

Infarto ischemico idiopatico dello stomaco: case report



Ann. Ital. Chir., LXXV, 6, 2004

**T. Centorrino, G. Speciale*, G. Giacobbe,
E. De Jesi, M.T. Fonti, G. Navarra**

Università degli Studi di Messina
Dipartimento di Scienze Chirurgiche: Unità Operativa
Complessa di Metodologia Chirurgica
Policlinico Universitario "G. Martino", Messina
Direttore: prof. Giuseppe Navarra
*Unità Operativa Complessa di Anatomia ed Istologia
Patologica
Policlinico Universitario G. Martino, Messina

Introduzione

L'infarto ischemico dello stomaco è una patologia tanto rara quanto grave. L'irrorazione gastrica, infatti, costituita da una ricca circolazione anastomotica che fa capo al territorio dell'arteria celiaca e dell'arteria mesenterica superiore (Tab. I), delinea una condizione anatomovasculariale tale da considerare un deficit vascolare a carico di tale organo, un evento praticamente impossibile; purtuttavia, l'osservazione di un caso clinico recentemente capitato alla nostra osservazione, ci ha indotti ad approfondire l'aspetto etiopatogenetico e fisiopatologico ed a praticare una revisione della letteratura mondiale sull'argomento (PubMed-Medline).

Finalità del nostro lavoro è la comunicazione di un caso

Tab. I

Arteria celiaca

A. Gastrica sn	A. Splenica	A. Epatica Comune
Rami esofagei	A.A. Gastriche br.	A. Gastroduodenale
	A. Gastroepiploica sn	A. Retroduodenale
		A. Gastroepiploica dx
		A. Pancreatico-duodenale sup

Arteria mesenterica superiore

Abstract

IDIOPATHIC ISCHAEMIC INFARCTION OF THE STOMACH. CASE REPORT

Idiopathic ischaemic infarction of the stomach is an extremely rare condition since only 2 other cases have been published in the Literature so far. The Authors report a case of such entity on a 75 year old male patient, admitted from the accident and emergency department because of an upper digestive tract haemorrhage with clinical signs of hypovolemic shock. The patient subsequently underwent an upper gastro-intestinal endoscopy that suspected an ulcerated gastric neoplasm. The patient therefore underwent a total gastrectomy and was discharged home on p.o. day X.

The pathology report showed an Ischaemic infarction of gastric mucosal tissue with pomphoid Oedema of submucosal layer. Ulcerative superficial necrosis with venous haemorrhagic swarm and focal acute pseudomembranous inflammation. Not neoplastic features.

Etiopathogenetic, pathophysiologic hypotheses and clinical implication of Idiopathic ischaemic infarction of the stomach are discussed.

Key words: Ischaemic infarction, idiopathic, stomach.

clinico e l'enunciazione delle relative ipotesi etiologiche anche alla luce dei dati della letteratura (Tabella I).

Caso clinico

M.A., sesso Maschile, di 75 anni di età, giungeva alla nostra osservazione in urgenza, per una sintomatologia emorragica del tratto digerente superiore con ematemesi e melena, insorta alcune ore prima del ricovero. All'anamnesi non si rilevava nulla di rilevante tranne che un episodio di perforazione di ulcera duodenale trattato mediante ulcerocefalia circa 30 anni prima.

Il paziente veniva quindi sottoposto ad adeguato trattamento medico.

Nelle ore successive al ricovero si assisteva all'arresto dell'emorragia ed alla stabilizzazione delle condizioni generali; si decideva pertanto di sottoporre il paziente ad

Esofagogastroduodenoscopia, che evidenziava modesta gastrectasia per substenosi pilorica e presenza, a carico del corpo gastrico, di vastissima perdita di sostanza della mucosa con importante alterazione della mucosa circostante. La lesione appariva mammellonata, friabile e sanguinante al tocco e coinvolgeva la quasi totalità della superficie mucosa dello stomaco. L'indagine endoscopica veniva conclusa con diagnosi di sospetto di "Vasta neoformazione ulcerata dello stomaco" e completata con multiple prese bioetiche che davano il seguente riscontro: "Il campione in esame è costituito da tessuto necrotico misto a depositi fibrino-leucocitari ed ombre cellulari, la cui morfologia è indecifrabile".

Dopo opportuna preparazione preoperatoria, e data anche la ripresa dell'evento emorragico, si poneva indicazione al trattamento chirurgico e si sottoponeva il paziente a gastrectomia totale e ricanalizzazione esofago-digiunale Terminale-Laterale meccanica su ansa alla Roux (Fig. 1). Il decorso postoperatorio è stato regolare, con ripresa dell'alimentazione in 6° giornata e dimissione in 10°.

