

Imágenes de hallazgos endoscópicos, radiológicos e histológicos en colitis isquémica: reporte de un caso

José L. Beristain-Hernández^{1*}, Mario E. Torres-Olalde², Martín Rojano-Rodríguez³ y Dalilia Díaz-Báez⁴

¹Servicio de Cirugía General, Hepatobiliar y Pancreática, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México; ²Servicio de Cirugía General y Endoscópica, Hospital Star Médica Querétaro, Querétaro, Qro.; ³Servicio de Cirugía Endoscópica y Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México; ⁴Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México. México

Resumen

Introducción: La colitis isquémica (CI) representa la forma más común de isquemia intestinal. El 90% de los casos son pacientes mayores de 60 años y aparece cuando el colon se ve transitoriamente privado del flujo vascular, lo cual impide mantener la función metabólica celular originando una lesión isquémica en pared de intestino grueso, en especial de mucosa. Las regiones más afectadas son aquellas de menor flujo sanguíneo en el colon, por ejemplo el colon ascendente, colon sigmoides y flexura esplénica. La presentación clínica varía desde formas leves que aparentan el curso de una gastroenteritis infecciosa, hasta formas graves con necrosis transmural y peritonitis. El caso más típico de CI es el de un paciente mayor, con factores de riesgo vascular (usualmente hipertenso) que presenta dolor abdominal, diarrea y hemorragia rectal. **Objetivo:** Presentar un caso de CI ulcerada de localización en colon descendente, sigmoide y transversal.

Palabras clave: Colitis isquémica. Endoscopia. Colonoscopia. Cirugía de colon.

Images on endoscopic, radiological, and histological findings in ischemic colitis: case report

Abstract

Introduction: Ischaemic colitis (IC) is the most common form of intestinal ischaemia, of which 90% of cases are in patients over 60 years of age, and occurs when the colon is temporarily deprived of vascular flow, which prevents the maintenance of cellular metabolic function, causing an ischaemic lesion in the wall of the large intestine, especially the mucosa. The most affected regions are those with the highest water-shed areas, damaging the ascending colon, sigmoid colon and splenic flexure. The clinical presentation varies from mild forms that resemble the course of infectious gastroenteritis to severe forms with transmural necrosis and peritonitis. The most typical IC case is an elderly patient with vascular risk factors (usually hypertensive) presenting with abdominal pain, diarrhoea and rectal bleeding. **Objective:** To present a case of ulcerated IC located in the descending, sigmoid and transverse colon.

Keywords: Ischemic colitis. Endoscopy. Colonoscopy. Colonic surgery.

*Correspondencia:

José L. Beristain-Hernández
E-mail: jlberistain@yahoo.com

Fecha de recepción: 09-05-2023
Fecha de aceptación: 04-07-2023
DOI: 10.24875/END.23000020

Disponible en internet: 17-11-2023
Endoscopia. 2022;34(4)133-137
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2023. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Introducción

La colitis isquémica (CI) representa la forma más común de isquemia intestinal, de los cuales el 90% de los casos son pacientes mayores de 60 años¹⁻³, y aparece cuando el colon se ve transitoriamente privado del flujo vascular, lo cual impide mantener la función metabólica celular⁴ originando una lesión isquémica en la pared del intestino grueso, en especial de su mucosa.

Durante el periodo isquémico, la lesión colónica esta mediada por hipoxia, seguida de una lesión por reperusión; esto va desde una isquemia autolimitada que puede afectar a la mucosa y submucosa, hasta una lesión transmural aguda fulminante. Esta afección puede causar diversos síntomas, desde molestias leves hasta complicaciones potencialmente mortales. Las regiones más afectadas son aquellas de menor flujo sanguíneo en el colon, por ejemplo, colon ascendente, colon sigmoides y flexura esplénica. Los estados de bajo flujo en territorio de la arteria mesentérica normalmente pueden provocar lesiones en colon derecho en poco tiempo, mientras que la isquemia localizada no oclusiva de pequeños vasos afecta mayormente a la flexura esplénica y a la unión entre el recto y el colon sigmoide⁵. Las lesiones no oclusivas afectan principalmente la región más larga del colon, sobre todo el lado izquierdo y los émbolos arteriales mesentéricos afectan los segmentos más cortos, dando lugar a una forma oclusiva de isquemia⁶. La presentación clínica varía desde formas leves que aparentan el curso de una gastroenteritis infecciosa, hasta formas graves con necrosis transmural y peritonitis.

