



P-387 - COLITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A OBSTRUCCIÓN MALIGNA DE COLON

González de Miguel, Melania; Ruiz Carballo, Sandra; García Carrillo, Maitane; Pérez de Villarreal Amilburu, Patricia; Cruz González, Inmaculada Concepción; Hierro-Olabarria Salgado, Lorena; Losada Docampo, Iria; García Herrero, Silvia

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La colitis necrotizante secundaria a obstrucción por cáncer es una rara entidad caracterizada por cambios isquémicos de todo el colon asociados a obstrucción maligna del mismo, que requiere cirugía urgente. La incidencia varía desde el 0,3 al 3,1% de todos los carcinomas colorrectales. En cuanto a la fisiopatología, la causa de la isquemia podría deberse a la disminución de la vascularización de la pared del colon producida por el aumento de la presión intraluminal, provocando isquemia de la mucosa intestinal y facilitando la proliferación bacteriana.

Caso clínico: Mujer de 47 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal hipogástrico de inicio brusco, asociado a náuseas, vómitos y distensión abdominal. Es valorada por el servicio de ginecología, quien realiza analítica y ecografía endovaginal, siendo estas dos normales, por lo que es remitida al servicio de urgencias generales donde es valorada por el equipo quirúrgico, solicitándose TC abdominal urgente. Los resultados del TC, muestran una obstrucción de colon con signos de isquemia, secundaria a un engrosamiento en la unión rectosigmoidea, de aspecto neoplásico. Ante los hallazgos, se realiza colonoscopia urgente y se coloca una endoprótesis metálica en el segmento afecto. En las horas posteriores tras la colocación de la prótesis, persiste intenso dolor abdominal, gran afectación del estado general y un abdomen peritonítico a la exploración, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Se interviene bajo anestesia general, realizando una laparotomía media supra-infraumbilical. Durante la cirugía se objetivó una neoplasia estenosante a nivel de la unión rectosigmoidea con dilatación retrógrada y aspecto isquémico de todo el colon realizándose una colectomía subtotal con ileostomía terminal. En el postoperatorio inmediato la paciente permaneció en reanimación requiriendo pauta descendente de noradrenalina y con mejoría clínica y analítica en las siguientes 72 horas. Fue dada de alta el 8º día postoperatorio, sin incidencias. El estudio anatomicopatológico de la pieza puso de manifiesto un adenocarcinoma intestinal de bajo grado de la unión rectosigmoidea, pT4N1L1, además de isquemia de todo el colon. Actualmente, la paciente se encuentra pendiente de cita con oncología para iniciar tratamiento quimioterápico adyuvante.

Discusión: Varios estudios han demostrado que la colocación de prótesis metálica previa a la cirugía es coste-efectiva en el tratamiento del cáncer de colon obstructivo, comparado con el tratamiento quirúrgico urgente (intervención de Hartmann). Su utilidad, puede ser paliativa en pacientes no candidatos a cirugía o bien servir como puente hacia la intervención quirúrgica, reduciendo así las complicaciones derivadas de la vía urgente. Por otro lado, la colitis isquémica no gangrenosa se asocia a una baja mortalidad, sin embargo, el pronóstico varía drásticamente cuando es necrotizante, situándose las cifras de mortalidad entre el 50 y el 75%. Por ello, el tratamiento de elección ante la colitis necrotizante debe ser la cirugía urgente con resección de todo el

segmento afecto hasta márgenes macroscópicamente sanos, evitándose la anastomosis primaria en pacientes con signos de colitis grave e inestabilidad hemodinámica.