



REPORTE DE CASO

Etiología inusual de hemorragia digestiva baja en paciente con constipación

Unusual etiology of lower digestive bleeding in a patient with constipation

Luis Enrique Flores-Egocheaga^{1,a} , Eloy Puente De La Vega-Cáceres^{1,b} , Álvaro Bellido-Caparó^{1,2,a} 

¹ Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

^a Médico gastroenterólogo.

^b Médico residente de Gastroenterología.

Recibido: 26/08/2024

Aprobado: 3/03/2025

En línea: 31/03/2025

Contribución de los autores

EP, LF y AB: Elaboración y redacción del reporte.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés alguno.

Financiamiento

El presente trabajo fue autofinanciado.

Citar como

Flores-Egocheaga LE, Puente De La Vega-Cáceres E, Bellido-Caparó A. Etiología inusual de hemorragia digestiva baja en paciente con constipación. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(1):71-4. doi: 10.47892/rgp.2025.451.1793

RESUMEN

La colitis estercorácea es una colitis inflamatoria ocasionada por impactación fecal. La etiología es la constipación crónica mal manejada en grupos de riesgo específicos. Los pacientes suelen presentar dolor abdominal, distensión abdominal y fiebre; en casos graves pueden presentar signos peritoneales, shock o falla multiorgánica. Es importante tener un alto índice de sospecha y solicitar una tomografía abdominal con contraste. El tratamiento es conservador en ausencia de signos peritoneales o inestabilidad hemodinámica, caso contrario, el manejo es quirúrgico. Presentamos el caso de un varón de 86 años con antecedente de accidente cerebrovascular isquémico, dismovilidad y constipación crónica que cursó con hematoquezia. En el estudio de imagen se observó engrosamiento de la pared del colon sigmoidees distal y recto, además de heces en su interior. En el estudio endoscópico se evidenció úlceras en recto y en la unión recto-sigmoidea. Se indicó tratamiento conservador con enemas y laxantes cursando con evolución clínica favorable.

Palabras clave: Colitis; Impactación Fecal; Dolor Abdominal (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The stercoral colitis is an inflammatory caused by fecal impaction. The etiology is poorly managed chronic constipation in specific risk groups. Patients usually present with abdominal pain, abdominal distension, and fever; in severe cases, peritoneal signs, shock or multiorgan failure may occur. It is important to have a high index of suspicion and request an abdominal CT scan with contrast. Treatment is conservative in the absence of peritoneal signs or hemodynamic instability; otherwise, management is surgical. We present the case of an 86-year-old male with a history of ischemic stroke, dysmobility and chronic constipation that presented with hematochezia. The imaging study showed thickening of the wall of the distal sigmoid colon and rectum, as well as feces inside. The endoscopic study revealed ulcers in the rectum and the recto-sigmoid junction. Conservative treatment with enemas and laxatives was indicated, with favorable clinical evolution.

Keywords: Colitis; Fecal Impaction; Abdominal Pain (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La constipación se define como la realización infrecuente de deposiciones, dificultad para la defecación (fuerza excesiva, heces duras, evacuación incompleta y maniobras manuales) o ambos. Tiene una prevalencia global en adultos de 14% ⁽¹⁾. Los principales factores de riesgo para constipación son: sexo femenino, edad avanzada, dieta baja en fibra, sedentarismo, inadecuado consumo de líquidos, uso de medicación, dependencia funcional, bajo estatus socioeconómico y comorbilidad crónica ⁽²⁾.

Se considera una constipación con signos de alarma si hay cambios en el hábito intestinal a partir de los 50 años, hemorragia digestiva baja, pérdida de peso, anemia, enfermedad inflamatoria intestinal, dolor abdominal y tener antecedente de familiares con cáncer de colon ^(2,3). Las complicaciones de la constipación son la patología anorrectal como: hemorroides, fisura anal, prolapso rectal, fistulas, impactación fecal; y menos frecuente la colitis estercorácea ⁽³⁾.

Presentamos el caso de un adulto mayor con constipación crónica que presentó hematoquezia por una úlcera estercorácea.