Entre los factores de riesgo se incluye la edad, siendo más frecuente en adultos mayores de 60 años, los problemas de la coagulación (mutación del factor V de Leiden) también aumentan el riesgo de desarrollar CI, y la comorbilidad más frecuente asociada a estos pacientes es la hipertensión, seguida de la diabetes *mellitus*, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad renal y la fibrilación auricular⁷.

El caso más típico de CI es el de un paciente mayor, con factores de riesgo vascular (usualmente hipertensión)⁸ que presenta dolor abdominal, diarrea y hemorragia rectal. Para el diagnóstico de CI va a depender en gran medida de la sospecha clínica acompañado de pruebas de laboratorio y los hallazgos de los estudios radiográficos o endoscópicos.

La tomografía computarizada con contraste intravenoso es la técnica para el diagnóstico de la CI (valor predictivo positivo: 98%), ya que permite precisar la distribución y la gravedad de la enfermedad. Por otro

lado, la colonoscopia se considera el procedimiento más adecuado para la detección de la CI, ya que proporciona información sobre la distribución de la enfermedad y permite la toma de biopsias para la confirmación histológica (que no son indispensables). El momento de realización de la colonoscopia es esencial para el diagnóstico y el tratamiento de la CI. Para determinar la gravedad de la enfermedad y permitir una selección óptima del tratamiento, se debe realizar una colonoscopia en las primeras 48 horas tras la presentación de la enfermedad. El tratamiento de la CI varía en función de la gravedad de la enfermedad. En la mayoría de los casos, la CI se resuelve de forma espontánea y la cirugía queda reservada como terapia de rescate. La CI transitoria suele tratarse de forma conservadora con un buen pronóstico. La cirugía debe considerarse en los pacientes con trastornos graves^{7,8}.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 63 años de edad, con antecedentes de estenosis, desde hace 30 años (aproximadamente de 100 a 135 g cada 15 días), sin ningún otro antecedente médico de importancia. Acudió a nuestro hospital por diarrea de una semana, dolor abdominal de inicio agudo y hematoquecia. A la exploración se encuentra consciente y reactiva, mal hidratada, leve palidez de piel y tegumentos, cardiopulmonar con ruidos cardíacos rítmicos, campos pulmonares leve hipoventilación basal derecha, el abdomen es blando, depresible, con distensión abdominal moderada, peristalsis presente pero disminuida en intensidad y frecuencia, con dolor en fosa ilíaca izquierda, sin rebote, signos apendiculares negativos, no se palpan tumores, no hay datos de irritación peritoneal, con extremidades íntegras. Los exámenes de laboratorio muestran: leucocitos 15,300 μ l, neutrófilos 90%, sodio 150 mmol/l, deshidrogenasa láctica 458 U/l; el resto de los exámenes de laboratorio se encuentra dentro de parámetros normales. Se solicita valoración por parte del servicio de radiología y endoscopia.

La tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis con contraste oral e intravenoso mostró engrosamiento de la pared del colon sigmoide, descendente y transversal; sin evidenciar aire o líquido libre, ni linfadenopatía. Se informa además estenosis moderada de la arteria mesentérica inferior, por debajo del proceso uncinado, que se prolonga hasta el tronco ileocólico, sin evidencia de trombos o estenosis críticas. No se aprecia aire o líquido libre, ni linfadenopatías (Fig. 1 A y B).

