

## Dolor abdominal y hematoquecia

Maciá Casas A.<sup>1</sup>, Janiszewski PD.<sup>1</sup>, Bodega Quiroga I.<sup>2</sup>, Sierra Ortega MA.<sup>2</sup>, Fernández Bueno F.<sup>3</sup>, Garófano Mota JM<sup>2</sup>.

*Sanidad mil. 2017; 73 (3): 187-188, ISSN: 1887-8571*

### CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años sin FRCV, con antecedentes quirúrgicos de histerectomía por mioma, en tratamiento habitual con dexketoprofeno y diazepam por migrañas.

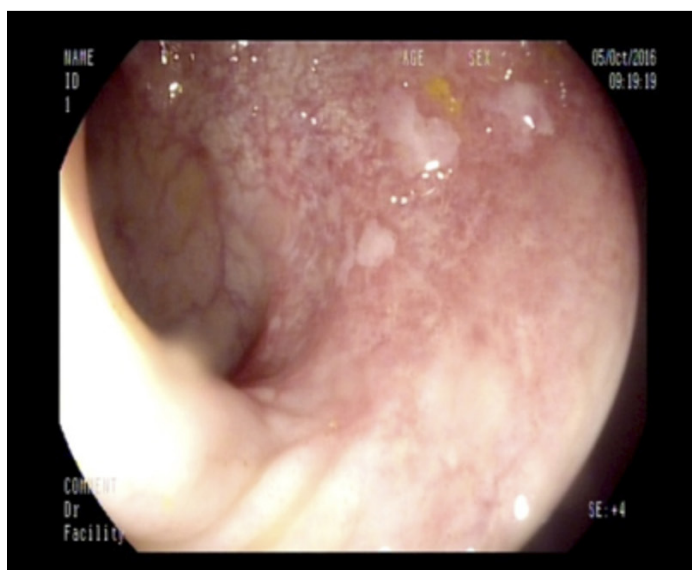
Acude al servicio de Urgencias por presentar un cuadro de dolor abdominal continuo de 48 horas de evolución, localizado en meso-hipogastrio, con deposiciones hemorrágicas. No refiere náuseas ni vómitos ni pérdida de peso. La paciente se encuentra afebril.

En la exploración física se evidencia un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio-hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, con ruidos hidroaéreos presentes. No se palpan masas ni megalias.

En la analítica destaca una elevación de la LDH (236 U/L) con una PCR de 6.07 mg/dL y una CPK de 192 U/L. La hemoglobina es de 13.9 g/dL. No existe leucocitosis ni neutrofilia y el estudio de coagulación resulta normal. En la angio-TAC no se objetivan hallazgos patológicos.

La paciente es ingresada en el Servicio de Cirugía General. Se solicita una colonoscopia, observándose las siguientes imágenes:

La colonoscopia objetiva, a nivel del ángulo esplénico, un tramo de unos 15 cm de longitud con afectación aproximada del 25% de la circunferencia del colon, consistente en mucosa edematosa, friable, con alguna erosión pequeña cubierta de fibrina y pérdida de patrón vascular sugestivo de reepitelización. La anatomía patológica muestra un leve edema de corion. No se observan cambios específicos isquémicos ni regenerativos.



<sup>1</sup> Alumno de Grado de Medicina. Universidad de Alcalá. IMIDEF.

<sup>2</sup> Tcol. Médico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Madrid. Universidad de Alcalá. IMIDEF.

<sup>3</sup> Cte. Médico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Madrid. Universidad de Alcalá. IMIDEF.

**Dirección para correspondencia:** Dr. Ignacio Bodega Quiroga: ibodqui@oc.mde.es.

Recibido: 29 de mayo de 2017

Aceptado: 18 de julio de 2017

doi: 10.4321/S1887-85712017000300009

## Diagnóstico: colitis isquémica

Con los datos clínicos y la colonoscopia el diagnóstico es sugerente de colitis isquémica (CI) en resolución. Inicialmente se pauta dieta absoluta, fluidoterapia, bempiparina, antibioterapia, omeprazol y analgesia.

La paciente evoluciona favorablemente. Se reinicia la tolerancia oral, sin incidencias. Al alta la paciente se encuentra asintomática. Se remite a consultas externas de Hematología para descartar situación procoagulante.

