

MEGACOLON TÓXICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL PARAGUAY. REPORTE DE CASO.**TOXIC MEGACOLON IN A THIRD LEVEL HOSPITAL IN PARAGUAY. CASE REPORT.**

Leonardo Saúl Samudio Machuca¹, José Domingo Álvarez¹, Arturo Santacruz¹, Paloma Espinosa Racca²

¹ Servicio de Cirugía General, Hospital Regional de Pilar, Paraguay.

² Facultad de Medicina, Univ. Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Paraguay.

Financiamiento: Autofinanciado.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor corresponsal

Leonardo Saúl Samudio Machuca

Dirección: Independencia Nacional y Yegros, Asunción – Paraguay.

Teléfono: +594993296224

Correo electrónico: lectersas303@gmail.com

RESUMEN

El megacolon tóxico se define como una dilatación no obstructiva del colon, su forma de presentación puede ser total o segmentaria asociada a toxicidad sistémica. Se puede dar en hombres y mujeres sin rango etario específico, siendo la enfermedad inflamatoria intestinal el factor predisponente más importante. La presentación de esta entidad es infrecuente por lo que la anamnesis y el examen físico son de suma importancia para el diagnóstico y manejo oportuno de la patología. La inestabilidad hemodinámica, la toxicidad sistémica, así como los signos de irritación peritoneal generalizada, suelen ser las principales causas de intervenciones quirúrgicas. Se presenta el caso de una paciente con cuadro de shock hipovolémico con diagnóstico de megacolon toxico (MT) que fue sometida a Colectomía subtotal, con posterior evolución tórpida por lo que se produce su fallecimiento.

Palabras clave: megacolon tóxico; colitis; abdomen agudo; shock; Colectomía.

(Fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Toxic megacolon is defined as a non-obstructive dilation of the colon, its presentation can be total or segmental, associated with systemic toxicity. It can occur in men and women without a specific age range, with inflammatory bowel disease being the most important predisposing factor. The presentation of this entity is rare, so the history and physical examination are of utmost importance for the diagnosis and timely management of the pathology. Hemodynamic instability, systemic toxicity, as well as signs of generalized peritoneal irritation are usually the main causes for surgical intervention. We present the case of a patient with symptoms of hypovolemic shock with a diagnosis of toxic megacolon (TM) who underwent a subtotal colectomy, with a subsequent torpid evolution leading to his death.

Keywords: toxic megacolon; colitis; acute abdomen; shock; colectomy. (Source: MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

En 1950, Marshak definió el megacolon tóxico (MT) como la distensión colónica segmentaria o total mayor de 6 cm concomitante con colitis aguda y síntomas sistémicos ⁽¹⁾

Desde el punto de vista radiológico existe un megacolon cuando el diámetro del colon es mayor de 6,5 cm en la zona de rectosigma, mayor de 8 cm en colon ascendente, o de 12 cm en ciego. ⁽²⁾

A pesar de su baja prevalencia, los resultados siguen siendo insatisfactorios, con una mortalidad hospitalaria del 7,9% ⁽³⁾. Aunque la prevalencia exacta es sobreportada, su prevalencia aumenta con la edad.

La causa más frecuente de ingreso hospitalario es la Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en un (51,6%), seguida de la septicemia (10,2%) y las infecciones intestinales (4,1%) ⁽⁴⁾.

La etiología clásica del MT es la colitis ulcerativa (CU), pero la enfermedad de Crohn gradualmente ha tomado su papel desde 1950 después de descubrirse como un factor predisponente, así como otras etiologías tales como infecciones por Shigella, Salmonella, Entamoeba, Campylobacter, colitis isquémica, citomegalovirus (CMV) en inmunosuprimidos y sarcoma de Kaposi ⁽⁵⁻⁶⁾.

Pero algunos estudios reportan que la incidencia es mayor en pacientes con Colitis ulcerosa en un 8-10 % en comparación con 2,3% de Enfermedad de Crohn ⁽⁷⁾.

Algunos factores de riesgo que podrían precipitar esta afección son la hipokalemia, medicaciones como agentes anticolinérgicos, opiáceos, antidepresivos, enema de bario, colonoscopia y preparaciones colónicas ⁽⁸⁾. El sexo femenino, la edad mayor de 40 años, la

hipoalbuminemia, la acidosis y los niveles elevados de nitrógeno ureico en sangre se asocian con una alta mortalidad ⁽⁸⁾.

Los síntomas pueden ser diarrea aguda sanguinolenta que no responde a tratamientos médicos durante más de una semana, más dolor (abdominal) y distensión abdominal. La fiebre, taquicardia, hipotensión postural y letargia son otros síntomas frecuentes ⁽²⁾.

El diagnóstico de megacolon tóxico se establece con base en los criterios clínicos establecidos por Jalan ⁽⁹⁾.