Correspondencia:

Eloy Puente De La Vega Cáceres

Dirección: Av. Eugenio Garzón 550 –

Dpto 902. Lima, Perú.

Teléfono: +51 974673497

E-mail: eloy.puente.de.la.vega@upch.pe

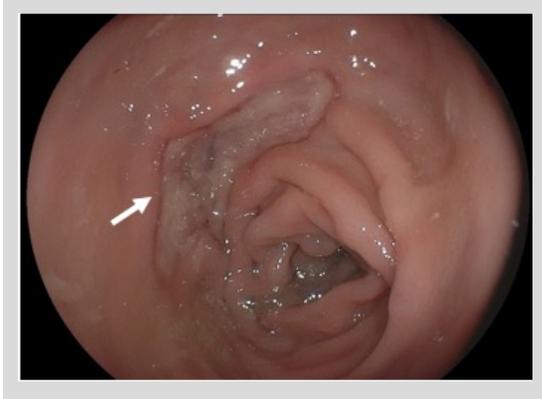


Figura 1. Úlcera estercorácea en recto-sigmoides (flecha).

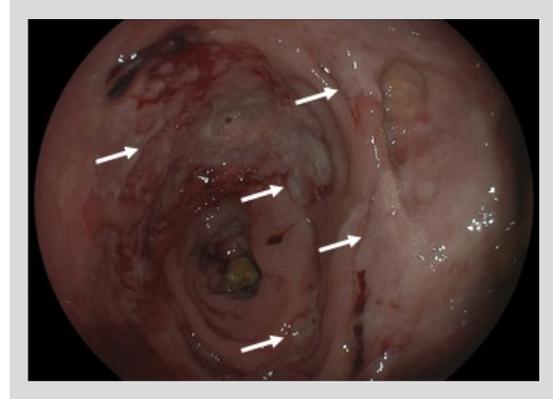


Figura 2. Múltiples úlceras estercoráceas en recto (flechas).

CASO CLÍNICO

Paciente varón 86 años con antecedente de accidente cerebrovascular isquémico, con dismovilismo y constipación crónica (realiza deposiciones 1 vez cada 1 o 2 semanas) quien se hospitalizó con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y dolor abdominal tipo cólico asociado a constipación, en el tacto rectal se evidencia presencia de heces impactadas. Recibe tratamiento con oxigenoterapia, antibioticoterapia, y polietilenglicol. El día 5 de hospitalización el paciente presentó dos episodios de hematoquezia con caída de hemoglobina de 10,7 a 9,4 gr/dL por lo que ingresó a colonoscopia donde se evidenciaron úlceras en recto y en la unión recto-sigmoidea (Figuras 1 y 2), el resto del colon fue normal.

En la tomografía abdominal con contraste se observó engrosamiento de la pared del colon sigmoides distal y del recto de hasta 4 mm con heces en su interior y alteración de la grasa perirrectal. No líquido libre, ni lesiones tumorales (Figura 3). En estudio anatomopatológico se evidencia mucosa rectal con arquitectura glandular conservada,

focalmente ulcerada con presencia de tejido de granulación e infiltrado neutrofilico (Figura 4).

Debido a la presencia de factores de riesgo, la localización de las úlceras, los hallazgos tomográficos y anatomopatológicos se concluye el diagnóstico de úlcera estercorácea. Se optimiza manejo de constipación con lo cual paciente tuvo evolución favorable de cuadro abdominal y no volvió a presentar hematoquezia. Al alta se brinda consejería nutricional y manejo farmacológico adecuado de constipación.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de los familiares más cercanos del paciente para la publicación

DISCUSIÓN

La colitis estercorácea es una colitis inflamatoria ocasionada por la impactación fecal⁽⁴⁾. El fecaloma aumenta la presión

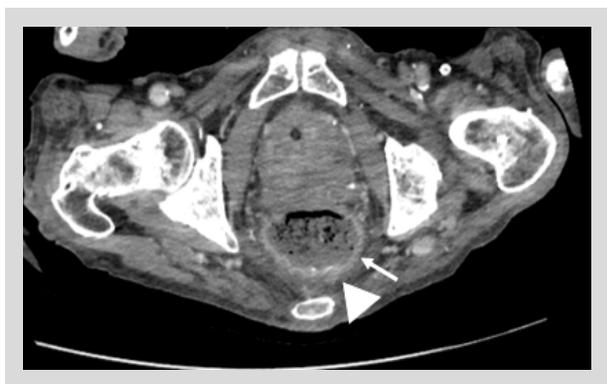


Figura 3. Engrosamiento mural circunferencial del recto (flecha) con heces en su interior y alteración de la grasa perirrectal (cabeza de flecha).

