



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Colitis isquémica inducida por cocaína en un paciente de riesgo, tratada de forma conservadora

Isabel Fabra^a, José Vicente Roig^{a,*}, Cristina Sancho^a, José Mir-Labrador^a, Javier Sempere^b y Luis García-Ferrer^c

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Medicina Digestiva, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^c Servicio de Diagnóstico por la Imagen, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

Recibido el 26 de julio de 2010; aceptado el 13 de octubre de 2010

Disponible en Internet el 14 de enero de 2011

PALABRAS CLAVE

Colitis isquémica;
Cocaína;
Isquemia intestinal;
Hemorragia digestiva;
Traumatismo abdominal

KEYWORDS

Ischemic colitis;
Cocaine;
Intestinal ischemia;
Gastrointestinal bleeding;
Abdominal injury

Resumen Entre las causas no oclusivas de isquemia cólica están las inducidas farmacológicamente. Presentamos un caso de colitis isquémica provocada por consumo de cocaína en un paciente de 34 años de edad con antecedentes de traumatismo abdomino-pélvico tres meses antes, en el que se efectuó resección de sigma y colostomía en asa. Consultó por dolor abdominal asociado a diarrea y febrícula, y refería consumo de cocaína intranasal. Estaba hemodinámicamente estable y sin peritonismo, evidenciándose restos hemáticos en la bolsa de colostomía. Una colonoscopia objetivó úlceras y necrosis proximales al estoma y la angiotomografía no mostró hallazgos patológicos a excepción de una arteria mesentérica inferior filiforme. El cuadro fue autolimitado, y el paciente dado de alta al tercer día. Más adelante se reconstruyó el tránsito intestinal sin complicaciones.

Debe existir un elevado grado de sospecha ante un dolor abdominal no filiado en pacientes jóvenes con antecedentes de consumo reciente de la droga.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cocaine-induced ischemic colitis in a high-risk patient treated conservatively

Abstract Drug consumption is among the non-occlusive causes of ischemic colitis. We report a case of cocaine-induced ischemic colitis in a 34-year-old man who had undergone sigmoid resection and loop colostomy due to abdominal-pelvic injury 3 months previously. The patient presented with abdominal pain associated with diarrhea and slight transient fever of doubtful etiology and reported intranasal cocaine consumption. He was hemodynamically stable and showed no peritoneal irritation. Traces of blood were found in the colostomy bag. Colonoscopy showed ulcers and necrosis proximal to the stoma. Computed tomography angiography scan showed no abnormalities except filiform inferior mesenteric artery. The symptoms were self-limiting and the patient was discharged 3 days after admission. Subsequently the colostomy was closed without complications.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roig_jvi@gva.es (J.V. Roig).

A high degree of suspicion is required in young patients with abdominal pain not identified by conventional methods and a recent history of drug consumption.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La colitis isquémica es la expresión más común de la isquemia gastrointestinal. Supone el 50-60% de todos los casos y alrededor de 1 de cada 2.000 ingresos hospitalarios, planteando en ocasiones un difícil diagnóstico diferencial y un reto terapéutico, con elevada mortalidad¹. Entre sus múltiples causas, determinados fármacos pueden ser ocasionalmente responsables de su aparición, estando entre ellos el uso de cocaína. Además de los graves y bien conocidos riesgos cardiovasculares derivados de su consumo, esta droga puede producir complicaciones digestivas tales como úlceras gástricas, fibrosis retroperitoneal, isquemia intestinal y perforación^{2,3}; problemas asociados al efecto vasoespástico de la misma⁴.

Presentamos un caso de colitis isquémica inducida por cocaína sobre un paciente con riesgo aumentado de padecerla, tratada de forma conservadora.