Los autores Berman, Carling, & Fitzgerald, (2008) exponen que “los pacientes con infección fulminante requieren intervención quirúrgica hasta en un 20% de los casos, con tasas de mortalidad entre el 35 y el 80%” ⁽¹⁰⁾.

Los métodos quirúrgicos, propuestos previamente en el tratamiento del megacolon tóxico, incluyen la resección por colectomía subtotal con ileostomía terminal, proctocolectomía total o el método Turnbull, pero el procedimiento de elección es la colectomía subtotal con ileostomía de protección y fístula mucosa, que se asocia con menor morbilidad y mortalidad comparada con la proctocolectomía total, el procedimiento de Turnbull y otras técnicas descompresivas ⁽¹¹⁾.

La colectomía subtotal, según una serie de estudios, tiene un índice de éxito de 71.1% a largo plazo, mientras que la resección segmentaria en 48.4%. Las indicaciones absolutas para la colectomía incluyen: perforación, sangrado incontrolable del colon o recto y deterioro clínico general. El megacolon tóxico todavía tiene una alta morbilidad y mortalidad. ⁽¹¹⁾

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 48 años de edad, no conocida portadora de patología de base, acude por cuadro de dolor abdominal de tres horas de evolución, localizado en flanco derecho e hipogastrio, intenso, tipo cólico que irradia a todo el abdomen, no cede con analgésicos comunes, acompañado de náuseas y vómitos en una oportunidad, de moderada cantidad, color amarillento, fétido. Niega sensación febril y otros síntomas. Ingresa con PA:130/80 mmHg FC: 88 lpm FR:19 rpm, T: 36°C, HGT: 88, SatO2:98%. Al examen físico a nivel abdominal, llama la atención, abdomen doloroso a la palpación profunda en región del hipogastrio, sin signos de defensa, ni signos de irritación peritoneal, sonoridad conservada. RHA normales. Retorna analítica laboratorial con GB: 14.900 mm³, N: 80%, Pla_q: 400.000 mm³, Hb:9.8%, Hto: 31,6%, TP:98%, Amilasa:30U/l. Se realiza ecografía abdominal que informa: líquido interasas, asas intestinales distendidas de paredes no engrosadas con abundante contenido propio, peristaltismo disminuido. Se realiza ecografía Trans-vaginal que informa presencia de líquido libre en Fondo de Saco de Douglas, de aproximadamente 140 cc.

Luego de seis horas de evolución la paciente presenta deterioro clínico, inestabilidad hemodinámica, hipotensión. PA: 90/60 mmHg FC:122 lpm SatO2: 92% y al examen físico llama la atención abdomen distendido (++) , tenso, doloroso a la palpación superficial y profunda en todos los cuadrantes, con defensa muscular y signos de irritación peritoneal generalizado (Signo Geneaud de Mussy positivo), hipersonoridad, y RHA presentes.

Ante urgencia quirúrgica se realiza laparotomía exploradora, y se halla necrosis

total del colon y segmentos del íleon terminal a 10 cm de la válvula ileocecal y 5cm de extensión a nivel del borde anti mesentérico por lo que se procede a la realización de una Colectomía sub-total y resección del íleon terminal, ileostomía proximal terminal, con cierre del muñón distal. **Imagen 1.**



Imagen 1: Megacolon tóxico en el post operatorio.

Paciente queda internada por siete días en su post operatorio, con el diagnóstico de megacolon tóxico de etiología a determinar. Ante mejoría clínica fue dada de alta. Luego de dos semanas, la paciente reingresa al servicio por cuadro de deshidratación en el Servicio de Clínica Médica, en donde presenta inestabilidad hemodinámica, salida de secreción hemática por herida operatoria y se reinterviene quirúrgicamente con los hallazgos de hemoperitoneo, se constatan coágulos negruzcos en abundante cantidad, no pudiendo constatar sitio de origen de sangrado, se procede la colocación de drenaje de cavidad en Fondo Saco de Douglas y cierre.

La paciente en su post quirúrgico es trasladada a la Unidad de Terapia intensiva. Presenta mala evolución y en su tercer día post intervención fallece con diagnóstico de falla multiorgánica.

DISCUSIÓN

El megacolon tóxico puede afectar a hombres y mujeres, de cualquier edad, pero se ha visto una mayor frecuencia en personas portadoras de EII y puede ocurrir hasta en un 5% de pacientes con ataque agudo de CU, que frecuentemente se observa en los primeros tres meses del diagnóstico de CU ⁽³⁾.

Existen datos dispares con respecto a la etiología más frecuente entre colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. De todas maneras el cuadro clínico de la CU suele iniciarse con cuadro previo de deposiciones líquidas sanguinolentas y posterior empeoramiento del cuadro abdominal, lo que no es similar al caso reportado ya que el periodo de evolución fue muy brusco, y, con sintomatología inespecífica, lo que disminuyó la sospecha diagnóstica de MT y se plantearon otras entidades, pero ante empeoramiento del estado clínico, ecografía con informe de asas dilatadas y anemia, se planteó un cuadro de abdomen agudo quirúrgico secundario a MT ^(7, 11).