L'esame istologico del pezzo operatorio dava esito al seguente riscontro:

Descrizione istologica: A carico dell'area ulcerata e mammellonata si apprezzava necrosi superficiale della mucosa, edema ed infiltrazione emorragica sottomucosa con parziale trombizzazione venulare. Flogosi acuta perinfartuale. A carico delle rimanenti aree di mucosa gastrica si evidenziava:

- 1) Imbibizione edematosa della sottomucosa, mucosa conservata con displasia ghiandolare di grado lieve;
- 2) Edema d'alto grado della sottomucosa con necrosi parziale della mucosa;
- 3) Edema pomfoide sottomucoso con necrosi coagulativa della tonaca mucosa;
- 4) Imbibizione edematosa sottomucosa con stasi venulare e interstiziale della tonaca muscolare;
- 5) Necrosi parcellari ulcerative della mucosa con flogosi acuta sovrapposta.



Fig. 1: Immagine macroscopica del riscontro operatorio nella quale si evidenzia la vasta area di necrosi della mucosa gastrica.

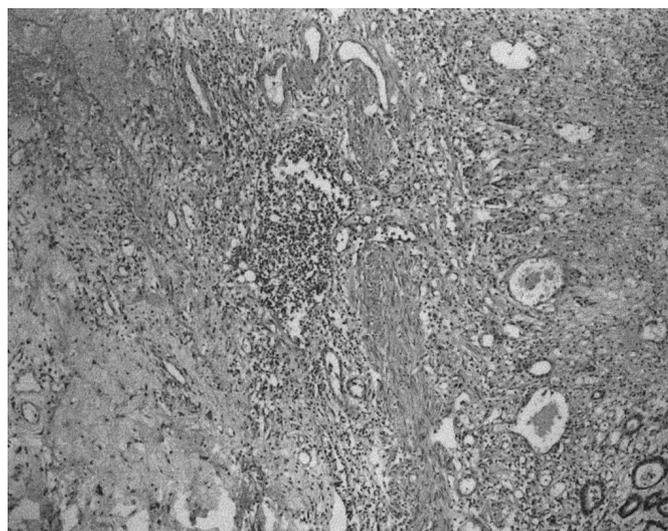


Fig. 2: La mucosa gastrica presenta ampie aree di erosione e tessuto di granulazione E&E x 100.

A carico dei linfonodi perigastrici isolati (13):
Linfadenite catarrale.

Conclusioni diagnostiche: Infarto ischemico della mucosa gastrica con edema pomfoide della sottomucosa. Necrosi ulcerativa superficiale con rigurgito venoso emorragico e flogosi focale acuta pseudomembranosa. Non immagini neoplastiche (Fig. 2).

Discussione

La disamina della letteratura sull'argomento ha evidenziato l'estrema rarità dell'ischemia gastrica in generale e dell'infarto ischemico idiopatico in particolare. I dati di letteratura inoltre, consentono di identificare una serie di diversi agenti etiologici in grado di indurre tale gravissima condizione clinica:

- 1) Shock settico (6);
- 2) Alte dosi di farmaci vasopressori in terapia intensive (6);
- 3) Disordini del microcircolo da etanolo, FANS, tabagismo (8);
- 4) Infarto splenico (1);
- 5) Infezione da Escherichia Coli in pte neutropenico (2);
- 6) Dilatazione acuta dello stomaco da ostruzione del piccolo intestino (5);
- 7) Miopatia mitocondriale (4);
- 8) Infarto ischemico idiopatico (3).

Pur essendo pochi i casi di infarto ischemico dello stomaco riportati in letteratura, salta immediatamente all'occhio la diversità del momento fisiopatologico scatenante che configura questa condizione clinica come complicità di altrettante situazioni patologiche che tuttavia ne giustificano l'insorgenza. Restano peraltro inspiegabili le cause prime che l'hanno determinata in soli due casi riportati da McKelvie nel 1994, oltre al nostro caso, oggetto della presente nota.

Se si pone mente locale alla ricchissima anastomotica rete vascolare arteriosa che irrorava lo stomaco, si deve immaginare una condizione patologica che comprometta contemporaneamente e completamente l'apporto vascolare all'organo.

Ciò però non appare verosimile se si pensa che l'ischemia si è manifestata solo a carico dello stomaco lasciando indenni gli altri organi la cui vascolarizzazione dipende dagli stessi vasi arteriosi che irrorano lo stomaco. Inoltre, il riscontro anatomico patologico di estesa e massiva necrosi della mucosa e l'importante riscontro edematoso della componente muscolare, potrebbe far pensare ad una condizione di stasi venosa per eventuale coinvolgimento tromboembolico dei collettori di drenaggio venoso dello stomaco (vv gastroepiploiche, gastrica sn, v. splenica, v. porta); Se una tale condizione fosse stata presente però, si sarebbe associato un importante corredo sintomatologico ed una notevole e profonda alterazione anatomica intraaddominale con importanti ectasie venose che il riscontro operatorio non ha evidenziato, come non ha evidenziato alterazioni anatomico-strutturali a carico dei vasi arteriosi esplorati, isolati, preparati e legati nel corso della gastrectomia totale (a. celiaca, a. gastrica sn, aa. gastriche brevi, aa. gastroepiploiche, a. gastroduodenale, aa. pancreatico-duodenali).

