

Isquemia mesentérica como presentación de síndrome antifosfolípidos primario en paciente masculino

Mesenteric ischemia as a presentation of primary antiphospholipid syndrome in male patient

Erick Zúñiga-Garza,* Francisco Franco-López‡

Palabras clave:

isquemia mesentérica, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, abdomen agudo.

Keywords:

mesenteric ischemia, antiphospholipid antibody syndrome, acute abdomen.

RESUMEN

El síndrome antifosfolípidos es una enfermedad autoinmune caracterizada por formación tromboembólica y/o morbilidad materna, asociada a incremento persistente en los títulos de anticuerpos antifosfolípidos, la afectación en pacientes masculinos es rara, y el inicio con manifestaciones gastrointestinales es algo poco común, por dicha razón presentamos el caso clínico de paciente masculino de 19 años sin antecedentes de importancia, quien inicia con un síndrome antifosfolípidos a través de una isquemia mesentérica.

ABSTRACT

Antiphospholipid syndrome is an autoimmune disease characterized by thromboembolic formation and / or maternal morbidity, associated with a persistent increase in antiphospholipid antibody titles, the presentation in a male patient is rare, and the onset with gastrointestinal manifestations is uncommon, for this reason, we present the clinical case of a 19-year-old male patient with no significant history who made the debut of an antiphospholipid syndrome through mesenteric ischemia.

INTRODUCCIÓN

El síndrome antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad multisistémica caracterizada por formación de trombos y émbolos asociados morbilidad materna e incremento persistente en los títulos de anticuerpos antifosfolípidos;¹ 1% de los casos se presenta como un SAF catastrófico, en el cual ocurren múltiples eventos oclusivos vasculares que afectan la perfusión de varios órganos.² Un pequeño porcentaje de pacientes presenta afectación gastrointestinal.³

PRESENTACIÓN DE CASO

Masculino de 19 años sin antecedentes de importancia que acude al servicio de urgen-

cias por dolor abdominal de dos semanas de evolución intermitente localizado en epigastrio con irradiación hacia mesogastrio, lo describe como opresivo, sólo refiere cambio en los hábitos intestinales, previamente tratado con inhibidor de bomba de protones y butilhioscina/lisina sin mejoría. Acude dos veces más a servicio de urgencias con misma sintomatología, cada visita tratada de manera conservadora, en su cuarta visita presenta exacerbación del dolor, y se acompaña de vómito. A la exploración física se encuentra con mucosas deshidratadas y palidez generalizada, taquicardia (100 lpm), abdomen con dolor a la palpación en epigastrio, con datos de irritación peritoneal. Se ingresa para continuar protocolo diagnóstico con los siguientes paraclínicos:

* Residente de cirugía general.
‡ Médico adjunto al Servicio de Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

Recibido: 30/03/2021
Aceptado: 23/12/2022



Citar como: Zúñiga-Garza E, Franco-López F. Isquemia mesentérica como presentación de síndrome antifosfolípidos primario en paciente masculino. Cir Gen. 2022; 44 (2): 93-96. <https://dx.doi.org/10.35366/109719>

Urea 40.3 mg/dl, creatinina 1.99 mg/dl, sodio 139 mEq/l, potasio 3.6 mEq/l, cloro 104 mEq/l, leucocitos $15.07 \times 10^3/l$, neutrófilos 65%, hemoglobina 15.7 g/dl, hematocrito 47%, plaquetas $370,000 \times 10^3/l$, tiempo de protrombina 15.1 segundos, tiempo de tromboplastina 25.2 segundos, INR 1.2.

Ultrasonido abdominal: líquido libre subhepático, periesplénico y en recesos paravesicales (*Figura 1*).

Por dichos hallazgos se realiza laparotomía exploratoria donde se reporta abundante líquido de respuesta inflamatoria (900 ml), asas de intestino delgado (120 cm), con trombosis de vasos mesentéricos, se efectúa resección de segmento isquémico se confecciona ileostomía tipo Brooke a 150 cm del ángulo de Treitz y cierre en Hartmann de muñón distal (*Figura 2*). Se decide colocación de Bolsa de Bogotá para realizar laparotomía *second look*.