El diagnóstico se basa principalmente en criterios clínicos propuestos por Jalan que debe de cumplir obligatoriamente tres de cuatro de los siguientes criterios principales para el diagnóstico clínico: fiebre, taquicardia, leucocitosis o anemia. Además, debe cumplirse uno de los siguientes criterios: deshidratación, alteración del nivel de conciencia, desequilibrio electrolítico o hipotensión ⁽¹³⁾. La paciente del caso presentó taquicardia, anemia, leucocitosis, hipotensión.

Ante signos de toxicidad sistémica se preconiza el tratamiento quirúrgico y la colectomía subtotal, según una serie de estudios, tiene un índice de éxito de 71.1% a largo plazo, mientras que la resección segmentaria en 48.4% ⁽¹¹⁾, cómo se pudo

observar en este caso posterior a la intervención quirúrgica la paciente presentó mejoría clínica en sus primeros días.

En un estudio de 13 pacientes con diagnóstico de MT en México en el año 2015 se observaron que las complicaciones post quirúrgicas fueron en un 23.1 %, el íleon, colecciones abdominales, pancreatitis aguda, necrosis de la ileostomía y el sangrado se presentaron en el 7.7 % para cada una. No se describen complicaciones mortales mayores en este grupo de pacientes ⁽¹⁴⁾.

Las limitaciones para exponer este caso fueron la de presentarse en un Hospital de Tercer nivel, ubicado geográficamente distante de Centros de primer nivel. Por lo que no se contaron con todos los métodos diagnósticos como analítica sanguínea de Proteína C reactiva, procalcitonina, Velocidad de sedimentación globular, reactivos para la búsqueda de infecciones asociadas, entre otros. Además de la limitación de los recursos económicos de los pacientes que acuden a este centro asistencial, lo que dificultó el envío de material para biopsia colónica.

CONCLUSIÓN

El megacolon es una complicación de alta morbimortalidad, por lo que su diagnóstico y tratamiento oportuno son de suma importancia. La resolución de adoptar medidas quirúrgicas ante signos de septicemia es de prioridad.

La colectomía subtotal tiene mejor pronóstico que las otras técnicas para el tratamiento del megacolon tóxico.

BIBLIOGRAFÍAS

1. FRANCESC C. Colitis Ulcerosa. Elsevier. 2003; 2(6): p. 24-28. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=70000170&r=8>
2. Santamaría Rodríguez G, Abrales Bechiarelli A. Protocolo diagnóstico y terapéutico del megacolon tóxico. Elsevier. 2008; 10(7). <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-terapeutico-del-megacolon-articulo-1311957>
3. Jiten Desai ME. Megacolon Tóxico: Antecedentes, Fisiopatología, Desafíos de Manejo y Soluciones. *Gastroenterología clínica y experimental*. 2021; 14(309). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7245441/#!po=8.33333>
4. Doshi R D, J D, Y S, D D, S D. Incidencia, características, resultados hospitalarios y predictores de mortalidad hospitalaria asociada con hospitalizaciones por megacolon tóxico en los Estados Unidos. *Interno Emerg Med*. 2018; 13(6).
5. Conrado H. Megacolon toxico de origen idiopatico: reporte de caso. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2018; 33(2). DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.256>
6. Schachter H, Goldstein M, Kirsner J. Toxic dilatation complicating Crohn's disease of the colon. *Gastroenterology*. 1957; 52(136).
7. Autenrieth D, Baumgart D. Toxic megacolon. *Inflamm Bowel Dis.. Inflamm Bowel Dis*. 2012; 18(3): p. 584-591. doi: 10.1002/ibd.21847.
8. E S, J P. NCBI. [Online].; 2021. Acceso 24 de Febrero de 2022. Disponible en: HYPERLINK. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547679/>.
9. Jalan KN SWCWea. An experience of ulcerative colitis. Toxic dilation in 55 cases. *Gastroenterology*. 1969; 57(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5305933/>
10. Berman L, Carling T, Fitzgerald T. Definición de la terapia quirúrgica para la colitis pseudomembranosa con megacolon tóxico. *J Clin Gastroenterol*. 2008; p. 476-480. <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/download/512/419/>
11. Carrillo R. Megacolon toxico. *Med Int Mex*. 2012; 28(3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34935>
12. Alicia S, Silvia N. Manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019. <http://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2019/Vol-49-S2/Vol49S2.pdf>
13. Cepeda Arauz DA. Megacolon tóxico. Tratamiento quirúrgico. *Recimundo*. 2020. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.102-113](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.102-113)
14. Magallon M, Cenicerros R, Arenas J, al e. Frecuencia, evolución clínica y pronóstico del megacolon tóxico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2015; 53(1). <https://www.redalyc.org>