ramos López

Novena opinión y comentario

Dr. Pedro D. Beauballet Fernández

Especialista de Angiología y Cirugía Vascul

Hospital Carlos J. Finlay.

Ciudad de la Habana, Cuba

Yara: esta paciente es portadora de una isquemia mesentérica típica la cual hace años luz que no veía y aunque el tratamiento es quirúrgico entre comillas, hay que valorar muy bien la decisión.

Un abrazo fuerte, hermano.

Beauballet

Décima opinión y comentario

Dra. María Bustillo Santandreu

Hospital Clínico-Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro".

Santa Clara, Cuba

Yara, buenas noches, mis saludos:

El caso muy interesante y las imágenes también, no cabe duda de que se trata de una isquemia intestinal crónica. La aorta está ateromatosa e impresiona que toma ambas mesentéricas.

Conducta: lo mejor y más actual, angioplastia y colocación de stent.

Un abrazo, Mery

Oncena opinión y comentario

Dr. Alejandro Hernández Seara

Director del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascul ar (INACV)

La Habana, Cuba.

Saludos a todos y gracias por su participación en la discusión:

Coincido con la mayoría en que se trata de una Angina Abdominal clásica y que tanto las arterias Mesentérica Superior como el Tronco Celiaco están muy afectados, pero fundamentalmente la Mesentérica Superior que tiene una oclusión desde su origen y que restituye 4 a 5 centímetros más distalmente.

Por otra parte, existe severa enfermedad aterosclerótica de la Aorta Abdominal y ambas iliacas, definitivamente pensamos que es esta la causa del cuadro clínico de la paciente.

No entiendo muy bien porque alguno ha pensado en un proceso neoplásico y otro plantea un trasplante de intestino cuando lo que corresponde es la revascularización. Ahora, ¿¿¿la vía???

Es cierto que la *endovascular* es la ideal, sobre todo si no existiera tanta calcificación y la oclusión de la mesentérica superior fuera de menor longitud, resultaría bien complejo atravesar con una guía dicha oclusión , al menos con nuestra experiencia.

Queda la *endarterectomía* con limitaciones parecidas por la longitud de la oclusión y las derivaciones, técnica en la cual sí que tenemos experiencia.

Por lo que nos quedamos con una *derivación*. Las derivaciones de este tipo pueden hacerse *retrógradas* o *anterógradas*. Pueden incluir el tronco celiaco y la mesentérica superior a la vez, o solo uno de estos vasos, preferiblemente la mesentérica superior que es la dominante en este territorio.

La vía *anterógrada* es algo compleja pues hay que poner la anastomosis proximal en la aorta supra celiaca y pasar la rama a la mesentérica por detrás del páncreas.

La *retrógrada* es más fácil, pues escogemos en el sector aortoiliaco el segmento menos afectado como toma proximal y el injerto se sube a la arteria mesentérica superior más allá de la oclusión. ¿Qué creen??

Dr. *Alejandro*

Duodécima opinión y comentario

Dr. *Juan Enrique Yara Sánchez*

Fórum cubano de cirugía vascular

Pienso que llegados a este punto, se impone una compactación de las opiniones, para proponerla como párrafo resumen de todas las valiosas intervenciones de este muy interesante caso que nos plantea Alejandro.

El cuadro clínico que se esboza y las dos imágenes que disponemos es "de libro" como afirma muy acertadamente el estimado Dr. Daza, nuestro amigo y colega del ciberespacio, desde Barcelona y acuerdan la mayoría de los colegas que han participado.

Resulta generalizadora la opinión del Dr. Ferrá, colega desde los estudios de nuestra carrera conjunta en la Universidad de Oriente Cuba, desde Miami, que en pocas líneas hace un repaso del tema a partir de la certeza del diagnóstico de una Angina Abdominal y nos lleva hasta el eventual trasplante intestinal, que se realiza con seguridad en muchos lugares, como solución a diversas causas.

De la misma manera, Wilver, el joven colega de Puerto Padre en Las Tunas, actualmente trabajando en Ecuador, parte de cero y nos advierte de la posibilidad de otros diagnósticos, que seguramente han sido ya previstos, estudiados y eliminados, hasta llegar a la situación que de manera muy práctica y clara nos plantea Alejandro, como punto de partida para este análisis y discusión.

