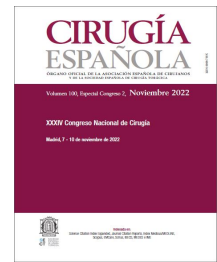




# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-649 - EL DESAFÍO DE LA COLITIS NEUTROPÉNICA

Pérez Rodríguez, Rosa; Mirón Fernández, Irene; García Martín, Rubén; Aranda Narváez, José Manuel; Fernández Galeano, Pablo; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** La colitis neutropénica es una patología grave que suele afectar a pacientes inmunodeprimidos y presenta una mortalidad de entre 30-50%. Su patogenia exacta no se conoce, aunque parece que se debe a la lesión de la mucosa intestinal en pacientes con un sistema inmunitario debilitado. Estas condiciones producen edema intestinal, congestión vascular y alteración mucosa, que se vuelve más vulnerable a la invasión intramural bacteriana. Los fármacos quimioterapéuticos pueden causar mucositis o pueden predisponer a distensión intestinal, favoreciendo el daño mucoso.

**Caso clínico:** Paciente de 55 años, sin antecedentes de interés, con diagnóstico reciente de leucemia mieloide aguda, que ha recibido inducción quimioterápica con idurubicina-citarabina-gentuzumab-ozogamicina y se encuentra en fase de inicio de recuperación hemoperiférica, aún dependiente de soporte transfusional. En día +17 tras la inducción, presenta fiebre, tiritona y dolor abdominal. Se realiza TC abdominal, con signos de enterocolitis neutropénica. Se inicia dieta absoluta, sondaje nasogástrico y antibioterapia empírica (meropenem y vancomicina, que se modifica a ceftazidima/avibactam tras objetivar en hemocultivo *Klebsiella pneumoniae* OXA-48). Mala evolución, motivo por el que a las 24h se repite TC abdominal, que muestra empeoramiento radiológico. El paciente sufre deterioro clínico, con irritación peritoneal generalizada franca, e inicio de fallo hemodinámico, por lo que se indica intervención quirúrgica urgente, pese al estado hemoperiférico del paciente. Análiticamente, destaca plaquetas  $22 \times 10^9/L$  (tras transfusión de 3 pool de plaquetas), Hb 8,6 g/dl, leucocitos  $11,40 \times 10^9/L$  con neutrófilos  $8,76 \times 10^9/L$  y TP 34%. En quirófano se objetivan signos de pancolitis, siendo el colon ascendente la zona más afectada, así como peritonitis difusa secundaria a perforación de plastrón inflamatorio en ciego. Se considera como mejor opción terapéutica realización de hemicolectomía derecha no oncológica con ileostomía, siendo el procedimiento muy dificultoso y hemorrágico (AP enterocolitis necrotizante). Precisa politransfusión de concentrados de hematíes, plaquetas y Prothromplex. El posoperatorio transcurre sin incidencias, con necesidad inicial de estancia en UCI 3 días para soporte. Alta en día +9 posoperatorio.

**Discusión:** El tratamiento conservador es el primer paso recomendado en el tratamiento de la colitis neutropénica, con un seguimiento estrecho del paciente por si presenta mala evolución y requiere intervención quirúrgica. El manejo conservador de la enterocolitis neutropénica consiste en reanimación agresiva con líquidos, corrección del desequilibrio electrolítico, reposo intestinal,

descompresión abdominal y antibióticos de amplio espectro. Los pacientes que tienen recuperación de la leucopenia tienden a presentar una evolución más favorable. La resolución de la enfermedad dependerá de la recuperación de la neutropenia y del control de la infección. Las indicaciones actuales de cirugía son la evidencia de perforación intestinal, el sangrado no controlado después de la corrección analítica o el fracaso del manejo conservador. En la cirugía, el intestino perforado o necrótico debe ser resecado. No se recomienda la anastomosis primaria debido al deterioro de la cicatrización en estos pacientes. El drenaje sin resección parece ser insuficiente.