

Colitis necrotizante y neoplasma del colon

Dres. César Armand Ugón, Dante Parma, Heber Otazú,
Carlos Antúnez, Carlos Domínguez y Luis Yametti

Se presenta un caso de C.N., asociada con un neoplasma del ángulo esplénico del colon, que se instaló bruscamente, sin antecedentes inmediatos a destacar. Evidenciamos la gravedad del cuadro clínico, habiendo solucionado ambos procesos patológicos simultáneamente con una hemicolectomía derecha ensanchada con anastomosis ileocólica primaria

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS: Colitis / Colonic Diseases.

INTRODUCCION

Contribuimos con un nuevo caso de esta importante entidad patológica, que debe ser tenida en cuenta por el cirujano de urgencia. El hecho de haberse manifestado en un colon, portador de un neoplasma, y el haber resuelto simultánea y exitosamente ambos procesos patológicos, le da cierto matiz no carente de interés.

OBSERVACION CLINICA

Historia. — O.M.C. 57 años. Reg. 37.458/020.963. (20/8/78).

Ingresa al Servicio de Urgencia del Hospital Pasteur. Hora 13: en colapso circulatorio, pulso filiforme, P. Art. imperceptible, algidez periférica, palidez de piel y mucosas. Por la sonda nasogástrica, líquido porráceo. Hace 48 horas movilizó por última vez el intestino y en las últimas 24 horas tuvo vómitos profusos, "oscuros". Examen: cuadro grave, en apirexia, anemia intensa, el abdomen impresiona como distendido, pero es imposible obtener datos.

Impresión Primaria: Hemorragia digestiva alta, por lo cual se comienza con reposición masiva con sangre, suero, etc.

Hora 18 (5 horas después): paciente que había mejorado hemodinámicamente, que tiende nuevamente al colapso circulatorio. *Revista la Enferma:* es evidente que hay una distensión abdominal, simétrica a predominio infraumbilical, hipersonoridad a la percusión, silencio abdominal auscultatorio, con reacción peritoneal intensa. T. R.: ampolla libre, Douglas doloroso.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 8 de noviembre de 1978.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Residentes de Cirugía y Médicos Auxiliares.

Dirección: Cno. Carrasco 4146, Montevideo (Dr. C. Armand Ugón).

Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar). Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo.

Reinterrogatorio: adelgazamiento de 15 kg. en 8 meses, sin evidente alteración del tránsito intestinal. No dispepsia previa, importante conflicto familiar.

Replanteo: cuadro agudo de abdomen, de inicio brusco, apirético, oclusivo y a su vez con reacción peritoneal. Pensamos: 1º) en un vólvulo del delgado o del colon (para éste faltaba la asimetría); 2º) infarto intestinal (aunque faltaba sangre al tacto rectal; 3º- peritonitis por E.D.C. (demasiado colapso circulatorio).

Conducta: reposición masiva (sangre, Haemacel, suero, Rx. de abdomen y laparotomía exploradora.

Rx. de Abdomen: niveles hidroaéreos en el colon ascendente y transversal y en las últimas asas ileales.

Diagnóstico Preoperatorio: oclusión coloileal por neoplasma de colon, aunque sobra la gravedad del cuadro clínico y la reacción peritoneal.

Operación. — Hora 21: Dres. C. Armand Ugón, Dante Palma, H. Otazú. Anestesiista: Dr. Garazza. Incisión: mediana infra y supraumbilical. *Exploración:* peritonitis seropurulenta, más abundante debajo del colon transversal y del ángulo hepático. Asas delgadas distendidas, sigmoide con gases. Neoplasma estenosante en la rama aferente del ángulo esplénico. Necrosis del colon proximal al neoplasma, predominantemente en el transversal y ambas ramas del ángulo hepático, dando una peritonitis por permeación. "Ciego" distendido sin evidencias de necrosis. No hay extensión regional, peritoneal ni hepática del tumor. Latidos de la arteria mesentérica superior y sus ramas normales.

Táctica. — Se decide: 1º reseca ambas lesiones, es decir hacer una hemicolectomía derecha ensanchada, incluyendo la rama descendente del ángulo esplénico; 2º- reconstruir el tránsito intestinal por una anastomosis término-terminal, en dos planos. Dilatación del esfínter anal.

