

Colitis isquémica de colon derecho tras triatlón: la importancia de una alta sospecha clínica



Ischemic colitis of the right colon after triathlon: the importance of high clinical suspicion

Correr se ha convertido en los últimos años en un deporte de moda. Es muy accesible para la población, por lo que cada vez es más practicado por principiantes y personas poco entrenadas. Sin embargo, correr puede entrañar riesgos. Desde el punto de vista digestivo, el 20-50% de los atletas de alto rendimiento presentan síntomas digestivos, siendo los más frecuentes el reflujo, aerofagia, dolor abdominal y diarrea. La colitis isquémica es frecuente en corredores de ultramaratón y triatletas, aunque normalmente el sangrado es oculto¹. El 27% de triatletas profesionales, el 20% de maratonianos y el 80-100% de corredores de ultramaratón, tienen un test de sangre oculta positivo tras una carrera^{1,2}.

Varón de 46 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por comenzar, tras finalizar un triatlón, con dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio y diarrea con sangre mezclada. A su llegada, se realizó una analítica con GOT de 68 mg/dL, CK 1.178 mg/dL y PCR de 10 mg/dL y una ecografía abdominal, sin hallazgos. Se realizó una colonoscopia en las primeras 24 horas del ingreso, que objetivó desde ángulo hepático, un cambio abrupto de la mucosa, con una afectación continua que respetaba ciego, con edema, eritema petequeal, friabilidad y sufusiones hemorrágicas, compatible con colitis isquémica (figs. 1 y 2). En la angio-TC abdominal, se observó un engrosamiento parietal difuso del colon derecho, con rarefacción de la grasa mesentérica adyacente y líquido libre locorregional en escasa cuantía (fig. 3). No se observaron alteraciones en el árbol vascular esplácnico. Se completó con un estudio de heces con coprocultivo, parásitos y toxina para el *Clostridioides difficile*, que fue negativo y un estudio analítico de hipercoagulabilidad con determinación de anticuerpos anticardiolipina, anti-β2 glicoproteína, anticoagulante lúpico, resistencia de la proteína C activada, proteínas C y S, homocisteína, antitrombina funcional, mutación para el factor V de Leyden y mutación G20210A, que fue negativo. Se realizó un ecocardiograma y eco Dop-

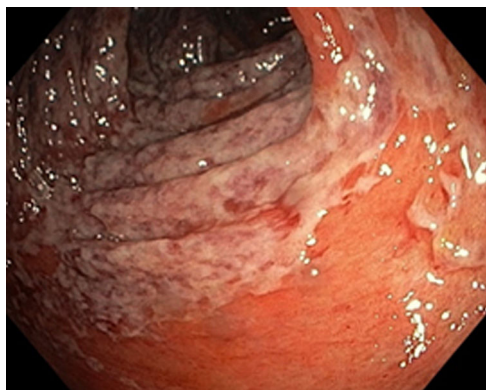


Figura 1 Imagen endoscópica con afectación continua de la mucosa que comienza de forma brusca en ángulo hepático.

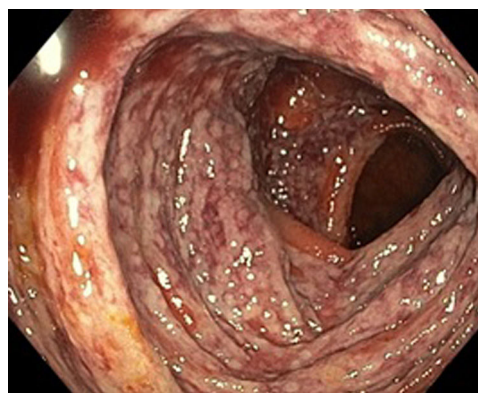


Figura 2 En la endoscopia se observa afectación continua de la mucosa con edema, eritema petequeal y subfusiones hemorrágicas.

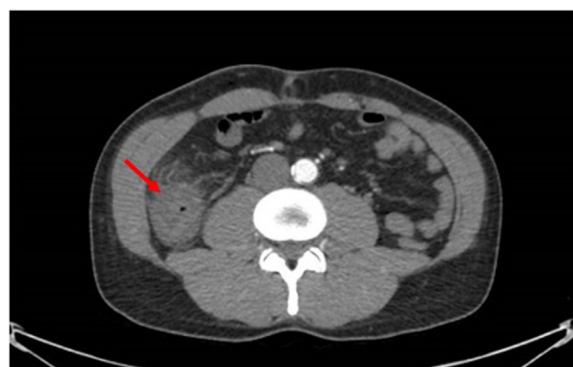


Figura 3 Corte axial del TC abdomen con contraste, donde se observa un engrosamiento parietal de colon derecho con afectación de la grasa mesentérica.

pler de troncos supraórticos sin alteraciones. Se trató con mesalazina 4 g/24 h, ciprofloxacino 500 mg/12 h profiláctico y CasenBiotic®/24 h, presentando buena evolución con resolución casi completa de los síntomas a los tres días del inicio, siendo dado de alta. Se realizó una colonoscopia de control al mes con resolución completa de las lesiones. Desde entonces, el paciente se ha mantenido asintomático y continúa realizando sus actividades deportivas.

