

Presentación inusual de megacolon tóxico fulminante: reporte de caso

Dr. Miguel Ángel Delgado Vascones

delvas67@gmail.com

Responsable Servicio de Emergencias Caja Petrolera de Salud
La paz, Bolivia

Dr. Andrés Coloma Exeni

acolomaexeni@gmail.com

Jefe de residentes de Cirugía General, Médico residente de tercer año,
Caja Nacional de Salud
La paz, Bolivia

Dra. María Belén Bohórquez Luna Pizarro

bbolupi16@gmail.com

Médico residente de primer año Caja Petrolera de Salud
La paz, Bolivia

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología inusual en nuestro medio, posiblemente por factores étnico-raciales, abarca dos entidades muy conocidas, pero de etiología aún incierta, la enfermedad de Crohn y la Colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI). En este estudio informamos la presentación inusual de megacolon tóxico de un paciente de 65 años de edad, masculino, con antecedentes que haber sido sometido a biopsia pulmonar estableciéndose el diagnóstico de tuberculosis pulmonar posterior tratamiento específico adicionalmente diagnosticado de fractura vertebral T3-T4 con paraparesias (Mal de Pott), acude a emergencias en mal estado general, con cuadro de dolor abdominal, acompañados de deposiciones sanguinolentas de dos semanas de evolución. Datos de shock con probable origen abdominal, por lo que el paciente fue sometido a laparotomía exploratoria con hemicolectomía izquierda por lesión necrótica severa, posterior manejo multidisciplinario en UTI, paciente inestable en shock refractario, falla renal aguda sin posibilidad de realizar hemodiálisis, paciente evoluciona desfavorablemente. El diagnóstico es difícil de alcanzar en pacientes con alteración sensitiva, puesto que los hallazgos clínicos están fuera de proporción con el dolor que manifiesta el paciente, es aconsejable seguir los criterios de Jalan o Truelove-Witts, los laboratorios, imagenología para definir diagnóstico, la cirugía de extrema urgencia es

siempre mandatoria, los resultados están directamente relacionados al tiempo de evolución de la enfermedad y la toma de conducta quirúrgica.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal; CUCI; megacolon toxico

Unusual presentation of fulminant toxic megacolon: case report

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD) is an unusual pathology in our environment, possibly due to ethnic-racial factors, encompasses two well-known entities, but whose etiology is still uncertain, Crohn's disease and Chronic Idiopathic Ulcerative Colitis (IUC). In this study we report the unusual presentation of toxic megacolon in a 65-year-old male patient with clinical history of a lung biopsy with a diagnosis of pulmonary tuberculosis in specific treatment and was diagnosed with a T3-T4 vertebral fracture with paraparesis (Mal de Pott), went to the emergency room in poor general condition, with symptoms of abdominal pain, accompanied by bloody stools of two weeks of evolution. Data of shock with probable abdominal origin, for which the patient underwent exploratory laparotomy with left hemicolectomy due to severe necrotic lesion, subsequent multidisciplinary management in the ICU, unstable patient in refractory shock, acute renal failure without the possibility of performing hemodialysis, patient evolves unfavorably. Diagnosis is difficult to achieve in patients with sensory alteration, since the clinical findings are out of proportion to the pain manifested by the patient, it is advisable to follow the Jalan or Truelove-Witts criteria, laboratories, imaging to define diagnosis, extremely urgent surgery is always mandatory, the results are directly related to the time of evolution of the disease and surgical conduct.

Keywords: inflammatory bowel disease; UIC; toxic megacolon

Artículo recibido: 20 diciembre. 2021

Aceptado para publicación: 10 enero 2022

Correspondencia: acolomaexeni@gmail.com

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

INTRODUCCION

La colitis fulminante, aguda o tóxica son términos que se refieren a la complicación eventualmente sombría de la enfermedad inflamatoria intestinal o de las colitis infecciosas, esta evolución se presenta en aproximadamente 15% de los pacientes con colitis ulcerosa⁽¹⁾. La presentación de los síntomas es muy rápida con un cuadro de sepsis sistémica, acidosis y tras tornos hidroelectrolíticos, cuando adicionalmente encontramos dilatación significativa no obstructiva del colon, total o segmentaria, denominamos al cuadro, megacolon tóxico, condición que se presenta en un 1.3 al 13%⁽²⁾

Usualmente el megacolon tóxico se vincula con CUCI o con la colitis del Crohn, pero también puede ser complicación eventual de las colitis infecciosas por salmonella, shigella, yersinia, campylobacter y E. coli; y sobre todo de la pseudomembranosa debida a infección por clostridium difficile (Organizacion Panamericana De La Salud)

El Citomegalovirus (CMV) es un agente oportunista encontrado con frecuencia en pacientes HIV positivos y también en embarazadas y es causa de megacolon tóxico sobre todo en el curso de una infección diseminada⁽⁵⁾.

