

11209
2 ej. 19

HOSPITAL GENERAL

DR. MANUEL GEA GONZALEZ

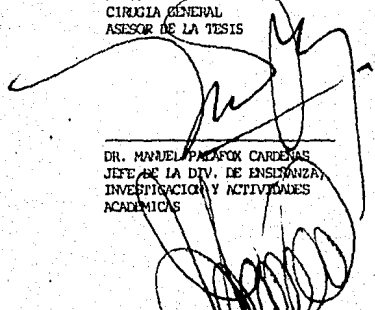
TITULO DE LA TESIS: COLITIS FULMINANTE

AUTOR: DR. SALMON CORRAL SAUCEDO

REVISADA Y AUTORIZADA POR:



DR. REFUGIO IBANEZ FUENTES
ASCRITO DEL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL
ASESOR DE LA TESIS



DR. MANUEL PALAFOX CARDENAS
JEFE DE LA DIV. DE ENSEÑANZA,
INVESTIGACION Y ACTIVIDADES
ACADEMICAS

DR. JOSE FERNANDEZ AMARU
TUTOR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
JEFE DE LA DIVISION DE CIRUGIA
CO-ASESOR DE LA TESIS

FALSA EN ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

COLITIS FULMINANTE

INTRODUCCION:

Con las enfermedades inflamatorias del colon llámese Colitis Ulcerosa, Colitis Pseudomembranosa, Colitis Amibiana, etc., la complicación más temible es la perforación del colon denominándose a esta entidad también "Colitis Fulminante". En nuestro medio la causa más frecuente de colitis fulminante es la amibiásis, y a pesar de la sospecha diagnóstica temprana de las modificaciones en la terapéutica quirúrgica, de los métodos de apoyo nutricional, de los cuidados intensivos, así como tratamiento antimicrobiano adecuado; la mortalidad en este padecimiento sigue siendo elevado.

La amibiásis es una enfermedad que continúa siendo alarmante por su frecuencia en países con nivel socioeconómico bajo, a los cuales por desgracia México tiene el honor de pertenecer y en donde la amibiásis es un problema cotidiano. La mayoría de los casos tiene forma ligera como la Proctocolitis, pero pueden establecerse formas más graves como: Tiflopendicitis, Amibiano (1), Ameboma, formas extraintestinales como es el absceso hepático y la más grave de todas Colitis Fulminante.

A partir de la década de los '70 con el advenimiento del metronidazol se observó disminución franca de la frecuencia de formas graves, pero teniendo como fondo en la génesis de esta enfermedad la pobreza y la falta de higiene, aun persiste siendo un grave problema que afecta a nuestra población.

En la Colitis fulminante se invocan factores relativos al parásito, hablándose de mayor virulencia; o bien relativos al huésped, disminución de la capacidad defensiva en la respuesta inmunológica (2), a tal grado que la lesión amibiana no se limita a la mucosa y submucosa sino -

que se produce necrosis y perforación de todas las capas del colon (3) ocasionando una o múltiples perforaciones y si hay destrucción de los plexos nerviosos ocurre megacolon tóxico, el cual tiene mortalidad alrededor del 100% (4).

En la literatura mundial se encuentran en relación a mortalidad en tratamientos quirúrgicos por colitis fulminante cifras como - las siguientes: Howe (5) en 1945 100%, Vajrabukka (6), en Tailandia en 1979 y Bautista O'farril (7,8) en México dan cifras del 55%, en la India en 1978 Eggleston (9) refiere mortalidad global de 50%. En México en el Hospital Central Militar Bernal Sánchez (10) el 68% en adultos - y 93% en niños.

OBJETIVO:

La finalidad de este trabajo es revisar la casuística del - Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en la atención de pacientes con perforaciones colonicas reconocidas como Colitis Fulminante, así - como sus manifestaciones clínicas más frecuentes, terapéutica quirúrgi - ca empleada y su mortalidad, comparando esta última con la edad, sexo, tipo de tratamiento llevado a cabo, segmentos afectados y asociación - con absceso hepático.

MATERIAL Y METODOS:

Se efectuó una revisión retrospectiva en los expedientes clínicos del Servicio de Cirugía General del Hospital "Dr. Manuel Gea - Gonzalez" en un periodo de 5 años de 1980 a 1984 estudiando 15 casos de Colitis Fulminante, analizando: Estrato socioeconómico, edad, sexo, cuadro clínico y tiempo de evolución, datos de laboratorio y tratamiento.

RESULTADOS:

La edad mínima fue de 4 años y la máxima de 93 años, con un promedio de 44 años; predominando el sexo masculino en relación de 3:1.