Posterior a esto, pasa a piso de cirugía general donde presenta un gasto adecuado de estoma y de bolsa de Bogotá, se solicita valoración por servicio de medicina interna, hematología y reumatología, quienes sugieren la toma de anticuerpos anticardiolipina, anticuerpos anti-Beta-2-glicoproteína, anticuerpos antinucleares, niveles de homocisteína. Se inicia tratamiento con enoxaparina, posteriormente con acenocumarina.

Se reinterviene a las 48 horas (*second look*) donde se retira bolsa de Bogotá, se observan escasos vasos trombosados en epiplón, sin isquemia del mismo, asas de intestino delgado dilatadas, edematizadas, sin peristalsis, mesen-

terio aun engrosado, acartonado, con múltiples ganglios inflamados. Segmento distal (estoma), sin datos de isquemia. Muñón de íleon terminal sin fugas (*Figura 3*). Se afronta pared abdominal con surgete continuo con polidioxanona del 1 en dos tiempos y se dan puntos de Blanco Benavides con poliéster trenzado 5.

Posterior a esto, continúa su evolución en piso de cirugía general donde se recaban resultados de laboratorios sugeridos (Ac anticardiolipina IgG 59, IgM 50.2) llegando al diagnóstico de síndrome antifosfolípidos primario. Se egresa con una ileostomía funcional. Se continuó seguimiento por consulta externa de cirugía general y reumatología, de manera electiva se realiza reconexión intestinal de manera exitosa a los seis meses (*Figura 4*).

DISCUSIÓN

Entre 1983-1986 se identificó un síndrome clínico consistente en trombosis asociada a anticuerpos contra fosfolípidos, en un principio se llamó síndrome anticardiolipina y actualmente se llama síndrome antifosfolípidos.³ Es una enfermedad multisistémica caracterizada por formación tromboembólica y/o morbilidad materna, asociada a incremento persistente en los títulos de anticuerpos antifosfolípidos.¹ En 2019 se reportó una incidencia del SAF síndrome antifosfolípido de dos casos/100,000 habitantes, con una prevalencia de 50 casos/100,000 habitantes;⁴ sin embargo, en la búsqueda de la literatura nacional no se encontraron datos al respecto.

El diagnóstico del SAF se realiza a través de criterios clínicos y de laboratorio (criterios

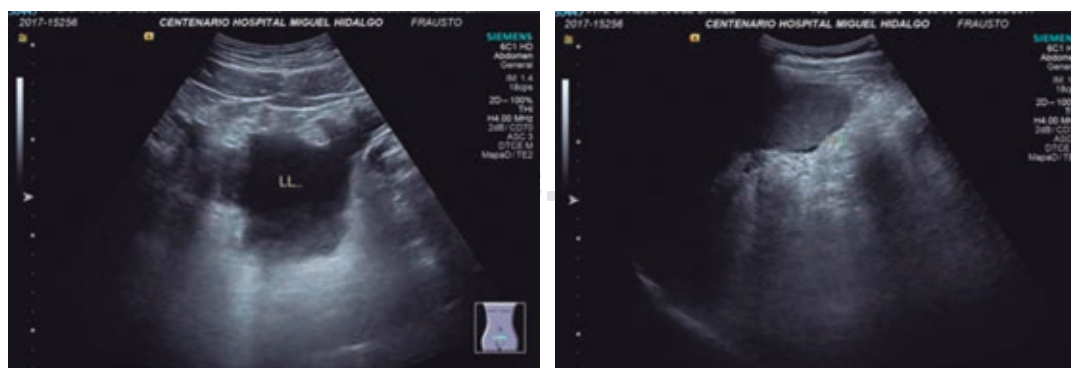


Figura 1: Ultrasonido evidenciado líquido libre.

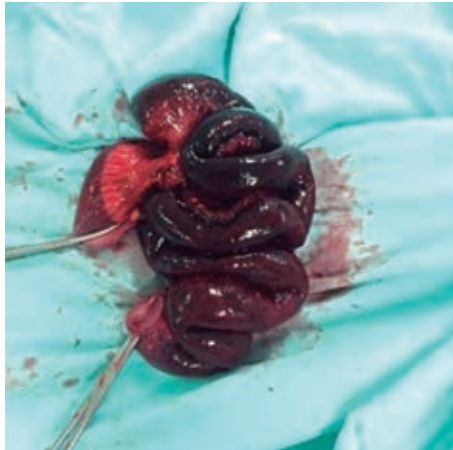


Figura 2: Pieza macroscópica de evento quirúrgico se aprecia intestino delgado necrótico, histopatología reporta un segmento de intestino delgado de 112 cm, con dimensiones transversas de 3 × 3 cm. Microscópicamente se aprecia trombosis reciente arterial multifocal, necrosis isquémica panmural extensa.