La rectocolitis ulcerosa inespecífica es una enfermedad inflamatoria que se inicia en la mucosa rectal y compromete el resto del colon en forma continua, ascendente y simétrica^(3,4). Las formas clínicas desde el punto de vista evolutivo son: crónica recurrente (64%), crónica continua (31%) y fulminante agudo (15%); esta última puede aparecer como forma de debut o evolucionar a partir de una crónica continua o recurrente⁽⁵⁾. En ocasiones su giro es impredecible, cambiando de una forma leve largamente tolerada por el paciente, a una forma aguda total y grave en un corto intervalo de tiempo.

La medicación puede servir para modificar la intensidad de la agudización, objetivo no siempre conseguido, por lo cual la enfermedad sigue su evolución natural dando origen a importantes complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente, pasando de manos de los clínicos gastroenterólogos a las del cirujano cuando no responde al tratamiento establecido⁽⁶⁾ Además de una cirugía programada y electiva en las formas crónicas, se deberá actuar de urgencia en caso de complicaciones agudas tales como: perforación, hemorragia, obstrucción, colitis tóxica y megacolon tóxico.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 68 años de edad, masculino, casado, procedente y residente de la ciudad del El Alto. Acude al hospital de la Caja Petrolera de Obrajés, presentando cuadro clínico de

48 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de aparición progresiva, de localización generalizada. Se asocia distensión abdominal generalizada, aumento de la frecuencia de deposiciones de características sanguinolentas, e incapacidad de control de esfínter anal.

Paciente con antecedente de ser internado 70 días atrás, diagnosticado de paraparesia motora sensitiva secundaria a trauma de columna vertebral y compresión radicular a nivel T3 y T4, al realizar TAC de columna vertebral se evidencia como hallazgo tumoración en vértice pulmonar derecho. El servicio de cirugía de tórax realiza biopsia correspondiente, resultado de anatomía patológica es compatible con tuberculosis pulmonar; por ese motivo se inicia tratamiento antituberculoso con seguimiento por epidemiología para el tratamiento antituberculoso y fisioterapia de rehabilitación.

Al examen físico paciente en mal estado general alteración de consciencia, signos vitales: Frecuencia cardíaca: 135 lpm, Presión arterial: 71/35mmHg, frecuencia respiratoria 24 rpm y temperatura corporal de 36.2, piel y mucosas deshidratadas y pálidas, cardiopulmonar inestable, abdomen asimétrico distendido en hemiabdomen derecho, blando depresible, RHA ausentes, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal aparentes; se realiza de manera oportuna el protocolo médico para compensar el estado hemodinámico. La ecografía reporta abundante líquido libre en cavidad abdomino pélvica, presencia de estructura heterogénea en corredera parietocólica izquierda, engrosamiento omental e íleo paralítico, en rayos x se evidencia asas abdominales distendidas no datos de neumoperitoneo y tomografía computarizada de abdomen y pelvis reporta pancolitis y líquido perihepático. Acude a la interconsulta, gastroenterología quien realiza instalación de sonda nasogástrica y paracentesis evacuatoria con presencia de líquido turbio de características exudativas.



Fig 1: Rx de abdomen de pie,
Fuente propia



Fig 2: Rx de abdomen simple de pie. Caja
Petrolera de Salud. Fuente propia



Fig 3: Tomografía simple de tórax. Caja Petrolera de salud, Fuente propia

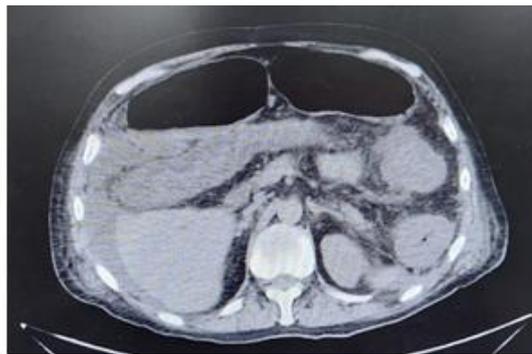


Fig 4: Tomografía simple de abdomen. Caja Petrolera de Salud, Fuente propia



Fig 5: Tomografía adominopelvica simple. Fuente propia

Laboratorios: leucocitosis 37.620 mm³. Neu 85%. ACT 40.6%. Procalcitonina Positivo. Sangre Oculta en heces. Albumina 2.3 g/dl. Proteínas totales 4.8 g/Dl. BUN: 47 mg/Dl. Creatinina 7.5 mg/dl. Na 145 mmol/L. K: 3.50 mmol/L. Cloro 106.6mmol/L.

Ante las malas condiciones generales del paciente y los hallazgos encontrados se decide la laparotomía exploratoria de emergencia, con el diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo quirúrgico obstructivo y peritonitis generalizada.