Observación clínica

Varón de 34 años de edad con antecedentes patológicos de fractura de pelvis, esplenectomía y resección de intestino delgado y de colon sigmoide con colostomía en cañón de escopeta por politraumatismo en accidente de tráfico tres meses antes. Refiere consumo de "fin de semana" de unos 0,5 g de cocaína intranasal asociado a alcohol y anfetaminas. Acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de tipo cólico de tres horas de evolución asociado a vómitos, diarrea y febrícula. A la exploración clínica, está estable hemodinámicamente, con temperatura axilar de 37,5°. El abdomen es blando y depresible con dolor a la palpación en mesohipogastrio y sin signos de irritación peritoneal. Se observa una colostomía en asa con restos hemáticos en la bolsa colectora. En la analítica destaca leucocitosis y neutrofilia, siendo el resto anodino a excepción de cocaína y anfetaminas fuertemente positivas en orina. La radiología de tórax y abdomen y ecografía abdominal no muestran alteraciones significativas.

Ante la sospecha de una isquemia intestinal, y tras su ingreso en observación con reposo digestivo y antibioticoterapia, se efectúa colonoscopia sin preparación a través del estoma, que es normal en su porción distal, pero observándose en colon proximal, en la vecindad del ángulo esplénico del colon, áreas de mucosa hiperémicas progresivamente confluyentes hasta apreciarse una mucosa afecta en toda su circunferencia, muy edematizada, ulcerada, con importantes áreas de necrosis (fig. 1).

Se realiza una angio-TC para descartar la existencia de lesiones vasculares groseras dado su antecedente cercano de cirugía previa, que muestra una arteria mesentérica inferior filiforme con irrigación del ángulo esplénico a través de ramas de la arteria cólica media (fig. 2).

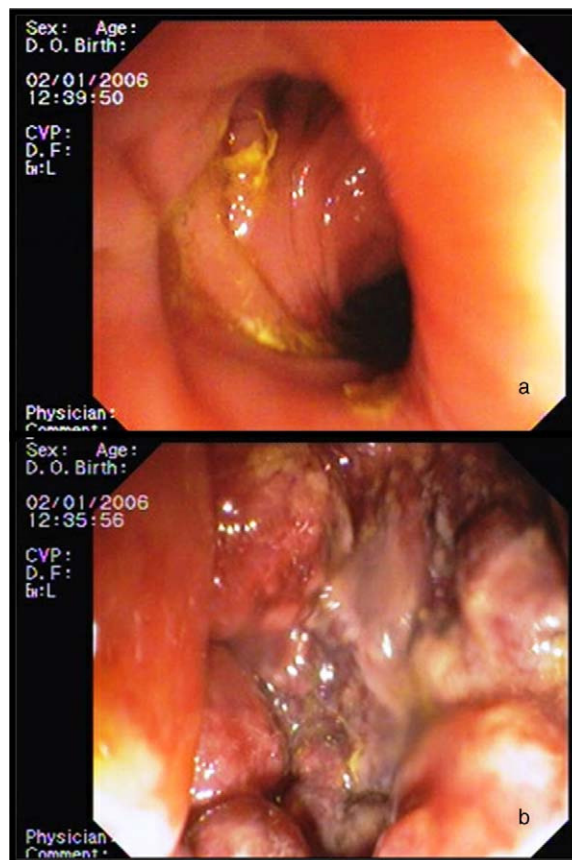


Figura 1 Colonoscopia. a) a través del cabo distal del estoma: colon sigmoide normal. b) a través del cabo proximal: signos de isquemia mucosa.

A las 24 h cede el dolor y las heces son de aspecto normal, iniciando la tolerancia oral a las 48 h y siendo dado de alta a los 3 días del ingreso. Tras nueva endoscopia con *restitutio ad integrum*, se cierra la colostomía sin complicaciones.

