

Colitis isquémica

Ischemic colitis

J. Gómez-Barbadillo

Facultativo Especialista de Área Cirugía General y Digestiva. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

COLITIS ISQUÉMICA

La colitis isquémica (CI) es un proceso caracterizado por una inflamación del colon que se produce porque el flujo vascular arterial es insuficiente para cubrir las demandas metabólicas del mismo en una localización específica.

Se trata de la forma más frecuente de isquemia intestinal, representando un 70% de los trastornos isquémicos del tracto digestivo.

Existe una escasa evidencia científica de manera que la mayoría de las publicaciones se basan en series de casos y estudios retrospectivos no existiendo ensayos clínicos o estudios de nivel elevado de evidencia.

Aunque existen formas graves con alta mortalidad, afortunadamente el 70-80% de los casos de CI son formas leves autolimitadas coincidiendo los casos graves con la necesidad de cirugía de manera que las formas leves y transitorias raramente requieren tratamiento quirúrgico mientras que las formas graves precisan cirugía de forma invariable.

Globalmente considerado, el pronóstico global de la enfermedad depende de la localización, teniendo peor pronóstico cuando se localiza de forma aislada en el colon derecho y cuando tiene una

afectación pancolónica; de la existencia de comorbilidades, siendo peor en situaciones de fallo renal agudo, bajo gasto cardiaco, antecedentes de cirugía cardiaca o aórtica previa y cuando existe arteriosclerosis mesentérica y de la necesidad de tratamiento quirúrgico, ya que los pacientes que se operan tienen una mortalidad entre 30% y 60% siendo factores pronósticos adversos el retraso en el diagnóstico y la indicación de cirugía, la existencia de un pH preoperatorio bajo, de un lactato sérico elevado y la administración perioperatoria de catecolaminas.

Mejorar estos resultados, implica reducir el tiempo hasta la cirugía en los pacientes con factores de mal pronóstico, lo que supone mejorar el rendimiento diagnóstico que suele ser muy bajo a causa de la inespecificidad de los síntomas y la ausencia frecuentemente de una causa predisponente clara.

Debe sospecharse la existencia de CI en todo paciente con dolor abdominal leve/moderado, rectorragia o diarrea sanguinolenta y defensa abdominal leve moderada que se asocian a alguno de los factores de riesgo conocidos, principalmente edad mayor de 65 años y/o factores de riesgo cardiovascular (HTA, insuficiencia cardiaca, tabaco, arritmias, etc.), cirugía cardiaca o aórtica reciente, enfermedades sistémicas: vasculitis, coagulopatías, infecciones, medicaciones o drogas ilícitas: cocaína, ejercicio físico extremo, episodio cardiovascular mayor con hipotensión arterial (fibrilación auricular, IAM, etc.) o lesiones obstructivas o potencialmente obstructivas del colon. La colonoscopia en menos de 48 horas se ha propuesto como procedimiento *gold standard* para el diagnóstico si bien a efectos prácticos, la realización de TAC de forma urgente en pacientes con abdomen agudo y la aplicación de criterios de Balthazar permiten obtener un diagnóstico de forma más rápida ya que excluye

CORRESPONDENCIA

José Gómez Barbadillo
josebg@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Gómez Barbadillo J. Colitis isquémica. Cir Andal. 2018;29(4):457-58.

otras causas de dolor, sugiere el origen, la localización y extensión de la isquemia y detecta las complicaciones secundarias a la misma como neumoperitoneo y líquido libre peritoneal.

En ausencia de signos peritoneales y/o sepsis, el tratamiento de entrada debe ser conservador encaminado a eliminar la causa subyacente si se identifica y a optimizar la perfusión del colon isquémico, mejorando el gasto cardíaco y aportando fluidos y oxígeno.

En los casos en los que se precisa tratamiento quirúrgico es habitual el uso de estomas si bien en pacientes con isquemia de colon derecho que tienen una situación estable, puede optarse por una anastomosis ileotransversa. La afectación de los márgenes de resección incrementa las complicaciones postoperatorias por lo que debe evaluarse el margen recurriendo si es preciso a la apertura del colon y a la inspección *in situ* de la mucosa remanente.

Una serie de datos parecen sugerir un peor pronóstico asociado al tratamiento quirúrgico. La localización aislada en colon derecho, las formas pancolónicas conjuntamente con la realización de colectomía subtotal, el lactato sérico preoperatorio alto conjuntamente con el pH preoperatorio bajo, situaciones de fallo renal agudo o bajo gasto cardíaco, conjuntamente con el empleo de catecolaminas perioperatoriamente, la cirugía cardíaca o aórtica previa, la arteriosclerosis mesentérica, la afectación isquémica del margen de resección y el retraso en el diagnóstico y la laparotomía, justifican una mayor morbimortalidad en estos pacientes.

En los pacientes que sobreviven a un episodio de CI, el pronóstico en sí de la enfermedad es bueno, con una tasa de recurrencia de la isquemia del 10-16% a los cinco años y 25-30% de los pacientes manteniendo síntomas en forma de isquemia crónica (dolor abdominal recurrente, diarrea sanguinolenta, enteropatía pierde-proteínas o crisis suboclusivas por estenosis de colon). La supervivencia a los cinco años es del 18% pero la mayoría de las muertes se producen por complicaciones cardiovasculares y se ha publicado que la arteriosclerosis mesentérica es el único factor pronóstico asociado a la supervivencia a largo plazo por lo que la CI parece ser una forma más de enfermedad cardiovascular y por tanto su pronóstico depende de esta situación más que de la recurrencia de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Washington, C., & Carmichael, J. C. Management of ischemic colitis. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 2012, 25(4), 228–235.
2. Díaz Nieto, R., Varcada, M., Ogunbiyi, O. A., & Winslet, M. C. Systematic review on the treatment of ischaemic colitis. *Colorectal Disease*, 2011, 13(7), 744–747.
3. AGA Technical Review on Intestinal Ischemia. *Gastroenterology* 2000;118:954–968
4. Genstorfer, J., Schäfer, J., Kettelhack, C., Oertli, D., & Rosenthal, R. Surgery for ischemic colitis: outcome and risk factors for in-hospital mortality. *International Journal of Colorectal Disease* 2014, 29 (4): 493-503.
5. Glauser, P. M., Wermuth, P., Cathomas, G., Kuhnt, E., Käser, S. A., & Maurer, C. A. Ischemic colitis: clinical presentation, localization in relation to risk factors, and long-term results. *World Journal of Surgery*, 2011, 35(11), 2549–2554.
6. Reissfelder, C., Sweiti, H., Antolovic, D., Rahbari, N. N., Hofer, S., Büchler, M. W., et al. Ischemic colitis: who will survive? *Surgery*, 2011, 149(4), 585–592.
7. Montoro, M. A., Brandt, L. J., Santolaria, S., Gomollon, F., Sánchez Puértolas, B., Vera, J., et al. Clinical patterns and outcomes of ischaemic colitis: results of the Working Group for the Study of Ischaemic Colitis in Spain (CIE study). *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2011, 46(2), 236–246.
8. Brandt, L. J., Feuerstadt, P., & Blaszkia, M. C. Anatomic patterns, patient characteristics, and clinical outcomes in ischemic colitis: a study of 313 cases supported by histology. *The American Journal of Gastroenterology*, 2010, 105(10), 2245–52– quiz 2253.