Anatomía Patológica (Dr. N. Toledo. — *Macroscopía:* abierta la pieza se comprueba una lesión ulcerostenosante (30 por 30 mm.-, en el ángulo esplénico, que toma 3/4 de circunferencia y llega a la serosa. Ausencia de ganglios regionales. Colon transversal, ángulo hepático y sector próximo del ascendente muy dilatados (13 cms. de ancho. Están tumefactos, edematosos, con la mucosa de aspecto gangrenoso, erosionada en muchas áreas, ulcerada en otras. Ciego y sector vecino del ascendente indemnes. *Macroscopía:* adenocarcinoma, diferenciado. Por detrás del tumor, lesiones intensas y difusas de necrosis de la mucosa y

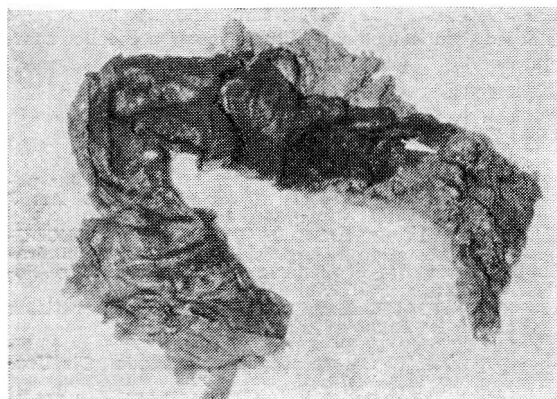


Fig. 1.—Pieza de resección: la flecha indica al neoplasma. Proximalmente hasta el ángulo hepático, se observa la necrosis de la mucosa. Esta es normal a nivel del ciego.

submucosa, con el agregado de lesiones inflamatorias agudas infiltro-exudativas agudas en todas las capas.

Evolución. — Reposición hidrosalina intensa, recuperando y normalizando la diuresis en las primeras 24 hrs. Febril: $38^{\circ}/38^{\circ}5$. Al 4^o día expulsa gases, movilizándolo el intestino al 6^o día. Del 8^o al 10 día, aunque moviliza el intestino, retiene 800 c.c. por la S.N. gástrica. Fiebre en ganchos que se mantiene hasta el 20^o día, lo cual hizo plantear posibles abscesos, del Douglas, subfrénico. La causa se debió a una supuración de la herida. Alta al mes.

COMENTARIO

De los hallazgos operatorios y anatomopatológicos, llegamos a la conclusión de que estamos frente a un caso de colitis necrotizante aguda (C.N.), que se evidenció en un colon portador de un neoplasma.

De la macroscopía destacamos, peritonitis por permeación en el sector proximal al neoplasma, donde el colon está distendido por materias y gases. Pero dicha alteración necrótica colónica era máxima en el transverso y no en el ciego, donde debería de serlo si la permeación parietal es consecuencia de la distensión, con diastasis cecal, caso de las oclusiones cerradas.

Una vez abierta la pieza, el máximo de las lesiones estaban en la mucosa, hecho habitual en las colitis necrotizantes (3, 4), lo cual ha hecho plantear la existencia de shunt arteriovenosos submucosos, que serían responsables de la necrosis (4, 8). La circulación a nivel del mesocolon ascendente y transverso, era normal (buen latido en dichas ramas, sin trombosis), tal cual se ve en las C.N. Máximo de lesiones en la mucosa, con zonas ulceradas sobre todo en el transverso, y en el ascendente, zonas patológicas alterando con zonas de mucosa sana (en bandas transversales) y con la mucosa y el resto de las paredes cecales normales. Si bien se ha sustentado (4, 8) que es una entidad que se manifiesta sin patología previa, creemos que la presencia del neoplasma no invalida el

diagnóstico. Se trataría de una mera coincidencia, o que el neoplasma por medio de la suboclusión, en un paciente anémico (anóxico), stressado, contribuyó al desencadenamiento a la vez que a topografiar la lesión. En efecto, suboclusión es igual a exacerbación de la flora microbiana. Especialmente de los anaerobios, del *Clostridium Welchii*, según Killingback y Williams (3). Para autores como Marston (5) lo fundamental es la isquemia, tratándose de la forma gangrenosa de la colitis isquémica.

Evidentemente corresponde a aquellos casos de C.N., poco frecuentes, que debutan sin antecedentes (en general graves), sobre todo cardiovascular, shock, enfermos internados en C.T.I., etc. En cuanto al neoplasma, no es considerado por los diferentes autores, como un antecedente de la C.N., creemos que fue sólo una coincidencia.