No menos importante resulta la intervención del Dr. Marino Costa, excelente clínico y amigo con quien hemos compartido juntos muchos años de quehacer conjunto en el Hospital Lora santiaguero, cuando puntualiza aspectos semiológicos trascendentales a tener en cuenta por todos, pero especialmente por los más jóvenes, al tiempo que nos recuerda posibilidades clínicas más frecuentes, que de seguro fueron incursionadas y descartadas con anterioridad.

Qué decir del telegrama certero y definitivo de Heydi, la más joven de los que han participado, valiosa anestesista y compañera de mil batallas ganadas por la vida en los salones, a quien hace "apenas unos años", junto a mi hija mayor llevé muchas veces a la escuela primaria cuando eran niñas que comenzaban la vida. O el compacto comentario del amigo de los años, el Dr. Beauballet que nos recuerda que no se trata de un caso muy frecuente. También nos acompañan en el diagnóstico y la opinión generalizada de la necesidad de otros cortes y reconstrucción de imágenes, del Risco desde el fuerte servicio de Camagüey, Cuba; Moro desde el contundente y siempre innovador servicio en Santa Clara, en el centro del "caimán cubano" que con sus colaboradores han incursionado exitosamente en la revascularización visceral por endoprótesis. Así como la querida y recordada Mery Bustillo, también de Santa Clara Cuba, siempre tan concreta y certera.

De la misma manera, Carlos Rubén, colega de frecuentes encuentros científicos en La Habana, quien desde Guadalajara insiste en la necesidad de más imágenes definitivas y de Doppler Duplex abdominal.

La inteligencia colectiva nos ha llevado a incursionar por la semiología, el diagnóstico diferencial, los novedosos métodos diagnósticos y las posibilidades terapéuticas más convenientes, sin que se haya expresado explícitamente, aunque todos estemos de absoluto acuerdo de controlar muy seria y concienzudamente los factores de riesgo en esta enferma que ha puesto en Alejandro y su colectivo, y ellos en nosotros, su confianza, lo que agradecemos profundamente.

Espero aún, por algunas últimas opiniones, antes de cerrar este muy interesante caso.

Dr. Juan Enrique Yara Sánchez

Opiniones finales. 9 al 11 de mayo de 2016

Décimo tercera opinión y comentario

Dr. Alejandro Hernández Seara

Director del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascul ar (INACV)

La Habana, Cuba.

Estoy de acuerdo y agradecido por todos los comentarios vertidos en este interesante caso, aunque tengo algunas discrepancias en cuanto a lo que desean obtener de las imágenes, donde pueden observarse perfectamente las lesiones del Tronco Celíaco y la Mesentérica superior, razones suficientes para explicar el cuadro de Angina Abdominal. Tampoco coincido en que para evaluar estas arterias se precise una vista Antero Posterior (AP), es todo lo contrario, la única manera de poder observar las lesiones ostiales de las arterias viscerales es con la vista lateral u oblicua. No por gusto hemos puesto solo este tipo de vistas. Las demás no se han enviado por problemas de espacio y porque según nuestro juicio no aportan datos diferentes al diagnóstico.

Dr. Alejandro

Décimo cuarta opinión y comentario

Prof. Josep Marinello Roura

Angiología y Cirugía Vascul ar. Consultor Emérito Honorífico

Hospital de Mataró. Barcelona, España.

Disculpas amigo Juan Enrique por responder tardíamente. He estado unos días de Congreso.

La clínica es -en mi criterio-inequívoca de isquemia intestinal ilio-duodenal con angor post-prandial, de libro de texto.

Las imágenes de la AngioTC muestran una obliteración clara de la *arteria mesentérica superior*. No observo arcada de Riolo y posiblemente por ello no está compensada por la *arteria mesentérica inferior*.

Dado el tipo y ubicación de lesión, no estimo que por primera intención sea para dilatación + stent, sino para un by-pass aorto-2 porción a *arteria mesentérica superior*.

Saludos cordiales y muchas gracias,

Josep Marinello

Décimo quinta opinión y comentario

Dra. Krystel Pérez Prada

Dr. Raiko Pérez Hernández

Especialistas en Angiología y Cirugía Vascular

Hospital Antonio Luaces Iraola

Ciego de Ávila, Cuba.

Buenas tardes profesor Yara y compañeros del Fórum:

Como corresponde a los "novatos" es sabio conocer los comentarios de los más experimentados antes de emitir una opinión. Desde un principio creemos que todos coincidimos en que se trata de una isquemia mesentérica crónica.

