



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/227 - MEGACOLON TÓXICO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

J. Rodríguez Duque¹, A. del Rey Rozas², A. Muñiz Abecia³, R. Navas Pariente⁴, R. López Gil¹, L. Sáinz de la Maza Herrero¹

¹Médico Residente de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años con AP de colitis ulcerosa diagnosticada en 1995 con buen control con mesalazina oral. Última colonoscopia en enero de 2018, sin actividad. Refiere que desde hace 1 mes ha comenzado con diarrea de en torno a 6-7 deposiciones líquidas (ritmo habitual 1 dep/día y no todos los días) sin moco pero sí con sangre, hasta que ésta está presente en todas las deposiciones actualmente. Asocia dolor abdominal en hipogastrio y sensación nauseosa sin vómitos, con intolerancia parcial a ingesta. No refiere tiritona ni sensación distérmica en domicilio pero a su llegada a HUMV presenta fiebre. No lesiones cutáneas de nueva aparición ni artralgias.

Exploración y pruebas complementarias: T: 37,9 TAS: 115 TAD: 78 FC: 116 CyO ×3. Apariencia de debilidad, palidez. CyC: no adenopatías, no aumento PVY AC rítmica sin soplos AP mvc Abdomen blando, depresible, doloroso en mesogastrio con ligera defensa voluntaria en epigastrio a la palpación profunda. RHA algo aumentados, sin metálicos. No masas ni megalías. EEII: no edemas, no signos de TVP. Analítica: Hemograma: leucocitos 15,2, hemoglobina 13,0, plaquetas 608, cayados % 12,0. Bioquímica: glucosa 131, urea 46, creatinina 1,02, bilirrubina total 1,0, AST 13, ALT 14, gamma-GT (GGT) 36, fosfatasa alcalina 52, LDH 148, amilasa 6, albúmina 2,0, Na 134, K 3,1, proteína C reactiva > 25 mg/dL. Coagulación: TP (actividad de protrombina) 66. Rx abdomen: dilatación pancolónica con transverso de 11 cm, presencia de aire en ampolla rectal. Se interpreta como brote grave de colitis ulcerosa con megacolon tóxico, por lo que se inicia antibioterapia empírica y corticoterapia a 1 mg/Kg/día. En los días posteriores presenta discreta mejoría clínico-radiológica, disminuyendo la dilatación de transverso a 4 cm. Pese a ello persiste la rectorragia requiriendo transfusiones, y tras un episodio de HDB con inestabilidad hemodinámica se decide colectomía subtotal. El paciente progresó favorablemente en los días siguientes.

Juicio clínico: Brote grave de colitis ulcerosa con megacolon tóxico.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Crohn, disentería.

Comentario final: El megacolon tóxico se define como dilatación de colon transverso mayor de 6 cm acompañado de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. La causa más frecuente es la enfermedad inflamatoria, en concreto la colitis ulcerosa, pudiendo aparecer también en infecciones digestivas. El tratamiento de elección es inicialmente médico con antibioterapia empírica, corticoterapia y en algunos casos agentes biológicos. Ante ausencia de respuesta en 48-72 horas, está indicado el tratamiento quirúrgico consistente en colectomía subtotal e ileostomía.

Bibliografía

Ausch C, Madoff RD, Gnant M, et al. Aetiology and surgical management of toxic megacolon. Colorectal Dis. 2006;8:195.

Kerstens J, Diebels I, de Gheldere C, Vanclooster P. Blowhole Colostomy for Clostridium difficile-Associated Toxic Megacolon. Case Rep Surg. 2016; 2016:5909248.