
Colitis pseudomembranosa después de cirugía por aneurisma aórtico abdominal roto

F. Lozano Sánchez - J. Sánchez Fernández - E. Palacios - M. Fernández - A. Ingelmo Morin y A. Gómez Alonso

Departamento de Cirugía (Prof. Gómez Alonso)
Hospital Clínico Universitario
Universidad de Salamanca (España)

RESUMEN

Presentamos una complicación postoperatoria inhabitual dentro de la cirugía de los aneurismas aórticos abdominales rotos. Se trata de la aparición de una colitis pseudomembranosa, que fue diagnosticada precozmente (presencia del *Clostridium difficile* en el coprocultivo) y tratada satisfactoriamente con vancomicina. Una búsqueda bibliográfica sobre el tema, sólo encuentra una referencia similar, pero con resolución muy diferente a nuestro caso.

SUMMARY

We present a rare postoperative complication after surgical procedures for rupture of abdominal aortic aneurysms. The disease, a pseudomembranous colitis, was early recognized (by evidence of *Clostridium difficile* after a coproculture) and satisfactorily treated with vancomycin. From the literature review we found only a similar case but results were absolutely different from our case.

Introducción

Entre las complicaciones postoperatorias de los aneurismas de la aorta abdominal figura la colitis isquémica, generalmente a consecuencia de la ligadura de la arteria mesentérica inferior cuando existe oclusión de la arteria hipogástrica y estenosis de la arteria mesentérica superior. Si clínicamente esta isquemia cólica se manifiesta alrededor del 2% de los casos, mucho más infrecuente (datos no referidos en la literatura) es la aparición postoperatoria de una colitis pseudomembranosa (3).

Esta comunicación describe el caso de un paciente intervenido de urgencia por un aneurisma aórtico abdominal roto y que en su postoperatorio presentó una colitis pseudomembranosa.

Caso clínico

F.H.P. (historia clínica nº 146.375) varón de 81 años de edad, con antecedentes de EPOC y hernia de hiato. Ingresa de urgencia por presentar un dolor abdominal agudo, acompañado de sudoración fría y palidez. A la exploración física se aprecia una masa abdominal locali-

zada en meso e hipogastrio que late y expande. La ecografía y el TAC abdominal confirman el diagnóstico de aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal roto, pero contenido. El paciente es intervenido de urgencia, apreciándose un aneurisma de 10x10 cm roto y con un gran hematoma retroperitoneal. Se practica «aneurismectomía» e interposición de un injerto recto. Se practicó profilaxis antibiótica preoperatoriamente y en el postoperatorio durante 3 días (Ceftazidima 1 gr. IV c/8 h). El postoperatorio inmediato en UVI transcurre con normalidad, tanto desde el punto de vista general como vascular. Posteriormente y como única eventualidad, se aprecia una prolongación del íleo paralítico que nos obligó a utilizar una nutrición parenteral total (20 días). Trece días después de la intervención el paciente comienza con diarrea líquida y abundante. El coprocultivo aísla un *Clostridium difficile*. El paciente responde bien al tratamiento con vancomicina (10 días), siendo dado de alta treinta y cinco días después de su ingreso e intervención quirúrgica. En la última revisión, hace dos meses del alta hospitalaria, el paciente está asintomático.

Discusión

La Colitis Pseudomembranosa (CPM) es un proceso inflamatorio de la mucosa cólica y rectal, caracterizada por la aparición de pseudomembranas (placas amarillentas que elevan la mucosa) y causada por la colonización y proliferación del *Clostridium difficile*.

tridium difficile. Esta bacteria, que produce una toxina citopática, es la responsable de un cuadro clínico consistente en: diarrea acuosa sin sangre ni pus (tres-ocho deposiciones diarias), fiebre, hipoalbuminemia, leucocitosis y ocasionalmente «shock» (4).

En la mayoría de los casos los pacientes son mayores (superior a los 60 años) y han recibido un tratamiento antibiótico previo (lincomidas, cefalosporinas, ampicilina, etc.). La CPM ha sido descrita después de varios tipos de cirugía, incluida la aórtica, pero sólo muy recientemente se ha asociado a la resección de un aneurisma de la aorta abdominal (3).

Patogénicamente, en nuestro caso, junto a la edad elevada de nuestro paciente (81 años) y al antibiótico empleado con carácter profiláctico (ceftazidima), hay que considerar otros aspectos: primero el cierto grado de isquemia de la mucosa del colon que puede ocasionar este tipo de cirugía y, segundo, el prolongado íleo que se produce en estos casos, fundamentalmente a causa del hematoma retroperitoneal motivado por la ruptura del aneurisma.

Su frecuencia se ha calculado en el 1‰ de los pacientes tratados con antibióticos; no obstante después del tipo de cirugía que nos ocupa su frecuencia es desconocida y sólo hemos encontrado tres casos previos al nuestro (Reyter y cols.) (3).

El diagnóstico precoz es importante para iniciar cuanto antes el tratamiento, ya que la mortalidad puede alcanzar el 30% de los casos. La base inicial es la historia clínica, seguida de una rectosigmoidoscopia y sobre todo el aislamiento de la bacteria causante o la detección de su citotoxina, lo cual es fundamental para tener un diagnóstico de certeza (2).

El tratamiento de la CPM se basa en la administración oral de vancomicina durante 5-10 días, aunque también puede utilizarse como alternativa el metronidazol (1). En nuestro caso el diagnóstico precoz (detección del *clostridium difficile* y la pronta administración de la vancomicina) resolvieron satisfactoriamente esta temida complicación. Por ello, nuestro caso es singular, ya que el único caso intervenido de urgencia por Reyter y cols. falleció por gangrena del colon sigmoideo, sepsis y fallo multiorgánico.

De esta experiencia hemos sacado dos conclusiones prácticas: primera, que hay que pensar en esta complicación no sólo para hacer diagnóstico precoz sino también el diferencial con las colitis isquémicas. Segundo, que una medida preventiva de CPM, en este tipo de pacientes y cirugía, consiste en no mantener excesivamente la antibioprofilaxis.

BIBLIOGRAFIA

1. FEKETY, R.; SILVA, J.; KAUFFMAN, C.; BUGGY, B.; DEERY, G.: Treatment of antibiotic-associated *Clostridium difficile* colitis with oral vancomycin: coparison of two dosage regimens. «Am. J. Med.», 86: 15-19, 1989.
2. MADAN, E.; SUFKIN, M.: Stool caproic acid for screening of *Clostridium difficile*. «Am. J. Clin. Pathol.», 89: 525-527, 1988.
3. RAYTER, Z.; RIMMER, C.; THOMAS, M. H.: Pseudomembranous colitis after abdominal aortic aneurysms repair. «Eur. J. Vasc. Surg.», 4: 547-548, 1990.
4. TALBOT, R. W.; WALKER, R. C.; BEART, J. R. W.: Changing epidemiology, diagnosis and tratment of *Clostridium difficile* toxin-associated colitis. «Br. J. Surg.», 73: 457-460, 1986.