

Colitis isquémica: una manifestación poco frecuente en el lupus eritematoso sistémico

Ischemic colitis: an uncommon manifestation in systemic lupus erythematosus

Dra. Viviana Medina^a, Dra. Valeria Bulgach^a, Dra. Pamela Lagandara^a y Dr. Enrique Berner^a

RESUMEN

Se presenta el caso de una adolescente con colitis isquémica, patología poco frecuente en este grupo etario, que se agrava ante la presencia del lupus eritematoso sistémico (LES).

Una paciente de 20 años, con diagnóstico de LES desde los 6 años, consultó por fiebre, dolor abdominal en el flanco y la fosa iliaca derecha, y diarrea de 48 hs de evolución. Se asumió como gastroenteritis aguda pero, ante la persistencia del dolor, la aparición de vómitos incoercibles y la distensión abdominal, se decidió su internación.

La radiografía de abdomen mostró asas distendidas, abundante materia fecal, sin niveles hidroaéreos. La ecografía mostró erosiones y ulceraciones, edema y hemorragia en la submucosa del colon descendente. La tomografía computarizada (TC) evidenció una lesión isquémica en el colon derecho.

La colitis isquémica es una patología grave, infrecuente en los jóvenes. Los signos y síntomas, la TC de abdomen y la colonoscopia son los elementos de elección para el diagnóstico.

Palabras clave: adolescencia, colitis isquémica, LES, tomografía computarizada de abdomen.

SUMMARY

We present the case of an adolescent with ischemic colitis, an infrequent pathology in this age group, worsened in the presence of systemic lupus erythematosus (SLE).

The patient, aged 20, was diagnosed SLE at 6. She consulted for fever, abdominal pain in the side and right iliac fossa and diarrhea lasting 48 hours. It was assumed as acute gastroenteritis but given the persistent pain, incoercible vomiting and abdominal distension she was hospitalized. The abdominal X-ray showed distended loops, abundant feces, without air-fluid levels. The ultrasound showed erosions and ulcerations, edema and bleeding in the descending colon submucosal layer. The CT scan evidenced an ischemic lesion in the right colon. Ischemic colitis is a severe condition, infrequent in young individuals. Signs, symptoms, abdominal CT scan and colonoscopy are the elements of choice for the diagnosis.

Key words: adolescence, ischemic colitis, SLE, abdominal CT scan.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.e46>

a. Servicio de Adolescencia, Hospital Dr. Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Dra. Valeria Bulgach: valebulg@hotmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 11-6-2012
Aceptado: 7-12-2012

INTRODUCCIÓN

El LES es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmunitaria de causa desconocida. Se caracteriza por una alteración en el sistema inmunitario que conlleva la síntesis de autoanticuerpos y la formación de inmunocomplejos que, junto con la acción de mediadores de la inflamación, provocan daño tisular.

La colitis isquémica es una patología poco frecuente y la mayor incidencia se observa en las personas de más de 60 años.¹ El cuadro clínico se interpreta, muchas veces, como una colitis infecciosa o inflamatoria.

Existen factores para tener en cuenta que predisponen a esta entidad en los pacientes lúpicos: trombosis-embolización de la arteria mesentérica, isquemia del intestino delgado, estados de hipercoagulabilidad, tromboangitis obliterante, obstrucción colónica, alteraciones hematológicas, deficiencia de proteínas C y S, y deficiencia de antitrombina, que son responsables de la disminución del flujo en la vasculatura mesentérica.²

Los casos que se presentan en personas jóvenes suelen ser secundarios a vasculitis, reacciones medicamentosas, anemia falciforme, coagulopatías y consumo de cocaína.¹

Ante un cuadro de dolor abdominal agudo y melena, se debe pensar en isquemia mesentérica segmentaria, vasculitis mesentérica con o sin infarto intestinal, y en abscesos hepáticos, con menor frecuencia.³

El espectro evolutivo de esta enfermedad es amplio e incluye los siguientes tipos:

I. Colopatía reversible (30 a 40%); II. Colitis transitoria (15 a 20%); III. Colitis ulcerativa segmentaria (30 a 40%); IV. Necrosis gangrenosa (15 a 20%); V. Colitis universal fulminante (< 5%).⁴

En la radiografía de abdomen es posible observar asas dilatadas, y la visión de impresiones dactilares (*thumb-printing*) en el intestino delgado o el colon refleja la presencia de infarto,⁵ excluyéndose así la perforación y la oclusión intestinales.⁵

La ecografía permite el diagnóstico, pero se ve limitada por el flujo de la arteria mesentérica superior (AMS) y por su incapacidad para detectar estenosis de la misma.⁵

En cuanto a la tomografía computarizada, se recomienda solicitar una TC abdominal a todo paciente con dolor abdominal, trombosis venosa profunda o hipercoagulabilidad. En las formas arteriales permite observar la oclusión de los vasos en sus porciones proximales, el engrosamiento y dilatación de las asas, ascitis, gas en la porta o un infarto esplénico⁵ (Figuras 1 y 2).