Con los hallazgos reportados en el estudio de imagen, se considera adecuado realizar colonoscopia, con

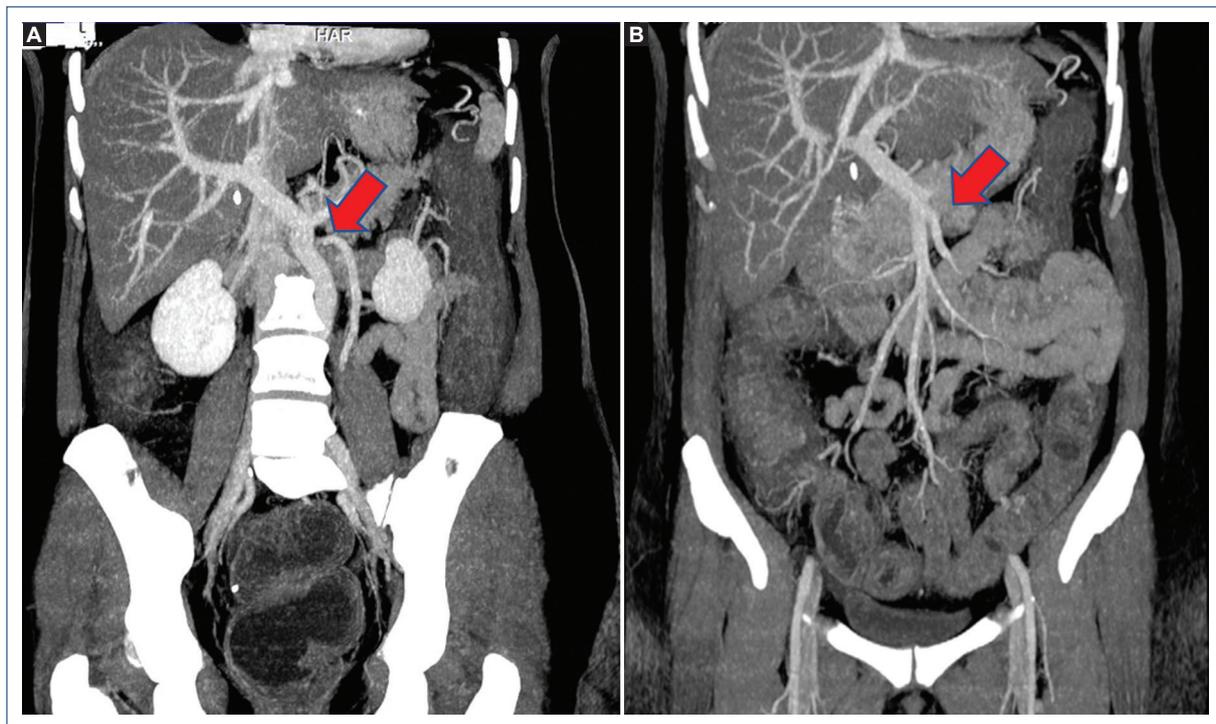


Figura 1. A y B: tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis, con contraste oral e intravenoso que muestran engrosamiento de la pared del colon sigmoides, descendente y transverso. Se encuentra además estenosis moderada de la arteria mesentérica inferior (flecha roja), por debajo del proceso uncinado, que se prolonga hasta el tronco ileocólico, sin evidencia de trombos o estenosis críticas. No se aprecia aire o líquido libre, ni linfadenopatías.

hallazgos de edema en colon, con erosiones y úlceras en el colon sigmoide, descendente y transverso, así como edema de la mucosa en el resto del colon, sin datos de sangrado activo (Fig. 2).

Con base en los hallazgos clínicos, radiológicos y endoscópicos de una CI y debido al deterioro clínico de la paciente consistente en abdomen agudo con hipotensión refractaria y aumento de lactato, deshidrogenasa láctica y potasio sérico, se realizó una laparotomía.

