

## REPORTE DE CASOS

### ***Colitis isquémica. Presentación de tres casos y revisión de la literatura.***

Carlos Barreda Costa\*, Simón Yribery Ureña\*\*, Fernando Salazar Cabrera\*\*\* y Sixto Recavarren Arce\*\*\*\*.

#### **RESUMEN.**

La colitis isquémica se ha asociado a edad avanzada, enfermedades cardiovasculares, medicamentos y ciertos tipos de cirugía. Es una entidad poco frecuente, pero creemos que no todos los casos están siendo reconocidos. Presentamos tres casos, en pacientes mayores de 70 años, que iniciaron su enfermedad en forma brusca, con dolor abdominal y sangrado digestivo bajo. El diagnóstico se pudo lograr gracias a la sospecha clínica y el uso temprano de la colonoscopia. La evolución de estos pacientes fue favorable, pero se han descrito complicaciones graves y alta mortalidad en los casos severos.

**Palabras clave:** Colitis Isquémica, Colonoscopia, Sangrado Rectal.

#### **SUMMARY.**

Ischemic colitis has been associated with advanced age, cardiovascular disease, drug therapy and vascular surgery. It is an uncommon condition in the general population, but we think that not all cases are being recognized. These three patients, over 70 years old, were admitted with abdominal cramps and mild lower digestive bleeding. Clinical suspicion and early use of colonoscopy was helpful to establish the diagnosis. In these cases the recovery was uneventful, but in some others, severe complications and mortality can occur.

**Key words:** Ischemic Colitis, Colonoscopy, Rectal Bleeding.

*Rev Gastroenterol Perú; 2007; 27: 397-401*

\* Gastroenterólogo Asociado de la Clínica Ricardo Palma.

\*\* Gastroenterólogo del Staff INEN y Asociado de la Clínica Ricardo Palma.

\*\*\* Profesor de Medicina de la UPCH. Gastroenterólogo Titular de la Clínica Ricardo Palma.

\*\*\*\* Patólogo Titular de la Clínica Ricardo Palma.

## INTRODUCCIÓN

**L**a colitis isquémica es la forma más común de isquemia intestinal, y es responsable de cerca de 1 de cada 1,000 hospitalizaciones en EEUU. Clásicamente es una enfermedad de gerontes, algo más frecuente en el sexo femenino, pero que está mostrando en los últimos años un aumento de su incidencia en gente joven. Muchos casos en la literatura la asocian con cirugía cardiovascular, trombo embolismo, comorbilidades, y medicamentos, entre los que se incluyen vasoconstrictores, anticonceptivos, interferón alfa y agonistas de la histamina de tipo I (triptanos).<sup>(1)</sup>

Las lesiones por isquemia han sido reconocidas desde hace muchas décadas y pueden afectar cualquier segmento del tracto digestivo, pero tienden a presentarse en ciertas áreas donde el riego sanguíneo es crítico, por la escasez de colaterales. El intestino delgado puede sufrir necrosis severa y extensa, con alta mortalidad, como ocurre en la trombosis mesentérica. En el colon las lesiones tienden a ser más circunscritas y a localizarse, en la mayoría de los casos, a nivel del ángulo esplénico y del colon sigmoidees. Comprometen generalmente solo a la mucosa; sin embargo el espectro de severidad es muy amplio, existiendo casos en que la necrosis es transmural, conduciendo a la perforación, con peritonitis generalizada y desenlace fatal.<sup>(2)</sup>

En el presente artículo, reportamos 3 casos de colitis isquémica y hacemos una discusión de los mismos a la luz de la literatura publicada.

## CASOS CLÍNICOS

**CASO 1-** Paciente de sexo femenino de 81 años, con antecedente de úlcera péptica, diverticulosis colónica y enfermedad de Raynaud. Por arritmia y prolapso de la válvula mitral recibía amiodarona, ácido acetilsalicílico y propranolol. Inicia su cuadro con distensión abdominal y leve diarrea, seguida de estreñimiento por dos días; luego se agrega dolor abdominal difuso y urgencia evacuatoria, notando rasgos de sangre y algunos coágulos en las heces. Acude a emergencia donde la encuentran hipotensa, con PA 90/60 mm/Hg. Pulso 72 /min. afebril, hidratada, lúcida y orientada. No palidez ni ictericia. No adenopatías, Pulmones normales, RC rítmicos. No soplos. Abdomen: blando, algo distendido y timpánico, leve dolor difuso, no resistencia ni rebote, no se delimitaban masas. Ruidos intestinales escasos, de timbre alto. Tacto rectal: ampolla vacua, no masas rectales.