Dalle suddette considerazioni non si evince un preciso inquadramento fisiopatologico della patologia osservata che, in assenza di ogni collegamento con una preesistente o sopravvenuta condizione clinica predisponente e/o scatenante assimilabile a quelle sopraelencate devono fare inquadrate il caso in oggetto come "idiopatico" non attribuibile cioè ad alcuna causa nota od evidenziabile. Unico meccanismo ipotizzabile potrebbe essere ascrivibile ad un disordine isolato a carico del microcircolo della mucosa gastrica che, in accordo con Zhuikova e Saponina (2002), potrebbe essere indotto da varie patologie infiammatorie ed ulcerative a carico della mucosa gastrica per il tramite della attivazione del sistema nervoso simpatico. Tale meccanismo, però, di difficile dimostrazione diagnostica e riproducibilità sperimentale se confermato potrebbe aprire un capitolo aggiuntivo nel trattamento della patologia peptica gastroduodenale in tutte le sue espressioni, focalizzando anche la necessità di correzione del flusso ematico della mucosa gastrica in tutte le condizioni di patologia gastroduodenale acidocorrelata.

Riassunto

Gli Autori riferiscono su un caso clinico di "Infarto ischemico idiopatico dello stomaco", riscontrato su paziente 75 enne, giunto alla loro osservazione a causa di una emorragia del tratto digestivo superiore con segni clinici di shock ipovolemico ed ematemesi. Dopo opportu-

na terapia medica e rianimatoria seguita da progressiva stabilizzazione delle condizioni generali, si procedeva ad EGDS che poneva diagnosi di sospetto di "Vasta neoplasia ulcerata dello stomaco", per cui si procedeva a Gastrectomia totale seguita da decorso post-operatorio regolare e dimissione avvenuta in X giornata.

L'esame Istologico dava esito alla diagnosi di "Infarto ischemico della mucosa gastrica con edema Pomfoide della sottomucosa. Necrosi ulcerativa superficiale con rigurgito venoso emorragico e flogosi focale acuta pseudomembranosa. Non immagini neoplastiche".

Disaminata la letteratura sull'argomento e riscontrando solo altri 2 casi classificati come "idiopatici" analizzano le ipotesi etiopatogenetiche, fisiopatologiche e le relative implicazioni cliniche.

Parole chiave: Infarto ischemico; idiopatico; stomaco.

Bibliografia

- 1) Kanetaka K., Azuma T., Ito S., Yamaguchi S., Matsuo S., Kanematsu T.: *Gastric necrosis after an infarction of the spleen: report of a case.* Surg.Today, 2003, 33(11):867-869.
- 2) Martinez-Chamorro C., Martinez E., Gil-Fernandez J.J., Escudero A., Acevedo A., Fernandez-Ranada J.M.: *Acute necrotizing gastritis by escherichia coli in a severely neutropenic patient.* Haematologica, 2002, 87:(01):ELT01.
- 3) McKelvie P.A., McClure D.N., Fink R.L.: *Two cases of idiopathic acute gastric necrosis.* Pathology, 1994 oct, 26(4):435-8.
- 4) Muehlenberg K., Fiedler A., Shaumann I., Muller-Felber W., Wiedmann K.H.: *Intestinal pseudoobstructions and gastric necrosis in mitochondrial myopathy.* Dtsch Med Wochenschr, 2002 Mar, 22;127(12):611-5.
- 5) Powell J.L., Payne J., Meyer C.L., Moncla P.R.: *Gastric necrosis associated with acute gastric dilatation and small bowel obstruction.* Gynecologic Oncology, 2003 July, 200-3.
- 6) Thomas M.: *Gastric infarction associated with septic shock and high-dose vasopressor use.* Anaesth Intensive Care, 2003 Aug, 31(4):470-4.
- 7) Vilcea V., Nemes R., Georgescu I., Rotaru A., Surlin V., Martin L., Tanase T., Ghelase F.: *Exceptional etiologies in upper digestive tract bleeding.* Chirurgia (Bucur), 2001 Jan-Feb, 96(1):73-80.
- 8) Zhuikova S.E., Samonina G.E.: *Homeostasis of the gastric mucosa and blood circulation. 2. role of ischemia in disruption of the gastric mucosa.* Usp Fiziol Nauk, 2002 Jan-Mar, 33(1):77-87.

Autore corrispondente:

Egr. Dott. T. CENTORINO
Università degli Studi di Messina
Dipartimento di Scienze Chirurgiche:
Unità operativa complessa di Metodologia Chirurgica
Policlinico Universitario G. Martino
Via Consalere Valeria
98100 MESSINA