Los hallazgos intraoperatorios fueron: Líquido libre purulento en cavidad abdominal de 4000 ml, los cuales fueron drenados. Se evidencia segmento de colon sigmoide y tercio distal de colon descendente 25 x 10 cm aproximadamente, necrosado, gangrenado, pared de colon adelgazada, no se evidencia volvulación de asa, mesenteritis diseminada, se procede a reseccionar segmento comprometido y desfuncionalizar colon. Se envía pieza operatoria a patología.



Fig 6 : Pieza operatoria,
fuente propia

Dentro de sus características microscópicas muestran estructura de colon sigmoidees con presencia de intensa inflamación continua y extensa de la mucosa colónica, acompañado de abscesos crípticos, focos de hemorragia, áreas con infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos células plasmáticas y neutrófilos. No se observan células sospechosas de malignidad.

El paciente desde su preoperatorio contaba con vasopresores, se encontraba anúrico y con indicación de hemodiálisis, la cual no pudo ser efectuada por la hipotensión permanente. En la unidad de terapia intensiva el paciente presenta una evolución desfavorable, con presencia de falla multiorgánica establecida donde presenta paro cardiorrespiratorio, el cual no es revertido posterior a la reanimación básica y avanzada sin éxito.

DISCUSION

La colitis ulcerativa constituye una enfermedad limitada al colon a diferencia de la anterior, fue descrita por Wilks en 1875, las lesiones afectan a la mucosa intestinal en forma circunferencial y continua, según su extensión puede ser limitada al recto, limitada al colon izquierdo o con extensión más allá del ángulo esplénico (pancolitis), en el curso de la enfermedad presenta complicaciones como fístulas, abscesos, obstrucción, hemorragia, perforación, megacolon tóxico y una mayor incidencia de cáncer colorrectal.
(7)

En 1950, Marshak es el primero en publicar, que en el transcurso de la colitis ulcerosa se reconoce la dilatación del colon como una entidad propia conocida con el nombre de “megacolon toxico”.⁽⁸⁾ Esta entidad se define como dilatación aguda no obstructiva del colon, total o segmentaria, acompañada de signos de toxicidad sistémica, que aparece

como consecuencia de una inflamación grave del colon, manifestándose en un 5 a 10% en colitis ulcerosa y del 2 al 4% en enfermedad de Crohn⁽⁹⁾

Diversos mecanismos patogénicos probablemente contribuyan al desarrollo del megacolon tóxico en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Según las distintas estadísticas la incidencia del megacolon tóxico oscila entre un 1.3 a un 13%, aceptándose una media aproximada del 5%,

Los pacientes tienen antecedentes de un proceso inflamatorio colónico previo y generalmente es una exacerbación de éste, pero también puede observarse en pacientes sin historia de trastornos colónicos. La instalación del cuadro es muy rápida, a menudo en un período de 24 - 48 horas el paciente se ve severamente enfermo y cabe la posibilidad de muerte por deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico y acidosis.

Los términos “toxicidad y megacolon” fueron definidos por Jalan de una manera precisa.

La toxicidad existe cuando tres de las siguientes condiciones están presentes ⁽⁷⁾

- Fiebre más de 38,5°C
- Taquicardia superior a 120/min.
- Leucocitosis mayor a 10.500 x mm³.
- Anemia con hemoglobina inferior al 60% del valor normal.

Concomitantemente debe estar presente una de las siguientes condiciones:

- Deshidratación
- Trastornos hidroelectrolíticos
- Distensión abdominal
- Hipotensión
- Alteración de la conciencia.

También son de relevancia los criterios de Trulove-Witts

- 6 o más evacuaciones sanguinolentas al día,
- 37,8°C en por lo menos dos días
- Frecuencia cardíaca mayor a 90lpm
- Hemoglobina menor o igual a 9g%
- Velocidad de eritrosedimentación 30 mm/hr

Es importante remarcar la necesidad del acto quirúrgico precoz ya que una vez instaurado el cuadro; el desenlace es abrupto y muy veloz, con una alta probabilidad de fallecimiento a pesar de agotar todas las opciones de tratamiento disponibles ⁽⁶⁾. Es por ello que en el

caso presentado se tuvo interurrencias, principalmente por la llegada tardía del paciente al servicio de emergencias ya que el mismo no presentara dolor de manera habitual por el antecedente de fractura de la columna que presentó el mismo, lo que además condujo a un retraso en el diagnóstico del mismo ⁽¹⁰⁾

En la bibliografía remarca la importancia de establecer los criterios, tomando en cuenta que muchas veces no se presentan todos, sin embargo, es fundamental la evidencia de alguno de ellos para considerar dentro de los diagnósticos diferenciales, puesto que establecer un diagnóstico temprano en estos casos es muy dificultoso-

CONCLUSIONES

El manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal es multidisciplinario, clínico y quirúrgico. Tener una adecuada historia clínica del paciente, sus antecedentes clínico quirúrgicos son vitales, además de ser imprescindible recabar todos los datos posibles de la familia.