Durante el procedimiento quirúrgico se encontró un colon con afectación isquémica en todas sus porciones, encontrando edema de su pared, con zonas de coloración rojiza y violácea, con vasos ileocólicos aumentados discretamente de diámetro y con sospecha de trombosis. Por lo anterior, se realizó una colectomía total con preservación de recto, resección de íleon terminal y la confección de una ileostomía terminal; producto de dicha resección: colon de 80 cm de longitud por 8 cm de diámetro promedio, con un íleon terminal que mide 45 cm de longitud por 5 cm de diámetro promedio.

Al examen macroscópico de la pieza reseçada, se informa hallazgos de serosa café clara con áreas

rojizas y algunas placas fibrinopurulentas; al corte con salida de material de aspecto hemático, con áreas donde la pared se engrosa hasta alcanzar 0.5 cm de eje mayor de aspecto hemorrágico y fibroso, la mucosa es café verde con pliegues conservados, a excepción de áreas donde se torna lisa.

La confirmación histológica de la pieza de patología mostró células inflamatorias agudas en la lámina propia, erosiones focales y exudado fibrinopurulento, compatibles con CI ulcerada transmural (Fig. 3).

Posterior al evento quirúrgico, la paciente fue tratada en manejo conjunto en la unidad de cuidados intensivos, donde se extubó a las 24 horas y mantuvo apoyo amniérgico durante 72 horas más. Posterior a esto, con adecuada evolución a nivel abdominal, con adecuados gastos por ileostomía, los drenajes con gasto serohemático que fue decreciendo y se retiró el drenaje al séptimo día. Es egresada a su domicilio, diez días posteriores al evento quirúrgico, sin complicaciones aparentes.

En el presente caso, la CI de la paciente se debió a la obstrucción mecánica al flujo venoso secundario a la estenosis de la vena mesentérica inferior; que se prolongaba hasta el tronco ileocólico.

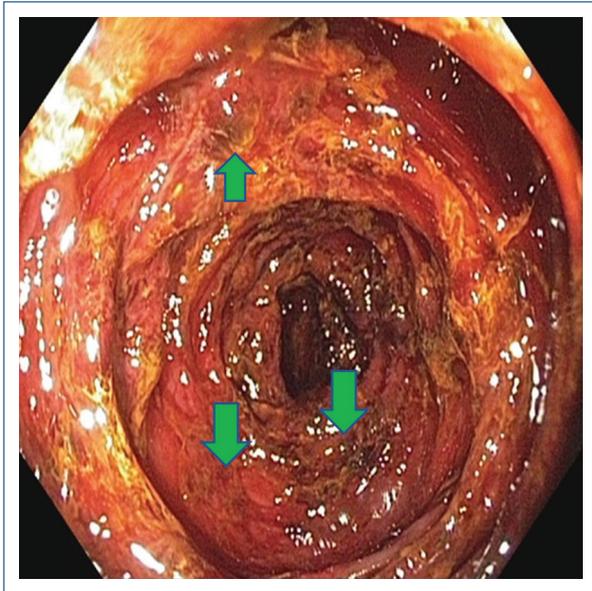


Figura 2. Colonoscopia con datos de edema con erosiones y úlceras en el colon sigmoide (flechas verdes), descendente y transverso, con mucosa edematizada en el resto del colon examinado; sin datos de sangrado activo.