Ecografía abdominal : normal. Hmg-Hb-Hto, amilasas, TGP : normales. Thevenon en heces 3+, leucocitos/ PMN en heces 1+. No amebas, ni otros parásitos. Coprocultivo y toxina de Clostridium Difficile negativos. La colonoscopia, previa preparación oral con fosfato de sodio, mostró un segmento del colon sigmoidees de unos 10 cm de extensión, con erosiones y ulceraciones irregulares, fibrina adherente, nodulaciones de color violáceo, edema y hemorragias submucosas. (Figura 1) Además escasos divertículos en el sigmoidees, sin signos inflamatorios. La biopsia (Figura 2) mostró edema y congestión de la mucosa y submucosa. Erosiones con for-

mación de pseudomembranas fibrino leucocitarias. La evolución fue favorable, se optó por tratamiento ambulatorio, con mejoría gradual del dolor y el sangrado en unos 3-4 días. Se suspendió el propranolol, normalizándose la presión arterial. El resto de medicación no se modificó. La paciente ha sido seguida por 10 meses, sin recurrencia de los síntomas.

**CASO 2-** Paciente de sexo femenino de 70 años, con antecedente de diverticulosis y polipos colónicos, hipertensa. Recibía ácido acetilsalicílico, atorvastatina, irbesartán, hidroclorotiazida y amlodipino. Consulta por dolor cólico en hemiabdomen inferior, de dos días de evolución, aumento de frecuencia evacuatoria y deposiciones sanguinolentas escasas, tipo hematoquezia. Al examen era una paciente lúcida, afebril, hidratada. No se notó palidez ni ictericia. PA 120/70. Pulso 80/min. Abdomen blando, depresible, leve dolor en hemiabdomen inferior, sin resistencia, ni reacción peritoneal. Hmg.: 14,330 leucocitos con 4 abastados y 68 segmentados .Hb 13 g Hto 39 %. Se programó una colonoscopia para el día siguiente, previa preparación oral con fosfato de sodio.

En el examen se encontró una extensa lesión ulcerada, con áreas de aspecto nodular, bien delimitada, de unos 15 cm de extensión, localizada en el sigmoidees proximal. (Figura 3) También algunos divertículos, sin signos inflamatorios ni estenosis. Las biopsias mostraron ulceración, pseudo membranas fibrino leucocitarias, edema y congestión, hallazgos compatibles con colitis isquémica. (Figura 4) La paciente no presentaba signos de gravedad, por lo que recibió tratamiento ambulatorio por vía oral con ciprofloxacino y omeprazol. La evolución fue favorable y los síntomas cedieron hasta desaparecer en menos de una semana. Ha sido seguida por dos meses sin presentar nuevas molestias.

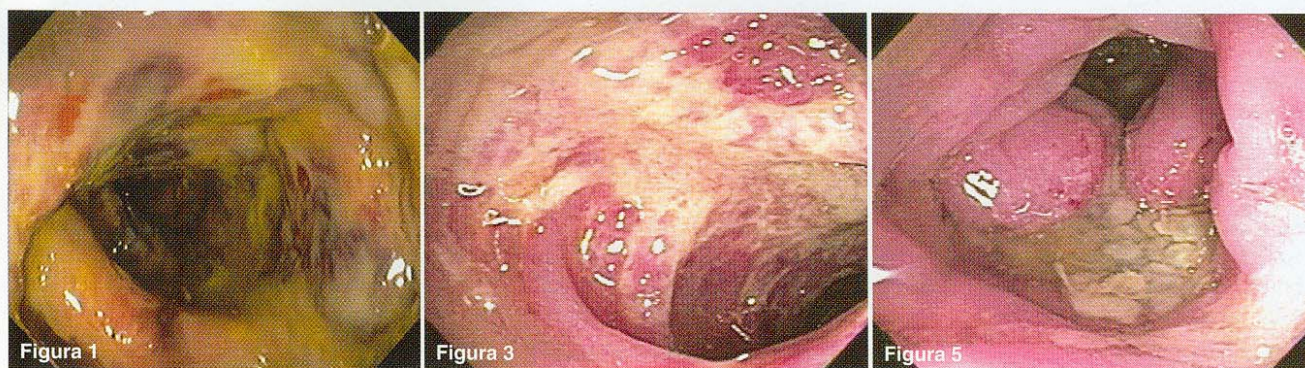
**CASO 3-** Paciente varón de 86 años, con Parkinson, recibía levodopa, fumarato de quetiapina.(antipsicótico).Tenía problemas para la deglución y había perdido unos 10 kg. Operado de vólculo del sigmoidees 10 años antes.

