

Un caso de mesenteritis retráctil

por el doctor

José M.^a Soldevilla

Profesor del Instituto Rubio, de Madrid

La mesenteritis retráctil es una enfermedad de diagnóstico difícil, por su poca frecuencia y el cuadro clínico tan confuso que presenta. Muchas veces la enfermedad se diagnostica en la mesa de operaciones, cuando existe ya una oclusión intestinal consecutiva.

Como decimos, es enfermedad tan poco frecuente, que nosotros sepamos, se habrán publicado y presentado en Sociedades unos 8 casos.

La etiología de esta enfermedad es variada. El mesenterio está supeditado a los diversos agentes que pueden influir en el intestino que cubre.

Anatómicamente el mesenterio es un repliegue peritoneal, compuesto de dos hojas que cubren la cara superior e inferior del intestino delgado, las que se juntan al nivel de su parte posterior para insertarse en la parte posterior de la cavidad abdominal, siguiendo una línea oblicua de arriba abajo y de izquierda a derecha, desde el lado izquierdo de la 2.^a vértebra lumbar al lado izquierdo del ciego. El mesenterio mantiene en su lugar al intestino delgado.

Entre las dos hojas se encuentran los vasos y los ganglios linfáticos y fibras musculares lisas que le permiten contraerse. La arteria mesentérica, la fleo-cecal y la llamada terminal fleo-anastomótica, imitan un espacio poco vascular llamado área avascular de Treves, propio para la esclerosis y aun la necrosis.

Las diferentes observaciones clínicas publicadas aclaran muy poco su patogenia; siempre se presentan las mismas teorías pa-

ra explicarse este proceso, así es que nosotros no haremos más que enumerarlas:

La tuberculosis ha sido achacada como factor etiológico más común. Otros autores lo niegan, porque en las lesiones histológicas no se encuentran elementos celulares característicos de lesiones tuberculosas. Otros dicen que las formas fibroadhesivas de la peritonitis tuberculosa, nunca producen oclusión intestinal completa.

La sífilis también es la causante de esta enfermedad para algunos autores. También ha podido descartarse esta etiología, por no poderse demostrar histológicamente las lesiones propias de esta enfermedad, ni las reacciones serológicas lo han confirmado. Además, el tratamiento sífilítico no ha influido en su marcha.

La causa más generalmente confirmada son los procesos infecciosos, de variada naturaleza, que actuarían sobre la mucosa intestinal produciendo úlceras, que por vía linfática se propagan a las hojas del mesenterio, originando con el tiempo tejidos fibrosos que lo retraen, acortando paulatinamente su longitud.

La mesenteritis puede ser de origen congénito; en estos casos bien pronto tiene que dar síntomas su presencia. Cuando la enfermedad se desarrolla en la edad adulta, el origen no puede ser congénito.

La causa más frecuente de la mesenteritis retráctil es la hernia. La inflamación del saco herniario produce una reacción en el mesenterio, primero localizada a las asas intestinales vecinas a las que contenga la hernia, pero puede, como en nuestro caso,

esta irritación propogarse a otras más alejadas.

Las lesiones que suelen encontrarse son: la retracción y la esclerosis. No suelen faltar, como en nuestra observación, cicatrices estrelladas, dato que confirma la infección anterior. No suele encontrarse líquido ascítico.

Como hemos dicho antes, el diagnóstico de esta enfermedad suele ser un descubrimiento operatorio, porque su sintomatología es muy vaga. La retracción mesentérica llega a producir alteraciones del curso intestinal, derivándose de ello una serie de síntomas de difícil interpretación por lo insidiosos.

Siendo el origen de estas mesenteritis la producción de úlceras en el intestino, debidas a gérmenes del medio intestinal, nos encontraremos, con un primer período, de duración larga, que se conoce por los antecedentes del enfermo y que viene produciéndose desde mucho antes de que el enfermo llegue al médico.

El enfermo se queja de dolores post-prandiales, seguidos de evacuaciones diarreicas. Estos dolores no se localizan en la zona epigástrica, sino alrededor del ombligo. El dolor no es de cólico, ni en las materias fecales se verán mucosidades; en cambio, hay sangre.

El dolor es agudo, persistente, sin calmas, acompañado de hiperclorhidria, y sensación de ardor gástrico.

Estos síntomas hacen sospechar una úlcera de estómago o de intestino, aunque los rayos X no confirman su existencia.

Este período pasa, el enfermo ha perdido de peso, pero sin haberse alterado más su estado general.

Como la úlcera o úlceras del intestino van cicatrizando, estrechan la luz del intestino, que acentúa aun más la retracción del mesenterio. Esto da lugar a nuevos síntomas,

que son, para el médico, de difícil interpretación.

El enfermo nota poco tiempo después de comer, movimientos profundos por debajo del epigastrio, debidos a la lucha del intestino para vencer la estrechez. Duran varias horas, hasta que el contenido ha franqueado dicho obstáculo.