La resonancia magnética tiene elevada sensibilidad y especificidad para detectar estenosis u oclusión de la AMS, y para la identificación de una trombosis de la vena mesentérica. Sin embargo, no es útil para el diagnóstico de las formas no oclusivas o para la identificación de oclusiones en las ramas distales.⁵

En cuanto al laboratorio, son sugestivas las elevaciones de fosfatasa alcalina, LDH y amilasa, y la presencia de acidosis láctica, que reflejan la presencia de una necrosis intestinal, y la elevación del dímero D.

CASO CLÍNICO

En diciembre de 2011, concurrió al Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich una adolescente de 20 años por dolor abdominal de tipo cólico, deposiciones desligadas sin sangre y fiebre de 48 horas de evolución.

Antecedentes personales: LES desde los 6 años, acompañado de glomerulonefritis prolife-

rativa difusa de clase IV, bicetopenia, incapacidad ventilatoria restrictiva moderada de causa trombotica, insuficiencia mitral, tricuspídea y pulmonar leve, sin signos actuales de hipertensión pulmonar.

Medicación de base en el momento del episodio: hidroxicloroquina 400 mg/día; metilprednisona 40 mg/día; omeprazol 20 mg/día; vitamina D2 400 UI/día y citrato de calcio cada 24 h, amlodipina 10 mg/día y dieta hiposódica.

Examen físico: facies dolorosa, palidez cutaneomucosa, astenia, hipertermia (38,6°C), taquicardia (126 lpm), taquipnea (28 por minuto) y relleno capilar enlentecido. Dolor abdominal de tipo cólico en el flanco y la fosa ilíaca derecha, que aumentaba con los minutos, sin visceromegalias. La paciente no refería dolores articulares. Tensión arterial 120/60 mmHg, peso 65,300 kg, talla 1,53 cm.

Se solicitó una radiografía de abdomen, que mostró asas dilatadas, y por ecografía abdominopelviana se pudieron evaluar erosiones y ulceraciones, edema y hemorragia en la submucosa del colon descendente. La TC de abdomen con contraste mostró engrosamiento de la pared del colon izquierdo con leve alteración del tejido graso, ausencia de realce en el colon descendente y escasos cambios inflamatorios, compatible con una colitis de origen no diverticular.

FIGURA 1. Colitis isquémica. Se observa el engrosamiento circunferencial de la pared del colon descendente con leve alteración del tejido graso adyacente, compatible con una colitis de características inespecíficas, de origen no diverticular.

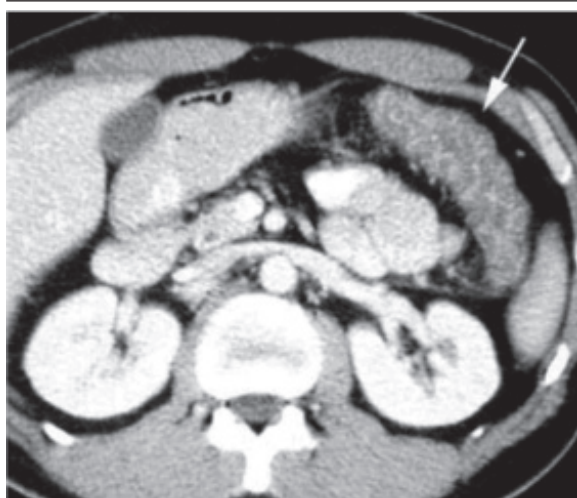


FIGURA 2. Ausencia de realce en el colon descendente, de pared adelgazada, y escasos cambios inflamatorios pericolónicos.



Se decidió la laparotomía exploratoria, realizándose una cirugía de Hartmann (colectomía derecha e ileostomía con fístula externa) debido a la lesión isquémica intestinal.

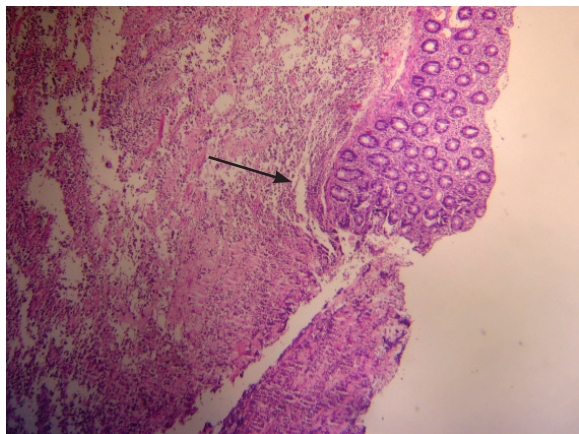
El diagnóstico anatomopatológico fue enterocolitis aguda grave, con necrosis y supuración, sin vasculitis ni microangiopatía trombótica (Figuras 3 a 5).

