



P-379 - CUANDO EL COLON QUEDA ATRÁS: UNA MIRADA TERAPÉUTICA A LA COLITIS POR DERIVACIÓN

Gámiz Oleaga, Iñaki; Molina Barea, Rocío; Alberca Páramo, Ana; Bastidas Rodríguez, Annabel; Carmona Pozo, Antonio; Ramiro Sánchez, Ángel José; Córzar Ibáñez, Antonio

Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén.

Resumen

Introducción: La colitis por derivación (CD) se caracteriza por la inflamación de la mucosa en el segmento desfuncionalizado del colon tras una colostomía/ileostomía. Varias series reportan una frecuencia de aparición de entre un 70-74% en pacientes sin EII preexistente y del 91% en pacientes con EII preexistente, comenzando entre los 3-36 meses tras la confección del estoma. Los casos sintomáticos comprenden aproximadamente el 30% de todos los diagnosticados mediante estudios endoscópicos. Los mecanismos básicos subyacentes a la CD son difusos. El sobrecrecimiento bacteriano, la presencia de deficiencias nutricionales, toxinas o alteraciones en la relación simbiótica entre bacterias luminales y la capa mucosa, se han planteado como posibles hipótesis de su patogenia. Recientemente, se ha propuesto la isquemia como una causa de CD. El déficit de ácidos grasos de cadena corta (SCFA), podría ser clave en la fisiopatología, ya que la ausencia de ellos puede inducir un aumento del tono en las arterias pélvicas, lo que lleva a una isquemia relativa de la mucosa colorrectal.

Caso clínico: Varón de 74 años con antecedentes de síndrome metabólico e ingreso previo en 2022 por cólico biliar complicado. Acude a Urgencias en 2024 por nuevo episodio de cólico biliar con elevación de enzimas pancreáticas y bilirrubina total de hasta 9mg/dl, por lo que se decide ingreso a cargo de Digestivo con diagnóstico de colecisto-pancreatitis BISAP 3. Durante su estancia en planta, desarrolla cuadro de shock séptico que precisa de traslado a UCI e intervención quirúrgica urgente, realizándose colecistectomía abierta y dejando sistema de abdomen abierto. Posteriormente, sufre colitis isquémica aguda derecha por bajo gasto, desembocando en hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica que, al 5.^º día, fuga y se reinterviene, optándose por abocar ileostomía terminal. Desde entonces, comienza con un cuadro de colitis por derivación y megacolon asociado de hasta 11,5 cm de diámetro, condicionando episodios severos de hipopotasemia manejados de forma conservadora sin éxito. Finalmente, se opta por realizar colectomía total abierta, con normalización en los niveles de potasio y resolución de síntomas. Sin embargo, en el posoperatorio desarrolla colecciones intrabdominales que precisan de drenaje quirúrgico, aunque con buena evolución posoperatoria. Tras traslado a hospital de crónicos, el paciente fallece por desnutrición secundaria a claudicación vital.

Discusión: Actualmente, no existe una terapia estándar establecida para la colitis por derivación. El tratamiento médico con antibióticos, glucocorticoides, enemas de ácidos grasos de cadena corta y

ácido 5-aminosalicílico, son alternativas con diversos grados de eficacia. Debido a la falta de métodos de evaluación establecidos, la efectividad de estos tratamientos no ha sido caramente confirmada. En consecuencia, la reanastomosis quirúrgica sigue siendo la opción de tratamiento más confiable y efectiva, por lo general, sin precisar de resección. Las indicaciones para esta incluyen: sepsis perianal no controlada, enfermedad fistulosa perianal, incontinencia anal y síntomas no controlados de forma conservadora, como ocurrió en el presente caso.