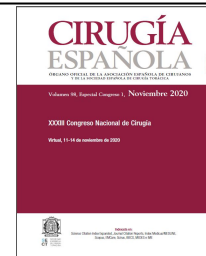




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-583 - COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA FULMINANTE: ¿CUÁL ES EL MANEJO QUIRÚRGICO CORRECTO? REVISIÓN DE LA LITERATURA

Herrero Torres, María de los Ángeles; Triguero Cabrera, Jennifer; Palomo López, Irina; Francisco, Huertas Peña; Palomeque Jiménez, Antonio; Villar del Moral, Jesus María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La colitis pseudomembranosa (CPM) es una inflamación de la mucosa del colon causada por exotoxinas producidas por la bacteria *Clostridium difficile* (CD) que suele ocurrir tras toma de antibióticos. Puede cursar de manera leve, moderada y grave o fulminante. La forma fulminante se presenta en el 3-10% de los casos, con una mortalidad entre el 35-80%.

Caso clínico: Mujer de 52 años que acude a urgencias por dolor abdominal, diarrea y fiebre. Previamente destaca la toma de clindamicina y una cefalosporina de tercera generación. En la exploración física presentaba un abdomen distendido, con signos de irritación peritoneal generalizada. En la analítica destacaban 18.000 leucocitos/microlitro con 86% polimorfonucleares, proteína C reactiva en 280 mg/L y alteración de la coagulación. La toxina en heces para el CD fue positiva. La tomografía computarizada (TC) de abdomen mostraba una pancolitis con importante líquido libre peritoneal. Presentó una evolución tórpida a pesar de antibioterapia con tendencia a la hipotensión y oligoanuria, con una puntuación de Apache II de 8, por lo que se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos donde comenzó con drogas vasoactivas (DVA). Dado el empeoramiento clínico se intervino de manera urgente realizándose colectomía subtotal con ileostomía terminal, tras evidenciar peritonitis purulenta asociada a una importante inflamación del colon. El postoperatorio cursó sin incidencias: al segundo día se retiraron DVA, la ileostomía funcionó al tercer día y los reactantes de fase aguda fueron descendiendo. Fue dada de alta al 12º día siendo la toxina del CD negativa en heces. El resultado anatomopatológico informó de cambios histológicos compatibles con colitis pseudomembranosa.

Discusión: Hasta el 20% de los casos de colitis pseudomembranosa fulminante puede requerir de intervención quirúrgica urgente. Las indicaciones para la misma no están bien establecidas, algunas de las mismas son: colitis complicada con perforación o necrosis, signos de sepsis (fallo renal, aumento del ácido láctico, alteración del estado mental), necesidad de drogas vasoactivas o ausencia de mejoría a pesar de tratamiento antibiótico. Algunos autores han establecido puntuaciones para determinar la gravedad, sin embargo, aun no se han establecido unos criterios concretos para establecer la indicación quirúrgica y el momento más adecuado de la misma. La importancia radica en una actuación quirúrgica temprana ya que se ha visto que hay un aumento de mortalidad en pacientes que se intervienen con un shock séptico ya establecido respecto a aquellos que no responden al tratamiento médico sin shock. La principal intervención realizada es la colectomía subtotal con ileostomía terminal, realizando una resección colónica que permita una reconstrucción futura del tránsito, ya que ha demostrado un aumento de la supervivencia respecto a pacientes no intervenidos. En los últimos años ha surgido otra técnica menos invasiva que consiste en realizar

una ileostomía en asa y posteriores instilaciones con vancomicina del colon con buenos resultados de supervivencia y preservación del colon. En definitiva, lo principal es realizar una valoración quirúrgica temprana e individualizar cada caso, en espera de evidencia que delimite las indicaciones de cirugía temprana.