### DISCUSIÓN

La CI es una de las causas más frecuentes de isquemia intestinal, con una incidencia estimada de entre 7,6 a 15,6 casos por cada 100.000 habitantes. Es más frecuente en mujeres mayores de 65 años. La CI se debe a una interrupción del flujo vascular a nivel de la microvasculatura del colon. La afectación segmentaria es la más usual (el colon izquierdo es el segmento comprometido más frecuentemente), siendo rara la afectación total del colon.<sup>1,2</sup>

Entre las diferentes causas identificadas caben destacar aquellas de origen cardíaco (arritmias, shock, IAM), causas vasculares (trombosis, embolias, vasculitis), infecciones, iatrogenia (cirugía sobre la aorta) y fármacos (antibióticos, alosetrón, anfetaminas y quimioterápicos, entre otros).<sup>1,2</sup>

La clínica de la CI es variable y poco específica. Los síntomas más frecuentemente asociados son, en orden de mayor a menor frecuencia: dolor abdominal, rectorragia y diarrea con sangre. Además, también puede aparecer tenesmo, taquicardia, hipotensión y, en los casos más graves, peritonitis (sugerente de necrosis intestinal).<sup>1,2,3,4</sup>

El diagnóstico de sospecha de la CI es clínico. Analíticamente, en las formas graves se puede observar leucocitosis, anemia, hiponatremia y aumento de LDH. Debe considerarse el estudio hematológico de pacientes con CI, sobre todo en casos de recurrencia. La TAC abdominal no confiere el diagnóstico de certeza, aunque permite revelar la extensión de la lesión, excluir signos de gravedad y descartar otras patologías compatibles con el cuadro clínico. La colonoscopia permite la observación de las alteraciones mucosas y la toma de muestras histológicas, que confieren el diagnóstico de certeza de la enfermedad. Ante una sospecha de CI se recomienda evitar la insuflación excesiva du-

rante la colonoscopia, para no empeorar el flujo sanguíneo. Los hallazgos más comúnmente encontrados son: eritema, edema, friabilidad mucosa, úlceras superficiales y/o profundas, estrechamiento de la luz intestinal (pudiendo evolucionar a estenosis) y signos sugestivos de gangrena.<sup>1,3</sup>

El tratamiento de la CI es variable según la gravedad de la presentación. Una isquemia transitoria que afecte a la mucosa y a la submucosa tendrá un pronóstico favorable, lo que permitirá llevar a cabo un tratamiento conservador; en cambio, una isquemia fulminante, con un infarto transmural del intestino, conllevará un mal pronóstico y, en consecuencia, habrá que realizar un manejo más agresivo.<sup>2,4</sup> En la tabla 1 se exponen los factores identificados de mal pronóstico (se resaltan aquellos que conllevan necesariamente un tratamiento quirúrgico).

**Tabla 1.** Factores de mal pronóstico en la CI<sup>1,4</sup>

Peritonitis	Shock y/o TA sistólica < 90mmHg
Neumatosis intestinal o presencia de gas en vena porta	Taquicardia
Necrosis intestinal	Varones
CI derecha	Ausencia de rectorragia
Pancolitis	BUN > 20 mg/dL
	Hemoglobina < 12 g/dL
	LDH > 350 U/L
	Sodio < 136 mmol/L
	Ulceración de la mucosa colónica

La gravedad de la CI se puede dividir en tres niveles: baja, moderada y grave, según los factores de mal pronóstico que acompañen a la clínica habitual.<sup>2</sup> El tratamiento será distinto, tal y como se indica en la tabla 2.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Feuerstadt P, Brandt LJ. Update on Colon Ischemia: Recent Insights and Advances. *Curr Gastroenterol Rep.* 2015; 17(12):45.
2. Doulberis M, Panagopoulos P, Scherz S, Dellaporta E, Kouklakis G. Update on ischemic colitis: from etiopathology to treatment including patients of intensive care unit. *Scand J Gastroenterol.* 2016; 51(8):893-902.
3. Montoro Huguet MA, Sánchez-Puértolas B. En: Montoro Huguet MA, García Pagán JC (eds). *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología.* 2ª ed. España: Jarpyo Editores, 2013: 353-360.
4. Sun D, Wang C, Yang L, Liu M, Chen F. The predictors of the severity of ischaemic colitis: a systematic review of 2823 patients from 22 studies. *Colorectal Dis.* 2016; 18(10):949-958.

TA: tensión arterial; BUN: nitrógeno urémico en sangre; LDH: lactato deshidrogenasa

**Tabla 2.** Clasificación y manejo de la CI<sup>1,4</sup>

Gravedad	Criterios	Tratamiento
Baja	Clínica típica de CI	Soporte (reposo intestinal, fluidoterapia, antibioterapia)
Moderada	Presencia de hasta 3 factores de mal pronóstico de CI (sin incluir aquellos resaltados en la tabla 1).	Corrección de alteraciones cardiovasculares Antibioterapia de amplio espectro Valoración quirúrgica
Grave	Presencia de más de 3 factores de mal pronóstico de CI o presencia de cualquier factor resaltado en la tabla 1.	Valoración quirúrgica urgente Cuidados intensivos Corrección de alteraciones cardiovasculares Antibioterapia de amplio espectro