La paciente permaneció internada 20 días en terapia intensiva, presentando dificultad respiratoria debido a la incapacidad ventilatoria restrictiva grave y requirió asistencia ventilatoria mecánica durante una semana. Se realizó esquema de estrés de esteroides; no tuvo complicaciones relacionadas con una reactivación de la enfermedad de base durante la internación.

FIGURA 3. Colitis isquémica. Se evidencian criptas de aspecto atrófico, rodeadas de una lámina propia hialinizada.



FIGURA 4. Colitis isquémica con coloración de HE 250 X. Necrosis del epitelio cobertor del colon con glándulas atróficas y seudomembranas fibrinoleucocitarias que tapizan el epitelio dañado.



DISCUSIÓN

La colitis isquémica se ha relacionado con la arteriosclerosis, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca crónica, las arritmias y la obstrucción del colon. La etiología está en relación con una falla en la reperfusión sanguínea de un segmento del colon, por una caída del flujo sanguíneo mayor del 20%. Los segmentos del colon que se afectan son la flexura esplénica y la unión rectosigmoidea.

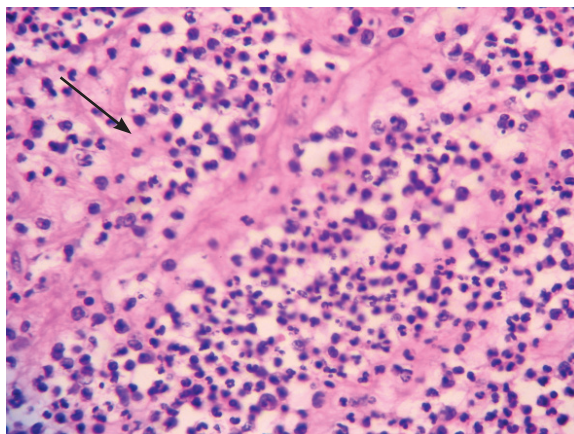
El mecanismo fisiopatológico consiste en congestión de la pared intestinal, edema, hemorragias intramurales y aparición de infarto hemorrágico. Se reconocen por la intensidad de las lesiones: colopatía reversible, colitis transitoria, colitis ulcerativa crónica, colitis estenosante, colitis gangrenosa y pancolitis fulminante.

La colitis por enfermedad vascular no oclusiva se debe a espasmos vasculares posteriores a enfermedad cardiovascular, deshidratación y algunas enfermedades del colágeno (arteritis nudosa, lupus eritematoso sistémico, vasculitis).⁶

La isquemia colónica puede obedecer a diversas causas iatrogénicas, incluida una amplia variedad de fármacos, como sumatriptán, estrógenos,⁷ psicotrópicos, metanfetaminas, fármacos con propiedades vasoconstrictoras e hipotensoras, como digital y betabloqueantes; incluso, se ha asociado a tratamiento con interferón-alfa y ribavirina contra la hepatitis crónica por VHC.⁸ Las causas también pueden ser oclusivas o no oclusivas, sistémicas o locales (cambios anatómicos o funcionales de la vasculatura mesentérica).

Se plantea, además, como factor significativo un estado de hipercoagulabilidad. Algunos casos

FIGURA 5. Detalle con mayor aumento de la muscular de la mucosa desorganizada e interrumpida por el proceso inflamatorio.



de colitis isquémica se asocian con deficiencias de las proteínas C, S, antitrombina III, factor V de Leiden (FVL) mutación y protrombina 20210G/A mutación, así como anticuerpos antifosfolipídicos y deficiencia de proteína Z.⁹ Se observó una tendencia trombofílica en los pacientes con anticuerpos antifosfolipídicos y la mutación FVL, además de una alta tasa de defectos heredados trombofílicos y sus combinaciones en los niños con síndrome antifosfolipídico.¹⁰

Se encontró que la trombofilia hereditaria no influye en el riesgo de tromboembolia arterial, pero la mutación FVL y protrombina G20210 se asocia con un aumento del riesgo de tromboembolia venosa. Algunos estudios mostraron que FVL es un factor de riesgo independiente para trombosis en los pacientes con LES.¹¹