CUADRO I
Grupo por edades y sexo

AÑOS	MASC.	FEM.	TOTAL.
0- 9	1	0	1
10-19	1	0	1
20-29	2	0	2
30-39	0	0	0
40-49	4	0	4
50-59	1	0	1
60-69	2	1	3
70-79	0	1	1
80 y más		2	2
TOTAL	11	4	15

El 93.4% de los pacientes pertenecían al estrato socioeconómico bajo y el 6.6% al estrato socioeconómico medio.

El tiempo de evolución fluctuó entre 1-21 días con un promedio de 10 días.

Las manifestaciones clínicas fueron: Deshidratación y Sepsis, irritación peritoneal, dolor abdominal difuso y fiebre; otras manifestaciones menos frecuentes fueron: Ictericia, diarrea y rectorragia y signo de Joubert positivo.

CUADRO II
MANIFESTACIONES CLINICAS

SINTOMAS Y SIGNOS	No. DE PACIENTES	%
Deshidratación y Sepsis	14	93
Irritación peritoneal	12	80
Dolor abdominal difuso	11	73
Fiebre	9	60
Dolor abdominal localizado	4	26
Diarrea y Rectorragia	6	40
Signo de Joubert	3	20
Ictericia	7	46

Laboratorio: Los datos importantes fueron: Leucocitosis en el 73%, leucopenia en el 13%, teniendo como mínimo 4,500/mm³ y como máximo 28,500/mm³

(4)

CUADRO III

LABORATORIO

Número de casos

Leucocitosis	11	73.3%
Leucopenia	2	13.3%
Leucocitos normales	2	13.3%

Los datos radiológicos para corroboración de abdomen agudo fueron positivos en 14 casos, en un caso se sospechó de absceso hepático.

CUADRO IV

RADIOGRAFÍAS DE TORAX Y ABDOMEN

	No.	%
Aire libre	3	20
Datos positivos para Abdomen Agudo	11	73
Hepatomegalia	1	6.6
Hepatomegalia más datos de Abdomen Agudo	2	13.3

Encontramos Perforaciones Múltiples en el 66.7% de los casos, perforación Única en el 33.3% y asociado con absceso hepático en el 46%.

CUADRO V
 Hallazgos Transoperatorios

	No.	%
Perforaciones Múltiples	10	66.7
Perforación Única	5	33.3
Asociación con absceso hepático	7	46

La localización más frecuente fue en el colon derecho 80%

CUADRO VI

LOCALIZACION	No.	%
Colon Derecho	12	80
Colon Izquierdo	2	13.3
Todo el Colon	1	6.6

El procedimiento quirúrgico más utilizado fue la resección del o los segmentos afectados, en un caso se realizó Colectomía Total, y se efectuaron 2 procedimientos derivativos sin resección.

CUADRO VII
PROCEDIMIENTOS

Hemicolectomía	12
Colectomía total	1
Colostomía sin resección	1
Ileostomía sin resección	1

Las complicaciones postoperatorias en los pacientes que sobrevivieron fueron: Abscesos subfránicos, abscesos de pared, fistula enterocutánea y sangrado de tubo digestivo.

CUADRO VIII
MORBILIDAD

Absceso subfránico	3
Fistula enterocutánea	1
Absceso de pared	3
Sangrado de Tubo Digestivo	1

(7)

El reporte histopatológico para demostración del factor etiológico en las piezas quirúrgicas enviadas fue:

CUADRO IX

ETIOLOGIA

Amibiana	10	66.6%
C.D.C.I.	2	13.3%
Bacteriana	2	13.3%
Trichuris Trichura	1	6.6%

La mortalidad global fue del 53% encontrándose como datos interesantes que ésta llegó al 100% en pacientes mayores de 60 años.

CURDHO X
MORTALIDAD X EDADES

EDADES	No. CASOS	No. DEF.	%
0 - 9	1	0	0
10 - 19	1	1	100
20 - 29	2	0	0
30 - 39	0	0	0
40 - 49	4	1	25
50 - 59	1	0	0
60 - 69	3	3	100
70 - 79	1	1	100
80 y más	2	2	100
TOTAL	15	8	53

(9) ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO XI

MORTALIDAD

GLOBAL

53%

De 15 pacientes fallecieron

8.

Los pacientes con perforaciones múltiples presentaron cifras de mortalidad del 60% y la asociación con absceso hepático independientemente de perforaciones colonónicas múltiples o única elevó la cifra hasta el 86.6% (Ver cuadro 12)

CUADRO XII

MORTALIDAD

	No. CASOS	No. DEF.	%
Perforaciones Múltiples	10	6	60
Perforación Unica	5	2	40
Asociación con Absceso Hepático	7	6	86.7

DISCUSIÓN:

Se conoce por experiencia clínica e informes de la literatura médica mundial la presentación de la colitis fulminantes en las edades extremas de la vida, Bernal Sánchez (10) encuentra una frecuencia mayor en niños menores de 5 años y en pacientes entre la quinta y sexta década de la vida.