Es hospitalizado de emergencia con sangrado digestivo bajo, rectorragia, con un volumen de unos 300 cc, de presentación brusca y unas 6 horas de evolución; no tenía signos de descompensación hemodinámica.

Al examen era un paciente geronte, muy adelgazado, con signos carenciales, pálido, no icterico, despierto y parcialmente orientado. PA 100/60 mm/Hg Pulso 82/min, rigidez muscular, pulmones normales, abdomen blando, no doloroso, no masas palpables, cicatriz de colectomía izquierrda. No edemas.

Al día siguiente se realizó una colonoscopia y se encontró una lesión ulcerada irregular, de unos 3 cm de diámetro, localizada a nivel del sigmoidees. Las biopsias fueron negativas para neoplasia y solo había ulceración, con necrosis, edema y congestión. A los 4 días se repitió el examen y se pudo apreciar que la úlcera estaba rodeada por varias ulceraciones y erosiones superficiales, afectando un segmento bien delimitado de unos 10 cm. La mucosa circundante mostraba congestión, edema, nodularidad y hemorragias submucosas. (Figura 5) Con estos hallazgos endoscópicos





En las figuras 1, 3 y 5 se aprecia el aspecto endoscópico de la colitis isquémica a nivel del colon sigmoides. Erosiones y ulceraciones irregulares, fibrina adherente, nodulaciones de color violáceo, edema y hemorragias submucosas

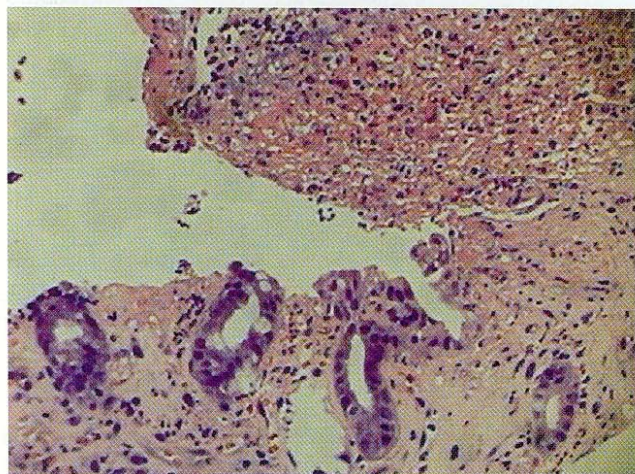


Figura 2

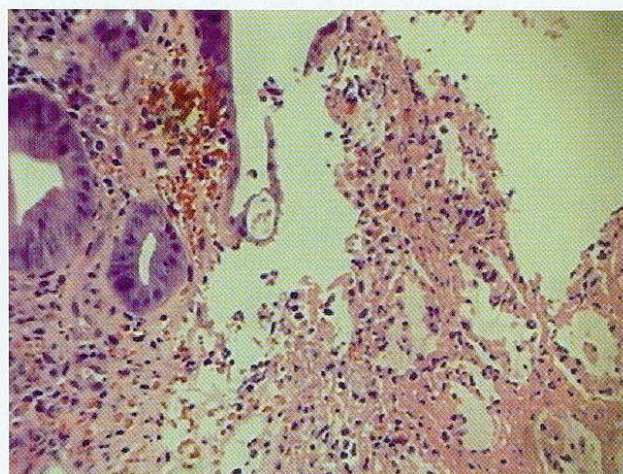


Figura 4

Las figuras 2 y 4 muestran el aspecto microscópico de la colitis isquémica con Coloración H.E. 250 X. Hay necrosis del epitelio cobertor del colon, con glándulas subyacentes atróficas y pseudomembranas fibrino leucocitarias tapizando el epitelio dañado

se hizo el diagnóstico de colitis isquémica. El paciente presentó inestabilidad hemodinámica y una arritmia severa, por lo que tuvo que manejarse en cuidados intensivos. Requirió transfusión de dos paquetes globulares. Recibió amiodarona, pantoprazol y ceftriaxona. No presentó nuevos episodios de sangrado y fue mejorando gradualmente. Salió de alta a los 10 días con buena tolerancia oral. Ha sido seguido por dos meses sin mostrar recurrencia del sangrado.