La discrepancia entre el estado del paciente y los hallazgos clínicos, estudios laboratoriales e imagenológicos es un problema constante, se debe evitar diagnósticos incorrectos o tardíos, que de ser confundidos con patologías banales probablemente se conviertan en fatales.

Tener siempre presente la discrepancia entre el estado general del paciente y los hallazgos clínicos, por otro lado hay pacientes que no pueden expresar el cuadro ominoso que atraviesan, como en los casos de uso prolongado de corticoides, pacientes diabéticos, alteraciones metabólicas o lesiones de la medula espinal que conducen a una severa alteración de la percepción del dolor, es así que dichos pacientes cuando llegan a urgencias lo hacen en estado crítico y la resolución pocas veces es satisfactoria, principalmente por la gran translocación polibacteriana del colon. Por otro lado, se requiere complementar y en estos casos presentar mayor énfasis en los estudios imagenológicos, considerando a la tomografía axial computarizada simple de abdomen de mucha importancia para poder llegar a establecer el diagnóstico. Es importante tener presente los criterios de Jalan para establecer el diagnóstico. El megacolon tóxico debe ser considerado como una urgencia absoluta de resolución únicamente quirúrgica, la técnica consiste en tratar de eliminar todos los segmentos afectados inclusive llegar a la colectomía total y derivación proximal en caso de que el cuadro lo amerite.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Mouli, V. Dellon, P. Lauret, O. Aubry, S. Lubrano, J. Delabrousse Erick. Toxic megacolon in patients with severe acute colitis: computed tomographic features. *Clinic Imaganic*, 2011 35 (431 -436).
- Desai, J. Einagar, M. Hanfy, A. Doshi R. Toxic Megacolon: Background, Pathophysiology, Management Challenges and Solutions. *Clinical and Experimental Gastroenterology* 2020:13 203–210
- Igarzábal J.: *Cirugía de Urgencia para la guardia hospitalaria*. Buenos Aires Argentina: Librería Hachette S.A. Palacio del libro; 1955.
- Mörgeli C: *Escenarios de la cirugía*. Suiza: Roche; 1999
- Gonzalez Padrón a, Cherry d.: Toxic colitis in a "Clinical decision making in Colorectal Surgery" 2000: 287-291
- Grazianoa, *Megacolon tóxico Incidencia, tratamiento y evolución postoperatoria*. Curso de Cirugía colorrectal. Hospital Italiano. 2000: 28-33.
- Zinner M. Ashley S.: *Maingot Operaciones Abdominales*. 11ª ed. México: McGraw-Hill Editorial Interamericana Editores S.A.; 2007.
- Binderow SR, Wexner SD.: Current Surgycal teraphy for mucosal ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum*. 1994, 37:610-624.
- Doshi R. Desai J, Decter D., Doshi S, Incidence features, in hospital outcomes and predictors in hospital mortality association with toxic megacolon hospitalization, United Stated of America, Springer, June 5th 2018, pg. 1-7
- Bosisio O, Rarmirez Rojas P, Graziano A, et al. Megacolon tóxico. Incidencia, tratamiento y evolución pos- toperatoria. 68 Congreso de la Asoc. Arg. De Cirugía . 1997:38.
- Albrechtsen N.et al.: Urgent surgery for ulcerative colitis: early colectomy in 132 patients. *World J. Surg*. 1981,5:607
- Beaugerie L, Yann NGO, Francois Goujard: Etiology and Management of Toxic Megacolon in Patients with Human Immunodeficiency Vir us Infection. *Gastroenterology*. 1994, 107: 858-863.
- Brunicardi F.: *Schwartz´s Principles of surgery*. 8ª ed. The United States: The McGraw-Hill Companies; 2007.

- Christmann F. Ottolenghi C.: Técnica Quirúrgica. 12ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo; 1984.
- Doherty G. Baumann D. Creswill L. Goss J. Lairmore T.: The Washington Manual of Surgery. United States of America: Little, Brown and Company 1997.
- Dudley H. Carter D. Russell R.: General Surgery. 2ª ed. London U.K. Butterworths Printed by Butter & Tanner: 2-29; 1996.
- Gruendemann B. Huth M.: Care of The patient in surgery. 7ª ed. The United States of America: The C.V. Mosby Company; 1983.
- Martin G.: Chirurgie-Katalog 24. Germany; 1978. p. 394-450
- Nyhus L. Baker R. Fischer J.: El dominio de la Cirugía Mastery of Surgery. 3ª ed. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana; 1999.
- Townsend C. y Col. Sabiston: Tratado de Cirugía Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 19ª ed. Barcelona, España: Elsevier S.L.; 2013.