Nosotros encontramos también la mayor frecuencia en pacientes en la quinta década de la vida con predominio del sexo masculino en relación 3:1 que no difiere de otros reportes notando que a partir de la 7a. década las cifras se invirtieron con predominio del sexo femenino en relación 2:1.

La colitis fulminante es un padecimiento que predomina en países subdesarrollados con un nivel socioeconómico bajo (6,4,10), en nuestro estudio encontramos que el 93,4% de los pacientes pertenecían al estrato socioeconómico bajo y con malas condiciones nutricionales.

Las manifestaciones clínicas de la colitis fulminante son atípicas, lo cual dificulta el diagnóstico preciso. Es importante considerar a la colitis fulminante en el diagnóstico diferencial de todos los síndromes abdominales agudos (11).

Desde el punto de vista de laboratorio los hallazgos constantes son leucocitosis con bandemia encontramos leucopenia en pacientes -- con sepsis avanzada. En las radiografías de abdomen no siempre encontramos aire libre subdiafrágico; en nuestro trabajo solo el 20% - - -

presenta este dato, pero lo más importante son otros datos radiológicos como dilatación de colon o asas del intestino delgado, niveles hidro-aéreos y elevación de hemidiafragma derecho.

La terapéutica quirúrgica esta encaminada a aumentar la sobrevivencia de los pacientes existiendo dos escuelas: Una que recalca la importancia de las resecciones colónicas con derivación externa de los segmentos intestinales (7,8,10) y otra conservadora que aporta datos de disminución de la mortalidad con procedimientos tales como drenaje y derivación del tránsito intestinal sin resección (9,12).

En nuestros pacientes al 80%, se practicó resección de los segmentos afectados y solo a dos de ellos cirugía conservadora, una colostomía en adulto el cual falleció y una en un niño de 4 años con buen resultado, el uso de desfuncionalización con o sin resección de un colon perforado ha sido descrita en niños con colitis amibiana, Spitz en Sudafrica y Vargas en México, descubrieron su efectividad en 5 de 5 pacientes y 10 de 14 sobrevivientes respectivamente (12). Por lo cual podemos deducir que las derivaciones intestinales en colitis fulminante son adecuadas, pero en adultos esto sigue siendo controversial y falta aun mucha experiencia e investigación para decidir que procedimiento quirúrgico es el ideal.

La mortalidad encontrada en nuestro estudio del 53% es similar a otros reportes. A partir de la 7a. década la mortalidad fue del 100%, lo cual hace que aunado a la desnutrición, la mayor edad es un factor importante en la mortalidad.

presenta este dato, pero lo más importante son otros datos radiológicos como dilatación de colon o asas del intestino delgado, niveles hidro-aéreos y elevación de hemidiafragma derecho.

La terapéutica quirúrgica esta encaminada a aumentar la sobrevivencia de los pacientes existiendo dos escuelas: Una que recalca la importancia de las resecciones colónicas con derivación externa de los segmentos intestinales (7,8,10) y otra conservadora que aporta datos de disminución de la mortalidad con procedimientos tales como drenaje y derivación del tránsito intestinal sin resección (9,12).

En nuestros pacientes al 80%, se practicó resección de los segmentos afectados y solo a dos de ellos cirugía conservadora, una colostomía en adulto el cual falleció y una en un niño de 4 años con buen resultado, el uso de desfuncionalización con o sin resección de un colon perforado ha sido descrita en niños con colitis amibiana, Spitz en Sudafrica y Vargas en México, descubrieron su efectividad en 5 de 5 pacientes y 10 de 14 sobrevivientes repertivamente (12). Por lo cual podemos deducir que las derivaciones intestinales en colitis fulminante son adecuadas, pero en adultos esto sigue siendo controversial y falta aun mucha experiencia e investigación para decidir que procedimiento quirúrgico es el ideal.

La mortalidad encontrada en nuestro estudio del 53% es similar a otros reportes. A partir de la 7a. década la mortalidad fue del 100%, lo cual hace que aunado a la desnutrición, la mayor edad es un factor importante en la mortalidad.

La relación de colitis fulminante con hallazgos transoperatorios de perforaciones múltiples mostró una mortalidad del 60% contra un 40%, en los pacientes con perforación única haciendo pensar en mayor agresividad del agente etiológico en los primeros (12), y por ende mayor daño tisular lo cual pudiera explicar en parte la relación con la mortalidad presentada, sin embargo, es más clara la relación de colitis fulminante con absceso hepático dado que ya se hablaba de amibiasis invasora y su tasa de mortalidad es más alta. Además nosotros encontramos en esta asociación una tasa del 85.8% de mortalidad.