## DISCUSIÓN

La colitis isquémica ha sido tradicionalmente enfermedad de adultos mayores, por encima de la séptima década de la vida, relacionada a patología que condicione trombo embolismo, estenosis vascular o luego de intervenciones de cirugía cardiovascular. Sin embargo, en los últimos años se viene describiendo un número creciente de casos en personas jóvenes, sin patología subyacente, sobre todo asociadas al uso de ciertos medicamentos, como el ondasetron, tegaserod, naratriptan, estrógenos, y a drogas ilegales como la cocaína.

Se han reportado 28 casos de colitis isquémica asociados a cocaína, con una edad promedio de 32 años.<sup>(1, 6)</sup> Existen también reportes que la asocian al uso de pseudoefedrina, simvastatina, irinotecan, entre otros fármacos.

La lista de entidades clínicas, intervenciones quirúrgicas y drogas que se han asociado con la colitis isquémica no deja de aumentar, y a la fecha es muy amplia.<sup>(2, 3)</sup> Se le ha relacionado también al lupus eritematoso sistémico, con presencia de anticoagulante lúpico, a crisis de anemia falciforme, a mutación del Factor V de Leiden y a estados post infecciosos.<sup>(4, 5, 6, 7, 8)</sup> Un estudio en Canadá muestra que la colitis isquémica ocupa el segundo lugar, después de la enfermedad diverticular, como causa de sangrado digestivo bajo, en esa población.<sup>(9)</sup>

En 53 casos de colitis isquémica, se encuentra una mortalidad de 9.43% (5 casos) y se afirma que el compromiso del colon derecho tiene mal pronóstico<sup>(10)</sup>. Otros datos clínicos que se han asociado a mal pronóstico incluyen taquicardia, anemia severa y peritonismo al momento de la admisión, y la presencia de estenosis con dilatación del colon.<sup>(11)</sup>



La colonoscopia, con biopsias de la mucosa, es el mejor método diagnóstico.<sup>(12)</sup> Los exámenes radiográficos y tomografías (TEM-TACH) suelen dar datos sugestivos, pero no concluyentes. En un grupo de 18 pacientes con colitis isquémica sin causa aparente (idiopática), encuentran que el 28 % tenían problemas de coagulación (hipercoagulabilidad).<sup>(13)</sup> La presentación típica de los casos leves a moderados suele ser con dolor abdominal difuso y hematoquezia; los casos severos se presentan como un abdomen agudo, con distensión abdominal, leucocitosis y a veces con shock desde el inicio.<sup>(14)</sup>

El tratamiento dependerá de la severidad del caso; puede ir desde un manejo conservador con hidratación, suspensión de la vía oral, monitorización y obviamente retiro de la medicación que se sospeche sea responsable del insulto, hasta la cirugía de urgencia. Se debe tener especial atención si hay fiebre, leucocitosis persistente, dolor abdominal lancinante, signos peritoneales y distensión progresiva. Hasta un 20% de los casos pueden requerir de cirugía. Se realiza la resección del segmento afectado, confirmando que los bordes no estén afectados y sean viables. La mortalidad es alta llegando hasta un 40 % en el grupo que se opera por perforación.<sup>(1,2)</sup>

Los casos 1 y 2 son semejantes; pacientes de sexo femenino, mayores de 70 años, que debutaron con dolor abdominal de intensidad leve a moderada, cambios evacuatorios y leve sangrado digestivo bajo. No llegó a comprometerse seriamente el estado general y no necesitaron hospitalizarse; sin embargo las lesiones observadas en la colonoscopia eran relativamente severas. Además de la edad avanzada ambas tenían comorbilidades como arritmias e hipertensión y recibían varios fármacos. En el caso 1 el factor crítico en el desarrollo de la isquemia parece haber sido la hipotensión; la paciente venía utilizando amiodarona y propranolol. Este último fármaco ha sido incriminado con alguna frecuencia en la génesis de la colitis isquémica ya que produce hipotensión y reduce el gasto cardiaco.<sup>(2, 12)</sup> En el caso 2 no se constató hipotensión, pero la paciente recibía irbesartan, hidroclorotiazida y amlodipino, los cuales pueden haber contribuido a reducir la perfusión sanguínea del colon. Ambas pacientes tenían enfermedad diverticular no complicada, a nivel del

sigmoides; pero no se ha asociado esta enfermedad a la colitis isquémica. El tercer paciente era un varón de 86 años, muy venido a menos, con signos carenciales y gran pérdida ponderal, deterioro neurológico, quien recibía antipsicóticos y levodopa. No manifestó mayor dolor, sino debutó con un sangrado digestivo bajo, de volumen considerable; ingresó con signos de hipovolemia y tuvo que recibir dos unidades de sangre. Es un caso menos típico, ya que el sangrado en la colitis isquémica suele ser leve, sin embargo dada su condición, con severa desnutrición, es probable que la coagulación haya estado alterada. Este paciente había sido sometido 10 años antes a una resección del sigmoides, por la torción de un vólvulo; hipotéticamente la cirugía debe haber disminuido aún más la circulación colateral en este segmento del colon, que normalmente ya es pobre en colaterales.