Los expertos recomiendan el empleo de antibióticos en las colitis isquémicas moderadas y graves porque ofrecen una protección teórica contra la translocación bacteriana.¹²

Se trata de una patología poco frecuente en los adolescentes, cuyo diagnóstico es difícil. Está estrechamente ligada a estados de hipercoagulabilidad y requiere una alta sospecha clínica para iniciar la anticoagulación y poder evitar la cirugía.¹³

La ecografía y la TC de abdomen pueden confirmar el diagnóstico.^{14,15}

Los diagnósticos diferenciales se plantean con enfermedad de Crohn, gastroenteritis bacteriana o viral, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa, enfermedad pélvica inflamatoria, tumor pélvico y diverticulitis.¹⁵

Los gérmenes aislados con frecuencia son *E. coli*, *Clostridium*, *Candida* y *Pseudomonas*.

Las complicaciones en el posoperatorio incluyen infección de la herida, sepsis abdominal, falla respiratoria y dehiscencia de la anastomosis. La mortalidad está relacionada con perforación cecal, necrosis intestinal y sepsis.

CONCLUSIONES

Los profesionales que asisten a adolescentes con enfermedad del colágeno deben pensar, ante un dolor abdominal agudo con gastroenteritis, en la colitis isquémica como diagnóstico diferencial. Los estudios diagnósticos deben incluir la radiografía simple, la ecografía abdominal, la TC de abdomen con y sin contraste, y la colonoscopia.

Sospechar y pensar en esta patología ayuda a una rápida terapéutica y a brindar un mejor pronóstico.

Agradecimientos

A los doctores Osvaldo Messina (Jefe del Servicio de Reumatología), Claudia Uña (Médica de Planta del Servicio de Reumatología) y Marcelo Amante, y a los Servicios de Cirugía, Terapia Intensiva y Anatomía Patológica del Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Trabajos originales: Colitis isquémica - Hospital Militar Central. [Acceso: 12 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/gastroenterologia/gastro16101trab-colitis2.htm>.
2. Chattopadhyay P, Jagtala-Batamore W, Maheshkala PO. Systemic lupus erythematosus presenting as ischaemic proctitis. *Lupus* 2011;20(6):653-5.
3. Celada Cajal FJ. Dolor abdominal y abdomen agudo. [Acceso: 15 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.enferurg.com/articulos/abdomenagudo.htm>.
4. Estrategia de actuación en la colitis isquémica. [Acceso: 15 de marzo 2012]. Disponible en: <http://www.indogastro.org/downloads/cigiuaedeactuacion.pdf>.
5. Brandt LJ, Boley SJ. AGA technical review on intestinal ischemia. American Gastrointestinal Association. *Gastroenterology* 2000;118:954-68.
6. Comisión de Educación Médica Continua, Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. Necrosis del Colon, Colitis Isquémica. [Acceso: 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.cmpc.org.ar/datos/vernoticias.asp?id=597>.
7. Charles JA, Pullicino PM, Stoopack PM, Shroff Y. Ischemic colitis associated with naratriptan and oral contraceptive use. *Headache* 2005;45(4):386-9.
8. Leung Y, Urbanski SJ. Ischemic colitis during pegylated interferon- alpha and ribavirin therapy for chronic hepatitis C. *Can J Gastroenterol* 2006;20(10):661-3.
9. Ischemic colitis associated with intestinal vasculitis: histological proof in systemic lupus erythematosus. *World J Gastroenterol* 2008;14(48):7302-8.
10. Richardson SC, Willis J, Wong RCK. Ischemic colitis, systemic lupus erythematosus and the lupus anticoagulant: case report and review. *Gastrointest Endosc* 2003;57(2):257-60.
11. Berkun, Padeh, Barash, Uziel, et al. Antiphospholipid syndrome and recurrent thrombosis in children. Article first published online: 30 nov 2006. *Arthritis Care & Res* 2006;55(6):850-5.
12. American Gastroenterological Association Clinical Practice and Practice Economics Committee. AGA Technical Review on Intestinal Ischemia. *Gastroenterology* 2000; 118:954-68.
13. Elder K, Lashner BA, Al Solaiman F. Intramed Abordaje clínico del colon isquémico. Debe sospecharse ante un paciente con dolor abdominal, diarrea y hemorragia intestinal. *Cleveland Clinic J Med* 2009;76:401-9.
14. Montoro Huguet M, García Pagán J. Manual de emergencias en gastroenterología y hepatología. Isquemia intestinal: concepto y clasificación, 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores SA; 2010, cap 18:119-20.
15. Charúa Guindic L, Colorado Lara YC, Avendaño Espinosa O. Colitis neutropénica, 1ª ed. México: *Medigraphic.com* 2005;11:19-22.