Se ha designado el término "Colitis Fulminante" a aquellos casos de colitis de curso rápido en que la lesión ulcero necrótica evoluciona a la perforación (8) pero relacionando siempre su etiología con "Entamoeba histolytica" la cual indudablemente por frecuencia ocuparía el 1er. lugar, sin embargo encontramos 2 casos de C.U.C.I. *Iportrichuris Trichuriae*, 2 de etiología bacteriana.

Proponemos que el término "Colitis Fulminante" no sea específica para etiología amibiana, sino que se utilice el término para designar otros agentes etiológicos como sería; "Colitis Fulminante Bacteriana". Isquémica Inflamatoria crónica, amibiana etc.

RESUMEN:

Se efectuó revisión retrospectiva en un período de 5 años de 1980 a 1984 estudiando 15 casos de colitis fulminante, 11 del sexo masculino y 4 del sexo femenino, con promedio de edad de 44 años, con edad mínima de 4 años y máxima de 93 años, con predominio del sexo masculino en relación 3:1. Más del 90% pertenecían al estrato socioeconómico bajo. El tiempo promedio de evolución fue de 10 días, en las manifestaciones clínicas resaltaron deshidratación, sepsis, dolor abdominal difuso, datos de irritación peritoneal y fiebre. Los datos de laboratorio y gabinete orientaban a pensar en sepsis intraabdominal. En hallazgos operatorios, predominó las perforaciones múltiples y asociación con absceso hepático, con localización más frecuente en colon derecho 80%. El procedimiento quirúrgico más utilizado la resección de los segmentos afectados. La mortalidad global fue del 53% y en mayores de 60 años fue del 100%, en perforaciones múltiples del 60% y en asociado con absceso hepático 85.8%.

CONCLUSION:

El tratamiento quirúrgico de la colitis fulminante deberá ser radical con resección del segmento afectado y realizar posteriormente en un segundo tiempo las anastomosis intestinales, con derivación inicial de ileostomía o colostomía, pero en niños ante las evidencias de la literatura y la experiencia en un caso manejado con derivación intestinal — sin resección. Esta conducta nos parece adecuada y vale la pena intentarla.

Sin embargo independientemente de la conducta quirúrgica, la mortalidad de este padecimiento es sumamente alta y requiere de manejo en unidades de terapia intensiva con instalación de terapéutica correspondiente y primordialmente administración de antibióticos específicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guarner V. Jurado, J: Baz, DLO
Tifloapendicitis Amibiana
arch. inv. med (Mex.) 1, supl. 1:217, 1970
- 2.- Gonzalo Gutiérrez
Amibiasis.-
Kunze J.- Gutiérrez O. Manual de Infectología 1977 Pag. 24
- 3.- Escerhi G H Massive necrosis of the colon due to amebiasis. Gut
1966 7:44
- 4.- Rives J D, Heibner W C Powell J.L.
The surgical complications of amebiasis of the colon.
Surg. clín N. am. 1955; 35:1421-1426
- 5.- Howe "The Surgical Aspect of intestinal Amebiasis". Surg. Gynecol
Obstet. vol. I (1945) p.p. 387-404
- 6.- T. Vajralakka, A. Dhitaat, B. Kichanante.
Br. J. Surg vol. 66 (1979) pp 630-632
- 7.- Bautista O'farril J. "Tratamiento Quirúrgico de la amebiasis invasora"
Sepulveda y Diamond edit. I.M.S.S. (1976) pp 881-887
- 8.- Vicente Guarner, Jorge Baustista, Gustavo Baz. "Tratamiento Quirúrgico de la amebiasis invasora".
Archivo de investigación médica vol. 3
suplemento 2 (1972) pp 427-432
- 9.- F.C. Egleston M. Verghese and A.K. Handa
Amebic perforation of the bowel"
experiences with 26 cases
Br. J. Surg vol. 65 (1978) 748-751

- 10.- G. Bernal Sánchez "colitis Ambiental Pulmante"
Gaceta médica del Distrito Federal
Vol. 1 No. 2 (enero-Marzo 1984) p.p. 74-78
- 11.- M. Covarrubias "Colon tóxico ambiental en el General Manuel Gosa
González" tesis UNAM 1983 pp 17
- 12.- Spitz H. Ann. J. of surg. vol. 139 march. 1960
- 13.- Norberto Treviño García, Elicia Cruz Lavín
"Estudio Secuencial de la invasión de la mucosa del colon por --
entamoeba histolytica"
Arch. invest. med. (México) vol. II supl. I 1980