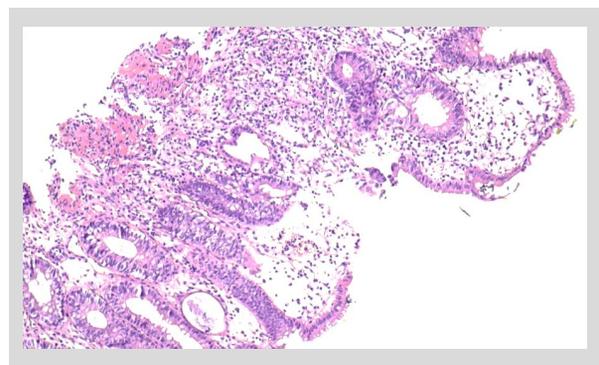


Figura 4. Tejido de granulación e infiltrado neutrofilico en mucosa rectal (H&E,10X).

focal de la mucosa por lo que la zona recibe una menor irrigación produciendo posteriormente ulceración, necrosis y finalmente pudiendo producir perforación ^(4,5). Las ulceraciones generalmente ocurren en el lado antimesentérico al ser más vulnerable a la isquemia ^(4,5). Además, la impactación fecal puede ocasionar distensión colónica proximal disminuyendo el flujo vascular y teniendo como factor de riesgo zonas críticas vasculares como la unión recto sigmoidea (punto de Sudeck), provocar consecuentemente edema, inflamación y colitis isquémica difusa, como en el caso reportado por Naseer *et al.* que tuvo como complicación una colitis isquémica izquierda ⁽⁴⁾. La incidencia y prevalencia son desconocidas; sin embargo, Maurer *et al.* realizaron un estudio prospectivo donde la perforación estercorácea representó el 3,2% de todas las perforaciones de colon ⁽⁵⁾. Por otro lado, se estima una mortalidad de hasta 34% en casos de perforación estercorácea ⁽⁶⁾. Esta condición es infradiagnosticada y hay poca literatura médica al respecto.

La etiología es la constipación crónica mal manejada que conlleva a la formación de fecalomas que se ubican frecuentemente en el colon sigmoideos y en el recto ^(4,5). Por lo tanto, la mayoría de los casos son pacientes adultos mayores, postrados crónicos por demencia o accidente cerebrovascular, pacientes con alteración de la motilidad, diabéticos y usuarios crónicos de opioides ^(6,7). El uso de opioides además de ser un factor de riesgo para colitis estercorácea, se asocia a mayor riesgo de perforación (50 vs 23%, $p=0,04$) ⁽⁸⁾. Otros grupos de riesgo para colitis estercorácea con los pacientes jóvenes con alteraciones psiquiátricas e incluso niños con constipación crónica ⁽⁹⁾. Estos grupos de riesgo característicos pueden conllevar a limitaciones para la anamnesis y retraso en el diagnóstico por lo que se debe tener un alto índice de sospecha en estos pacientes. En el caso presentado el paciente era un adulto mayor con dismovilismo y constipación crónica mal manejada.

Los pacientes suelen presentar dolor abdominal, distensión abdominal y fiebre. En casos graves puede presentar signos peritoneales, shock o falla multiorgánica ⁽⁴⁾. A diferencia de la obstrucción intestinal los pacientes suelen tener heces en la ampolla rectal ^(4,6). En el caso presentado el paciente cursó con dolor abdominal sin signos peritoneales ni inestabilidad hemodinámica y se evidenció heces impactadas en el tacto rectal.

