



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-362 - COLITIS ULCEROSA: UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS

Gómez Ruiz, Álvaro Jesús; González Gil, Alida; González Gil, Antonio; Bernabé Peñalver, Antonio; Egea Romero, María Dolores; González Martínez, Pedro

Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera.

Resumen

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal presentada en brotes y relacionada con el hábito tabáquico. Su tratamiento electivo consiste en el control de los periodos de actividad con medicación oral o tópica, y tratamiento quirúrgico ante cuadros graves, refractarios al tratamiento o evidencia de neoplasia o displasia en el colon. En ocasiones la CU puede debutar de manera intercurrente con otra patología quirúrgica. Presentamos el caso de una perforación de línea de grapado apendicular en un paciente que debutó con un brote de colitis ulcerosa tras una apendicectomía laparoscópica.

Caso clínico: Varón de 53 años fumador de 20 paquetes/año intervenido de apendicectomía laparoscópica por apendicitis. Tras la intervención fue dado de alta al 2º día posoperatorio con la recomendación de abandonar el hábito tabáquico y revisión por hallazgo incidental de nódulo renal en TAC del ingreso. A las 3 semanas debuta con un cuadro de colitis ulcerosa extensa, probablemente manifestada con el abandono tabáquico, por lo que inicia tratamiento con corticoides en pauta descendente + 5ASA de mantenimiento. A los 40 días fue sometido a una nefrectomía derecha laparoscópica (AP carcinoma de células claras T1aN0M0) precisando medialización del colon derecho. Probablemente debido a la movilización en la cirugía, presentó una apertura de la línea de grapado apendicular por la que fue reintervenido, requiriendo una hemicolectomía derecha. Ante la persistencia de cuadro séptico y colección intraabdominal fue reintervenido nuevamente a los 16 días tras la hemicolectomía evidenciando un hematoma infectando. Durante la movilización para el lavado se produjo una dehiscencia anastomótica mostrando la mucosa colónica un aspecto en empedrado, por lo que se realizó una ileostomía terminal. A los 22 meses tuvo que ser nuevamente intervenido por rectorragia refractaria, llevando a cabo una colectomía del remanente.

Discusión: La CU presenta un curso crónico consistente en la alternancia de periodos de quiescencia con otros de actividad. La edad de presentación es más tardía que en la enfermedad de Crohn (un segundo pico hacia los 60 años) y, a diferencia de la esta, presenta una relación inversa entre su desarrollo y el hábito tabáquico. De hecho, el abandono tabáquico es uno de los factores medioambientales con una asociación causal más fuerte con el comienzo de la colitis ulcerosa. En nuestro caso, fue precisamente la recomendación del cese del hábito tabáquico el desencadenante del tortuoso desenlace de nuestro paciente. La importante inflamación que la CU provoca en la mucosa colónica supuso un importante impedimento en la cicatrización de las líneas de sutura y anastomosis. El tratamiento médico de la EII se basa en salicilatos, ya sea por vía oral o rectal,

corticoides por vía oral o tópica y fármacos biológicos. La CU puede requerir cirugía urgente en los casos graves, principalmente ante la presentación de megacolon tóxico. La cirugía electiva se indica en casos de refractariedad al tratamiento médico o con displasia o neoplasia confirmada en el colon o recto. La colectomía total con ileostomía terminal se considera curativa para esta enfermedad.