Discusión

Boley et al describieron por primera vez la isquemia cólica reversible no asociada a iatrogenia⁵ y posteriormente Martson et al acuñaron en 1966 el término de "colitis isquémica" aglutinando una variedad de cuadros clínicos descritos previamente⁶. Más de 40 años después, el diagnóstico de colitis isquémica sigue siendo difícil por su inespecificidad y planteando retos por su evolución, que oscila desde una rápidamente catastrófica a la autolimitada. Sus causas pueden ser de dos tipos: "oclusivas", cuando existe una obstrucción de la luz vascular ya sea de grandes o pequeños vasos, arteriales o venosos, más frecuente en pacientes de edad o tras determinada cirugía vascular abdominal, y "no oclusivas", las más frecuentes de las cuales son las secundarias a

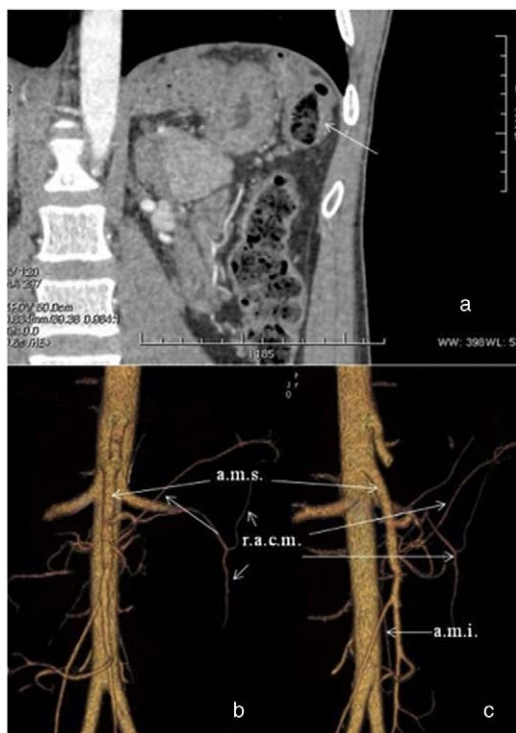


Figura 2 Angio TC. a) Engrosamiento mural en ángulo esplénico de colon (flecha). b) Visión frontal. c) Visión lateral. a.m.i.: fina arteria mesentérica inferior; a.m.s.: arteria mesentérica superior; r.a.c.m.: ramas de la arteria cólica media irrigando el ángulo esplénico de colon.

un bajo gasto cardíaco, pero también asociadas a la toma de fármacos o drogas vasoconstrictoras⁷. Sea cual sea la causa, conduce a un aporte sanguíneo insuficiente al colon, que es la parte del tubo digestivo que menos sangre recibe y con menor incremento durante su actividad motora⁸, produciendo una isquemia, mucosa o del espesor completo de la pared, más habitual en las zonas críticas en que existen anastomosis entre dos territorios vasculares como los clásicos puntos de Griffith y de Sudeck. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuados pueden influir en los resultados.

El uso de cocaína más de dos veces por semana durante más de 6 meses se ha asociado a isquemia mesentérica y perforación intestinal⁹. Dichas complicaciones son raras y se deben a la vasoconstricción que produce la droga. Dependen de su efecto alfa-adrenérgico a nivel intestinal, así como de vasoconstricción directa por el incremento de flujo en los canales del calcio del endotelio, además de un aumento de la agregación plaquetaria^{9,10}. Realmente, su incidencia es desconocida y posiblemente casos menores no se diagnostiquen al no establecerse una relación causa-efecto con el consumo de la droga. Debe sospecharse en jóvenes con dolor abdominal, sangrado digestivo bajo y adicción. El compromiso intestinal es segmentario, afectando a pequeños vasos, y con un amplio rango de gravedad clínica e histológica, lo que motiva distintas pautas de tratamiento. En la actualidad hay menos de una treintena de publicaciones en la literatura mundial de isquemia de colon inducida por cocaína y en tan sólo el 20% de ellos se ha efectuado un tratamiento conservador^{2,10-12}, a excepción de una reciente revisión de 18 pacientes de los que 14 no fueron operados¹³. Aunque