De nuestro caso, y a fin de ser tenida en cuenta esta enfermedad, destacamos: cuadro de shock grave, colapso circulatorio, algidez periférica, anemia intensa (que hizo pensar en hemorragia digestiva); líquido porráceo por la S.N.G. Respuesta parcialmente, del punto de vista hemodinámico, ante un cuadro de distensión abdominal, sobre todo infraumbilical, con reacción peritoneal, apirético. En consecuencia replanteamos a la paciente, pensando en: 1) vólvulo, sobre todo por la rápida agravación. Sobre todo del delgado, por ser una distensión simétrica; 2) infarto intestinal, aunque faltaba sangre al tacto rectal; 3) peritonitis por perforación de divertículo del colon. Faltaba la fiebre y sobraba la gravedad del shock, en especial su rápida agravación. *Luego de la Rx.*: en oclusión coloileal, aunque sobraba la reacción peritoneal y la gravedad del cuadro clínico, ya que la distensión colónica no era tanta como para pensar en una peritonitis secundaria a la diastasis del ciego. Como dice Matteucci (4): "...una característica saliente, es que el abdomen rápidamente adquiere el aspecto de peritonítico...". Son cuadros que evolucionan en pocas horas. Según Rosen, la C.N., clínicamente recuerda a la peritonitis por E.D.C., con radiología sugestiva de vólvulo o pseudovólvulo del colon.

Con respecto a la táctica quirúrgica, la opinión mayoritaria, es la de resección primaria, con abocamiento de ambos cabos colónicos (o ileal y colónico distal), a la pared y restablecimiento secundario del tránsito intestinal. Se fundamenta en que es frecuente la extensión del proceso necrótico al colon remanente, con falla de la sutura primaria. Pensamos que en caso de necrosis segmentaria del colon, es lógica dicha conducta. No la creemos tanto, en caso de que la resección llega proximalmente hasta el íleon. En nuestro caso, había una diferencia neta, entre el colon proximal y el colon distal al neoplasma, con una muy buena irrigación del íleon y del colon descendente. Creemos que si la irrigación de ambos cabos es buena, se debe intentar la reconstrucción primaria. Recordamos que la ileostomía, puede acarrear múltiples trastornos metabólicos, sobre todo hidrosalinos.

RESUME

Colite nécrotisante et cancer du colon. A propos d'un cas

On présente un cas de colite nécrotisante, associé à un cancer de l'angle splénique du colon, apparue brusquement, sans antécédent immédiat à signaler.

On a vu l'importance du cadre clinique et on a résolu les deux maladies simultanément avec une hémicolectomie droite agrandie avec anastomose iléocolique primaire.

SUMMARY

Necrotizing colitis and neoplasm of colon. One case

The paper describes a case of abrupt onset of necrotizing colitis, associated with neoplasm of splenic angle of colon. There was no prior evidence worth mentioning. Clinical picture was very serious, but both patho-

logic processes were solved simultaneously by a right enlarged hemicolectomy with primary ileocolic anastomosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALLEN A. An unified concept of the vascular pathogenesis of enterocoli of varied etiology. *Am J Gastroenterology*, 554: 347, 1971.
2. JOYEUX R, SELLAMI A, VEYRET J et DECOUVE V. Les nécrosis aiguës du colon sans oblitération vasculaire ni obstacle sousjacent. *J Chir (Paris)*, 102: 185, 1971.
3. KILLINGBACK A and WILLIAMS K. Necrotizing colitis. *Br J Surg*, 49: 175, 1962.
4. MATTEUCCI P, PORRAS Y, FALCONI L y SANGUINETTI J. Colitis necrotizante aguda. *Cir Uruguay*, 46: 125, 1976.
5. MARSTON A, PHEILS MT, TOMAS ML and MARSON BC. Ischaemic colitis. *Gut*, 7: 1, 1966.
6. MERCADIER M, CLOT J, VIDAL B et BARBIER J. Nécrose colique sans oblitération vasculaire. *Mém Acad Chir*, 93: 310, 1967.
7. OTTINGER L. Nonocclusive mesenteric infarction. *Surg Clin North Am*, 54: 689, 1974.
8. ROSEN I, COOTER N and RUDERMAN R. Necrotizing colitis. *Surg Gynecol Obstet*, 137: 645, 1973.