En los exámenes auxiliares podemos encontrar leucocitosis y PCR elevado. Además, la presencia de acidosis metabólica con anión gap elevado por hiperlactacidemia debe hacer sospechar de isquemia o perforación intestinal ⁽⁴⁾. Debido a que el examen físico y las alteraciones laboratoriales no son específicas, las imágenes son claves para el diagnóstico. Si se sospecha de perforación solicitar radiografía tórax de pie para evaluar presencia de neumoperitoneo ⁽¹⁰⁾. El estudio más sensible y específico para confirmar el diagnóstico de colitis estercorácea es la tomografía de abdomen y pelvis con contraste donde podemos encontrar el fecaloma, dilatación del colon

mayor a 6 cm, engrosamiento de la pared colónica mayor a 3 mm, discontinuidad de la mucosa, alteración de la grasa pericolónica y aire libre extraluminal ⁽¹⁰⁾. Los hallazgos endoscópicos se encuentran frecuentemente en el recto, la unión recto-sigmoidea y en el colon sigmoideos e incluyen edema, eritema, ulceración con o sin estigmas de sangrado, y obstrucción por fecaloma ^(4,5). El diagnóstico se realiza con el cuadro clínico, los hallazgos endoscópicos y tomográficos, además de la anatomía patológica, donde se evidencia mucosa con arquitectura glandular conservada, ulceración focal y tejido de granulación, a diferencia de la Enfermedad de Crohn donde se evidencia distorsión glandular, presencia de granulomas, criptitis y microabscesos o de úlcera rectal idiopática donde es típica la obliteración fibromuscular de la lámina propia y desorganización de la muscularis mucosae ^(10,11). En el caso presentado en la tomografía se evidenció engrosamiento de la pared rectal de 4 mm asociado a alteración de la grasa perirrectal, en la endoscopia se observaron múltiples úlceras geográficas de 5 a 30 mm confluyentes en el recto y una úlcera de 30x10mm en la unión recto-sigmoidea y en el estudio anatomopatológico reveló mucosa con arquitectura glandular conservada.

El manejo de pacientes que no presentan signos de peritonitis es conservador, indicando enemas, laxantes y en algunos casos realizando desimpactación manual o guiada por endoscopia, además de evitar opioides para el manejo del dolor ^(7,12). Pacientes con sepsis deben recibir hidratación endovenosa adecuada y antibioticoterapia de amplio espectro ^(7,12). El manejo quirúrgico es solo para pacientes con perforación o falla al manejo conservador. La cirugía consiste en resección del intestino afectado, colostomía y bolsa de Hartmann ^(6,11). Posteriormente se debe optimizar el manejo de la constipación con una educación nutricional y terapia farmacológica adecuada ^(4,12); además, en pacientes usuarios crónicos de opioides, debido al riesgo de colitis estercorácea y perforación, se debe recomendar espaciar su uso u optar por otra medicación de ser el caso ⁽⁸⁾. El pronóstico depende del diagnóstico y manejo temprano. Los predictores de mortalidad son la perforación y gran segmento de colon comprometido (>40 cm) ⁽⁷⁾.

Hay reportes de algunos casos de hemorragia digestiva baja por úlcera estercorácea y cuando se ha encontrado un vaso visible se ha tratado exitosamente con epinefrina y electrocoagulación ⁽¹³⁾. Sin embargo, en otros casos se ha realizado solo monoterapia con epinefrina por el riesgo de perforación con la electrocoagulación ⁽¹⁴⁾. Además, recientemente se ha reportado un caso tratado exitosamente con hemospray como manejo inicial ⁽¹⁵⁾. Si no se encuentra una lesión tributaria de terapia endoscópica el manejo es conservador ^(13,14). En el caso de nuestro paciente debido a que no presentó signos de peritonitis, inestabilidad hemodinámica ni lesiones tributarias de terapia endoscópica el manejo fue conservador y la evolución fue favorable.