se ha evidenciado que la edad avanzada y la hipertensión se asocian a formas gangrenosas de isquemia cólica¹⁴, también las inducidas por cocaína pueden producir una isquemia intestinal irreversible, ya que en una revisión, más del 50% de los casos requirieron resección intestinal, si bien sólo fallecieron el 14%, un porcentaje menor al habitual en el contexto general de las colitis isquémicas¹⁵. Nuestro caso tiene la peculiaridad de una cirugía previa de colon izquierdo por traumatismo, lo que posiblemente le hacía de mayor riesgo por las ligaduras vasculares quirúrgicas, y predispuso aún más de lo habitual al ángulo esplénico del colon a una lesión por vasoespasmo. Además, se sospechó el diagnóstico dado el cuadro clínico y los antecedentes, y por ello se efectuó una endoscopia sin distensión. Esta exploración lo estableció sin lugar a dudas ya que aunque una colonoscopia puede tener cierto riesgo de incrementar la isquemia por distensión, e incluso de precipitar una perforación¹⁶, la cercanía del estoma a la lesión la hizo muy sencilla.

La colitis isquémica, aunque rara en pacientes jóvenes, tiene causas variadas, y a diferencia de los pacientes ancianos en los que la arterioesclerosis es una etiología común, se asocia a toma de anticonceptivos orales, drogas vasoactivas, hipovolemia o vasculitis¹⁵. Debe por tanto, establecerse un elevado índice de sospecha de isquemia intestinal ante un dolor abdominal no filiado grave en paciente joven o de mediana edad con antecedentes recientes de consumo de cocaína.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Brandt LJ, Boley SJ. Colonic ischemia. *Surg Clin North Am.* 1992;72:203–29.
2. Linder JD, Monkemuller KE, Rajjman I, Johnson L, Lazenby AJ, Wilcox CM. Cocaine-associated ischemic colitis. *South Med J.* 2000;93:909–13.
3. Brown DN, Rosenholtz MJ, Marshall JB. Ischemic colitis related to cocaine abuse. *Am J Gastroenterol.* 1994;89:1558–61.
4. Cregler L, Mark H. Medical complications of cocaine abuse. *N Engl J Med.* 1986;315:1495–500.
5. Boley SJ, Schwartz S, Lash J, Sternhill V. Reversible vascular occlusion of the colon. *Surg Gynecol Obstet.* 1963;116:53–60.
6. Marston A, Pheils MT, Thomas ML, Morson BC. Ischemic colitis. *Gut.* 1966;7:1–15.
7. Sun MY, Maykel JA. Ischaemic colitis. *Clin Colon Rectal Surg.* 2007;20:5–12.
8. Geber WF. Quantitative measurements of blood flow in various areas of the small and large bowel. *Am J Physiol.* 1960;198:985–6.
9. Chitoor B, Sudhakar S, Al-Hakeem M, Mac Arthur JD, Sumpio BE. Mesenteric ischemia secondary to cocaine: case reports and literature review. *Am J Gastroenterol.* 1994;89:1053–4.
10. Boza C, Dagnino B, Garrido L, Llanos L. Ischemic colitis caused by cocaine abuse. Report of one case *Rev Med Chile.* 2002;130:667–70.
11. Osorio J, Farreras N, Ortiz de Zárate L, Bachs E. Cocaine-induced mesenteric ischemia. *Dig Surg.* 2000;17:648–51.
12. Herskowitz MM, Gillego V, Ward M, Wright G. Cocaine-induced mesenteric ischemia: treatment with intra-arterial papaverine. *Emerg Radiol.* 2002;9:172–4.

13. Ellis CN, Mc Alexander WW. Enterocolitis associated with cocaine use. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:2313–6.
14. Pla V, Alós R, Ruiz MD, Solana A, Roig JV. Experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico y conservador de la colitis isquémica. *Rev Esp Enf Dig*. 2001;93:501–4.
15. Preventza OA, Lazarides K, Sawyer MD. Ischemic colitis in young adults: a single-institution experience. *J Gastrointest Surg*. 2001;5:388–92.
16. Scherpenisse J, van Hees PAM. The endoscopic spectrum of colonic mucosal injury following aortic aneurysm resection. *Endoscopy*. 1989;21:174–6.