Creemos que muchos casos de colitis isquémica como los presentados, pueden pasar desapercibidos si el médico que los ve inicialmente no sospecha esta posibilidad, y pueden ser catalogados erróneamente como colitis infecciosa o diverticulitis. Como los cambios endoscópicos no son duraderos, si no se realiza una colonoscopia tempranamente, se perderá la oportunidad de hacer un diagnóstico certero. Esto no quiere decir que deba utilizarse la colonoscopia como primer examen en el paciente grave que viene en malas condiciones, con abdomen agudo, signos peritoneales, hipotensión, taquicardia y shock; obviamente estos casos deben ser manejados con métodos diagnósticos no invasivos y por un equipo multidisciplinario que incluya cirujano, intensivista y gastroenterólogo.

La evolución benigna de estos tres casos, a pesar de la avanzada edad de los pacientes y la severidad de las lesiones observadas en la colonoscopia, nos muestra que el espectro de la colitis isquémica es muy amplio, ya que va desde casos subclínicos, hasta otros fulminantes que acaban en perforación del colon, peritonitis grave y muerte. Se ha descrito además que pueden presentarse estenosis significativas unos meses después del episodio de colitis isquémica, sobre todo cuando es severa y se localiza en el colon izquierdo; algunos casos han requerido de cirugía por esta secuela.<sup>(14)</sup>

**BIBLIOGRAFÍA**

01. GREEN BT, TENDLER DA. Ischemic Colitis: A Clinical Review. *South Med J.* 2005; 98:217-22.
02. HIGGINS PDR, DAVIS KJ, LAINE L. The epidemiology of ischemic colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 19:729-38.
03. DOWD J, BAILEY D, MOUSSA K et al. Ischemic colitis associated with pseudoephedrine: four cases. *Am J Gastroenterol.* 1999;2430-4.
04. SCOTT G, RICHARDSON JW, RICHARD CK et al. Ischemic colitis, systemic lupus erythematosus and the lupus anticoagulant: case report and review. *Gastrointest Endoscopy.* 2003 Feb Issue 2.
05. SEARS S, MCNALLY P, MATHEW SZ et al. Irinotecan (CPT-11) induced colitis: report of a case and review of Food and drug Administration reporting. *Gastrointest Endoscopy.* 1999 Dec Issue 6.
06. LINDER J, MONKEMULLER K, RAIJMAN I, et al. Cocaine-Associated Ischemic colitis. *Southern Medical J.* vol 99 N 11.
07. DIBAISE JK. Tegaserod associated ischemic colitis. *Pharmacotherapy.* 2005; 25:620-5.
08. SCHWARTZ DC; SMITH DJ. Colonic ischemia associated with naratriptan use. *J Clin Gastroenterol.* 2004;38:790-2.
09. NEWMAN JR, COOPER MA. Lower gastrointestinal bleeding and ischemic colitis. *Can J Gastroenterol.* 2002;16:597-600.
10. MEDINA C, VILASECA J, VIDELA S, et al. Outcome of patients with ischemic colitis. Review of 53 cases. *Dis Colon Rectum.* 2004; 47:180-4.
11. AÑÓN R; BOSCA MM; SANCHIZ V. Factors predicting poor prognosis in ischemic colitis. *World J Gastroenterol.* 2006; 12: 4875-8.
12. SREENARASIMHAIAH J. Diagnosis and management of ischemic colitis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005; 7: 421-6.
13. MIDIAN-SINGH R; POLEN A; Durishin C, et al. Ischemic colitis revisited: a prospective study identifying hypercoagulability as a risk factor. *South Med J.* 2004; 97: 120-3
14. PLA MARTÍ V; ALÓS COMPANY R; RUIZ CARMONA MD, et al. Experience and results in the surgical and medical treatment of ischemic colitis. *Rev Esp Enferm digest.* 2001; 93:501-8.