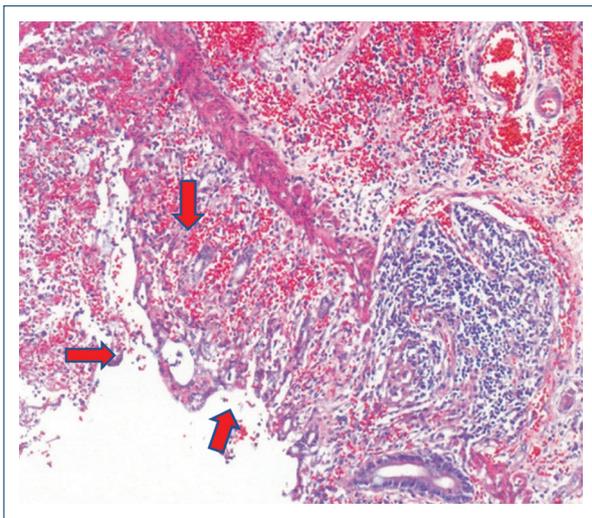


Figura 3. Se obtuvo confirmación histológica en la pieza de patología que mostró células inflamatorias agudas en la lámina propia, erosiones focales y exudado fibrinopurulento compatibles con colitis isquémica ulcerada.

Discusión

La CI es la causa más común de isquemia gastrointestinal en adultos mayores. Su presentación clínica incluye dolor abdominal, diarrea y hemorragia rectal que normalmente es autolimitada, por lo que no requiere

transfusión. La causa se asocia a varias condiciones que surgen cuando el colon se ve transitoriamente privado del flujo vascular debido a una alteración sistémica, por un problema local, funcional o anatómico. La presencia de factores de riesgo es crítica para establecer el diagnóstico. Las dificultades aumentan cuando los síntomas se presentan en pacientes mayores de 60 años en quienes son más frecuentes algunas entidades, como la enfermedad diverticular o el cáncer colorrectal. El diagnóstico de CI se basa en combinación de la historia clínica, hallazgos radiográficos sugestivos de colitis, evidencia de colitis por endoscopia y biopsia. El tratamiento varía en función a la gravedad y la extensión vascular, el tiempo que el colon permaneció privado del flujo vascular, el grado de circulación colateral y las comorbilidades asociadas. Aunque la mayoría de los casos de CI siguen un curso benigno y autolimitado, los pacientes que requieren cirugía presentan una evolución ominosa de la enfermedad tanto a corto como a largo plazo.

Conclusiones

La CI es un diagnóstico diferencial que se debe tener en cuenta siempre que un paciente adulto mayor se presente con hematoquecia de inicio agudo y dolor abdominal. Como parte del protocolo del paciente con sospecha de CI es fundamental la colonoscopia, ya que permite integrar el diagnóstico, estadificar la gravedad e inducir un cambio de conducta según los resultados y la necesidad de un manejo quirúrgico.

Financiamiento

Los autores declaran que no han tenido financiamiento de ningún tipo en la realización de este manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses en la publicación de este caso clínico.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del

Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Uso de inteligencia artificial para generar textos.

Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Huguier M, Barrier A, Boelle PY, Houry S, Lacaine F. Ischemic colitis. *Am J Surg.* 2006;192(5):679-84.

2. Chiu HH, Chen CM, Mo LR, Chao TJ. Gastrointestinal: ischemic colitis associated with colon cancer. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005; 20(9):1458.
3. Sreenarasimhaiah J. Diagnosis and management of ischemic colitis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005;7(5):421-6.
4. Brandt LJ, Feuerstadt P, Longstreth GF, Boley SJ; American College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI). *Am J Gastroenterol.* 2015;110(1):18-44.
5. Tadauchi A, Narita Y, Kagami H, Niwa Y, Ueda M, Goto H. Novel cell-based therapeutic strategy for ischemic colitis with use of bone marrow-derived mononuclear cells in rats. *Dis Colon Rectum.* 2009;52(8):1443-51.
6. Georgescu EF, Carstea D, Dumitrescu D, Teodorescu R, Carstea A. Ischemic colitis and large bowel infarction: a case report. *World J Gastroenterol.* 2012;18(39):5640-4.
7. Maimone A, De Ceglie A, Siersema PD, Baron TH, Conio M. Colon ischemia: A comprehensive review. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2021;45(6):101592.
8. Blin P. Antihypertensive drugs, hypotension, and ischemic colitis. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2015;15(2):77-9.