El retardo del tránsito intestinal aumenta los trastornos reflejos gástricos, haciendo más confusa la sintomatología.

El estado general se altera, el enfermo no puede dormir, su estado nervioso se exalta cada vez más, llegando a un verdadero estado neuropático. El peso disminuye, el color del enfermo se hace terroso. La evacuación deja de hacerse diariamente.

Este segundo período de síntomas es muy variable en cuanto a su duración, hasta que se presenta el cuadro agudo de oclusión intestinal, que requiere una intervención quirúrgica de urgencia, o que termina con el enfermo, si se llega tarde para la intervención.

Esta sintomatología que acabamos de describir, se comprende que es fácil explicársela después de confirmado el diagnóstico en el acto operatorio; pero antes, sólo con el cuadro clínico que hemos descrito, sin otro medio auxiliar de diagnóstico más convincente (rayos X o laboratorio), es imposible llegar a pensar en esta enfermedad.

Por esto, nosotros creemos que es una enfermedad de diagnóstico operatorio, como nos ocurrió en el caso clínico que a continuación vamos a detallar:

Observación clínica

A. H., de 62 años, obrero, casado, habitante en Madrid.

Hernia inguinal voluminosa, escrotal, de 20 años de fecha. Este enfermo estuvo hospitalizado para operarse de urgencia, hace dos años, con síntomas de oclusión aguda. Como padecía una bronquitis crónica, en aquellos días agudizada,

nos abstuvimos de operarle hasta que el proceso de pecho mejorase, puesto que sus síntomas de oclusión habían mejorado. Llegó a desaparecer su bronquitis aguda y ceder completamente los síntomas de oclusión. El enfermo, entonces, no quiso someterse a la operación y abandonó el Sanatorio.

El paciente reanudó su vida normal y a los dos años volvemos a verlo con otro cuadro de oclusión aguda de intestino delgado. Entonces conseguimos recoger de la familia algunos datos de interés: en este espacio de tiempo el enfermo ha tenido diarreas de repetición y algunas crisis agudas, pasajeras, de dolor agudísimo en el hipogastrio, retención de materias fecales y de gases y vómitos biliosos, abundantes, de mal olor, etc. Gran astricción de vientre; los días que no ha evacuado materias fecales se encuentra muy molesto. El apetito lo conserva, pero tiene miedo a comer mucho por las molestias que después se le presentan.

El estado general del enfermo es de una gran desnutrición, de color amarilló terroso.

Su aparato respiratorio está mejor que la otra vez, y sobre todo, como la oclusión no se resuelve, nos decidimos a operarle.

Operación. — Anestesia etérea. Incisión clásica de operación de hernia inguinal. Abierto el saco sale el líquido corriente en toda estrangulación herniaria. Nos encontramos con un asa intestinal dilatada, de color rojo vinoso, con superficie serosa esfacelada. Incindimos el anillo herniario. Al pretender extraer al exterior el asa intestinal, notamos que alguna adherencia la sujeta al interior del abdomen, y no conformándonos con introducir en esas condiciones el intestino, prolongamos la incisión abdominal, hacia arriba, y hacemos laparotomía.

¡Cuál no sería nuestra sorpresa al observar que la causa de la estrangulación procedía de más arriba! Tres asas de intestino delgado formaban un conjunto apelonado, adheridas unas a otras, por anteriores procesos inflamatorios de su serosa, el mesenterio de las mismas está muy

retraído hacia su punto de inserción, que imposibilita la buena exteriorización de dichas asas.

Estas asas están estrechadas y el intestino aferente a ellas muy dilatado, hasta tomar casi el tamaño del colon. En el mesenterio no se tocan ganglios, ni cordones indurados, de venas o arterias. Se ven algunas cicatrices estrelladas, planas, nacaradas. En el interior de la cavidad abdominal no hay ascitis.

¿Qué hacer en estas condiciones? La estrangulación es evidente que procedía de más arriba, y con dejar todo como estaba no resolvíamos el cuadro de oclusión. Resecamos el asa del contenido herniario, que estaba por debajo de la estrechez intestinal, y por encima de ésta hacemos una entero-anastomosis látero-lateral. Además, procuramos despegar algunas otras asas retraídas que estaban a punto de provocar otra estrechez a la larga. Suturando las partes dislaceradas de serosa visceral, que en estas maniobras se desgarraron. Y cerramos la pared abdominal, haciendo a la vez la cura radical de su hernia. El enfermo falleció a las 6 horas. No se hizo autopsia, aunque fué casi hecha en vivo.

El caso nos parece muy interesante por lo raro y lo que ilustra en la experiencia clínica del médico.

RESUM

L'autor descriu un cas de mesenteritis retràctil observat per ell, i fa atinades consideracions sobre aquesta rara malaltia.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un cas de mesenterite rétractile qu'il a vu. Il fait des observations très justes sur cette maladie peu fréquente.

SUMMARY

The author describes a case of retractile mesenteritis and gives many interesting details about this very rare disease.