Figura 3: Cirugía (second look) donde se observan escasos vasos trombosados en epiplón, sin isquemia del mismo, asas de intestino delgado dilatadas, edematizadas.

de Sapporo),⁵ éstos fueron actualizados en 2006⁶ y en los criterios clínicos se incluye un episodio de trombosis vascular y/o morbilidad en el embarazo, mientras que los criterios de laboratorio incluyen títulos elevados del anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina y/o anticuerpos anti- β_2 glicoproteína.⁶

La afectación intestinal por un SAF es algo raro, y por lo general se asocia a un mal resultado.⁷ La afectación intestinal se puede

manifestar como una isquemia mesentérica, la cual se caracteriza por hipoxia del intestino debido al descenso brusco de la perfusión sanguínea causada por una embolia, o por una trombosis.⁸

La presentación clínica es inespecífica, los síntomas y/o hallazgos que pueden sugerir una trombosis mesentérica son: dolor abdominal, diarrea, vómitos, sangre en heces, hiperlactatemia, leucocitosis y acidosis metabólica.⁸

No existe un tratamiento estandarizado para el tratamiento del SAF catastrófico, pero la anticoagulación es la base, y en algunos casos la cirugía es necesaria.^{7,9} El pronóstico por lo general es malo debido a la baja sospecha clínica.^{1,6-9}

CONCLUSIÓN

El inicio de un síndrome antifosfolípidos como una isquemia mesentérica es una patología en extremo rara; ante un paciente previamente sano siempre debe sospecharse de esta enfermedad en el abanico de diagnósticos diferenciales. El reconocimiento precoz y el tratamiento multidisciplinario pueden cambiar el desenlace de estos pacientes.



Figura 4: Situación actual del paciente, se aprecia herida cicatrizada.

REFERENCIAS

1. Wang QY, Ye XH, Ding J, Wu XK. Segmental small bowel necrosis associated with antiphospholipid syndrome: a case report. *World J Gastroenterol.* 2015; 21: 4096-4100.
2. Cervera R, Piette JC, Font J, Khamashta MA, Shoenfeld Y, Camps MT, et al. Antiphospholipid syndrome: clinical and immunologic manifestations and patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. *Arthritis Rheum.* 2002; 46: 1019-1027.
3. Hughes GR. The antiphospholipid syndrome: ten years on. *Lancet.* 1993; 342: 341-344.
4. Duarte-García A, Pham MM, Crowson CS, Amin S, Moder KG, Pruthi RK, Warrington KJ, Matteson EL. The epidemiology of antiphospholipid syndrome: a population-based study. *Arthritis Rheumatol.* 2019; 71: 1545-1552.
5. Wilson WA, Gharavi AE, Koike T, Lockshin MD, Branch DW, Piette JC, et al. International consensus statement on preliminary classification criteria for definite antiphospholipid syndrome: report of an international workshop. *Arthritis Rheum.* 1999; 42: 1309-1311.
6. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost.* 2006; 4: 295-306.
7. Cervera R, Espinosa G, Cordero A, Oltra MR, Unzueta A, Rossiñol T, et al. Intestinal involvement secondary to the antiphospholipid syndrome (APS): clinical and immunologic characteristics of 97 patients: comparison of classic and catastrophic APS. *Semin Arthritis Rheum.* 2007; 36: 287-296.
8. Del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Puerta CV. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. *Angiología.* 2015; 67: 133-139.
9. Ortel TL, Erkan D, Kitchens CS. How I treat catastrophic thrombotic syndromes. *Blood.* 2015; 126: 1285-1293.

Consideraciones y responsabilidad ética: los autores declaran que siguieron los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, resguardando su derecho a la privacidad mediante la confidencialidad de sus datos.

Financiamiento: no se recibió apoyo financiero para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo.

Correspondencia:**Erick Zúñiga-Garza****E-mail:** erickzunigagarza5@gmail.com