Particularmente nos llama la atención que como ya se comentó, la arteria mesentérica superior tiene una oclusión algo larga de difícil acceso por vía endovascular y que además impresiona una estenosis de la mesentérica inferior en su origen. Propondríamos entonces un proceder híbrido:

1. Mejorar tracto de entrada de arteria mesentérica inferior mediante la colocación de stent o angioplastia con balón garantizando así la perfusión visceral dependiente de la mesentérica superior mediante la arcada de Riolo como vía anastomótica principal que por la clínica

de la paciente no es suficiente en este momento.

2. Cirugía derivativa de la mesentérica superior preferiblemente por vía retrógrada como explicaba el profesor Alejandro, dada una menor complejidad del proceder.

Quedaría a la mano la revascularización anterógrada contando con la experiencia de los especialistas del INACV si el sector aortoiliaco no permite la retrógrada y valorar la posibilidad de utilizar la arteria esplénica como vaso donante, posterior a esplenectomía y movilización de la misma.

Saludos desde Ciego de Ávila

Dra. Krystel Pérez Prada

Dr. Raiko Pérez Hernández

Décimo sexta opinión y comentario

Dr. Juan Enrique Yara Sánchez

Fórum cubano de cirugía vascular

Muchas gracias a esta joven pareja de especialistas que nos escriben desde mi ciudad natal en Cuba, a la que considero y quiero como "mi patria chica", donde aún viven mi hermano y algunos otros familiares.

Con cierre avileño terminamos la discusión y esperamos que en los próximos días Alejandro y el colectivo del INACV nos precisen el proceder realizado y el estado posintervencionista de la paciente.

Dr. Yara.

Solución del caso 20 de mayo de 2016

Dr. Alejandro Hernández Seara

Director del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular (INACV).

La Habana, Cuba.

En discusión colectiva se decide realizar derivación retrógrada a Mesentérica superior (Fig. 3), pues el tronco celiaco a pesar de estar afectado estaba con permeabilidad, la severa calcificación de la aorta haría compleja una anastomosis en la porción supracelíaca.

En la exploración quirúrgica la arteria Iliaca Común Izquierda es la que menos daño tiene y se realiza derivación retrógrada desde ella a la Mesentérica Superior.

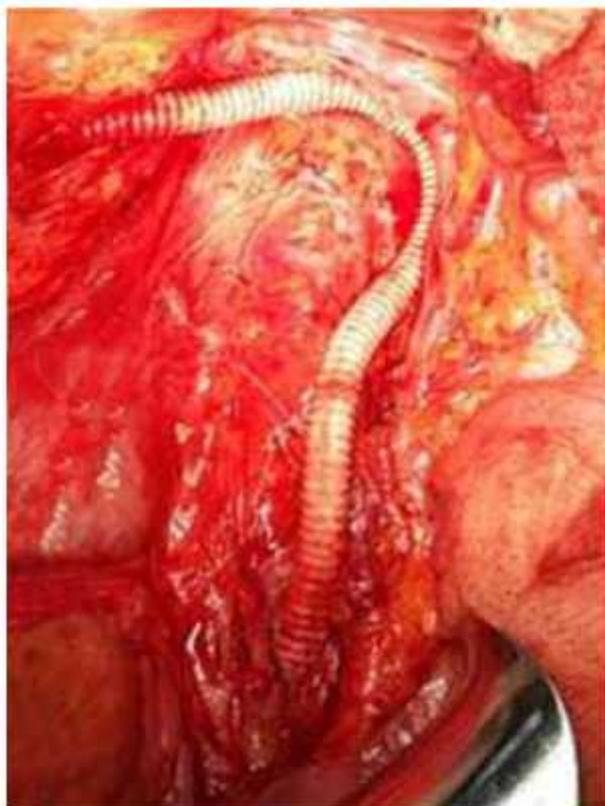


Fig. 3. Derivación Protésica retrógrada de Arteria Iliaca Común Izquierda a Mesentérica Superior (foto del autor).

Tal como se describe en la técnica, la prótesis se coloca en forma de asa para evitar su acodadura una vez situadas las vísceras en su posición. La paciente se ha recuperado completamente y ya no tiene dolor pospandrial.

Gracias a todos por su participación en el caso.

Dr. *Alejandro*

Recibido: 20 de mayo de 2016.

Aceptado: 4 de junio de 2016.

Alejandro Hernández Seara. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular.
Calzada del Cerro 1551 esq. a Domínguez, Cerro. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: alexhz@infomed.sld.cu