En conclusión, en los grupos de riesgo descritos (adultos mayores con dismovilismo, jóvenes con enfermedades

psiquiátricas) con constipación crónica mal manejada y que se presentan agudamente enfermos (dolor abdominal, fiebre, hemorragia digestiva baja) se debe tener en cuenta la colitis estercorácea como un diagnóstico diferencial y se debe realizar un estudio tomográfico. Un diagnóstico y manejo oportuno podrían disminuir complicaciones graves como la perforación y mejorar así el pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scott SM, Simrén M, Farmer AD, Dinning PG, Carrington EV, Benninga MA, *et al.* Chronic constipation in adults: Contemporary perspectives and clinical challenges. 1: Epidemiology, diagnosis, clinical associations, pathophysiology and investigation. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33(6):e14050. doi: 10.1111/nmo.14050.
2. Werth BL, Christopher SA. Potential risk factors for constipation in the community. *World J Gastroenterol.* 2021;27(21):2795-817. doi: 10.3748/wjg.v27.i21.2795.
3. Ramos-Clemente MT, Bechiarelli AJA, Almanzor AV, Ramos CR. Protocolo terapéutico del estreñimiento crónico y sus complicaciones. *Medicine.* 2016;12(7):392-7. doi: 10.1016/j.med.2016.03.015.
4. Naseer M, Gandhi J, Chams N, Kulairi Z. Stercoral colitis complicated with ischemic colitis: a double-edge sword. *BMC Gastroenterol.* 2017;17(1):129. doi: 10.1186/s12876-017-0686-6.
5. Maurer CA, Renzulli P, Mazzucchelli L, Egger B, Seiler CA, Büchler MW. Use of accurate diagnostic criteria may increase incidence of stercoral perforation of the colon. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(7):991-8. doi: 10.1007/BF02237366.
6. Chakravartty S, Chang A, Nunoo-Mensah J. A systematic review of stercoral perforation. *Colorectal Dis.* 2013;15(8):930-5. doi: 10.1111/codi.12123.
7. Tajmalzai A, Najah DM. Stercoral colitis due to massive fecal impaction: a case report and literature review. *Radiol Case Rep.* 2021;16(8):1946-50. doi: 10.1016/j.radcr.2021.04.067.
8. Zacharias NA, Lubner MG, Richards ES, Mao L, Pickhardt PJ. Stercoral colitis: CT imaging findings and clinical risk factors. *Abdom Radiol (NY).* 2023;48(10):3050-62. doi: 10.1007/s00261-023-03974-2.
9. Bolia R, Sherwani P, Garnaik DK. Stercoral Colitis in an Adolescent. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021;20:S1542-3565(21)00902-2. doi: 10.1016/j.cgh.2021.08.022.
10. Ünal E, Onur MR, Balci S, Görmez A, Akpınar E, Böge M. Stercoral colitis: diagnostic value of CT findings. *Diagn Interv Radiol.* 2017;23(1):5-9. doi: 10.5152/dir.2016.16002.
11. Edden Y, Shih SS, Wexner SD. Solitary rectal ulcer syndrome and stercoral ulcers. *Gastroenterol Clin North Am.* 2009;38(3):541-5. doi: 10.1016/j.gtc.2009.06.010.
12. Marget M, Ammar H. Not your usual constipation: stercoral perforation. *BMJ Case Rep.* 2017;2017:bcr2016218283. doi: 10.1136/bcr-2016-218283.
13. Knigge KL, Katon RM. Massive hematochezia from a visible vessel within a stercoral ulcer: Effective endoscopic therapy. *Gastrointest Endosc.* 1997;46(4):369-70. doi: 10.1016/s0016-5107(97)70130-5.
14. Matsushita M, Hajiro K, Takakuwa H, Nishio A, Tominaga M. Bleeding stercoral ulcer with visible vessels: Effective endoscopic injection therapy without electrocoagulation. *Gastrointest Endosc.* 1998;48(5):559. doi: 10.1016/s0016-5107(98)70115-4.
15. Woo M, Curley M. Hemospray as the Initial Treatment of a Lower Gastrointestinal Bleed Resulting from Stercoral Ulceration. *ACG Case Rep J.* 2018;5:e49. doi: 10.14309/crj.2018.49.