La colitis isquémica es más frecuente en corredores que realizan un esfuerzo excesivo, con deshidratación, a altas temperaturas e hipoglucemia². Aunque no hay mucha evidencia al respecto, parecen ser factores de riesgo el uso de antiinflamatorios no esteroideos y los anticonceptivos orales^{2,3}. El mecanismo etiopatogénico por el que se desarrolla la isquemia, se debe a una respuesta sistémica ante el esfuerzo, con redistribución del flujo sanguíneo esplácnico hacia los órganos vitales. Cuando el flujo se reduce de forma breve, el daño es reversible y la sintomatología es leve, el problema es cuando la isquemia es mantenida, dando lugar a un daño macroscópico que puede acabar en necrosis². Se ha demostrado una reducción del flujo mesentérico del 43% justo al acabar el ejercicio, 29% a los cinco minutos, llegando al 10-9% a los 30 minutos de haber acabado el ejercicio, siendo esta reducción menor en el contexto de una correcta ingesta⁴. También se propone como mecanismo etiopatogénico el microtraumatismo repetitivo durante la carrera, y

puede que por esto, la distribución de la colitis isquémica en estos pacientes es diferente^{2,3}. Normalmente la colitis isquémica es más frecuente en colon izquierdo y sigma, por afectación de los puntos de Griffith y Sudeck, sin embargo, en estos pacientes la localización habitual es en colon derecho y ciego^{3,5}. La importancia de esto reside en que para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha, con la realización de una colonoscopia completa. Aunque se trata de una entidad poco frecuente, debería tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y hematoquecia, sobre todo tras la realización de ejercicio físico importante.

Bibliografía

1. De Oliveira EP, Burini RC. The Impact of Physical Exercise on the Gastrointestinal Tract. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2009;12:533–8.
2. Ho GWK. Lower Gastrointestinal Distress in Endurance Athletes. *Curr Sports Med Rep*. 2009;8:85–91.
3. Sanchez LD, Tracy JA, Berkoff D, Pedrosa I. Ischemic colitis in marathon runners: A case-based review. *J Emerg Med*. 2006;30:321–6.
4. Qamar MI, Read AE. Effects of exercise on mesenteric blood flow in man. *Gut*. 1987;28:583–7.
5. Benmassaoud A, Kanber Y, Nawar J, Bessissow T. Exercise-induced ischemic colitis in an amateur marathon runner. *Endoscopy*. 2014;46 Suppl 1, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1377536>.

María Carmen García Gavilán*, Francisco Morales Alcázar, Cristina Montes Aragón y Andrés Manuel Sánchez Cantos

Servicio Aparato Digestivo. Hospital Quirónsalud, Marbella, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marigarciagavilan@hotmail.es (M.C. García Gavilán).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.08.010>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Dolor abdominal secundario a *Angiostrongylus cantonensis* neuroinvasivo; primer caso europeo. Algunas reflexiones sobre las parasitosis emergentes



Abdominal pain secondary to neuroinvasive *Angiostrongylus cantonensis*; first European case. Some reflections on emerging parasitosis

Según datos de la Organización Mundial del Turismo, en 2018 hasta 1.400 millones de personas realizaron desplazamientos internacionales, a lo que habría que sumar más de 70 millones de traslados forzados por conflictos.

Hasta el advenimiento de la pandemia por SARS-CoV-2, el tránsito aéreo ofreció una inmejorable vía de expansión para las enfermedades infecciosas, especialmente para aquellas con un periodo de incubación corto. Es así como han podido protagonizar brotes epidémicos en países con factores propiciadores a su establecimiento, ya sea por razones ecológicas (existencia de vectores como el mosquito tigre) o sociales.

El género de nematelmintos *Angiostrongylus* posee dos subespecies patógenas para los humanos: *A. cantonensis* y *A. costaricensis*. Se trata de helmintos cuyo complejo ciclo vital incluye cinco fases de desarrollo en invertebrados marinos como huéspedes intermedios y a roedores como huéspedes definitivos. Las personas, huéspedes accidentales, podemos infectarnos al comer marisco crudo o poco cocido^{1,2}. Después de un periodo de incubación de dos semanas, la infección se manifiesta con un cuadro clínico dominado por los síntomas abdominales derivados de la invasión directa de la pared intestinal (*A. costaricensis*), o por los síntomas neurológicos secundarios a una meningitis eosinofílica (*A. cantonensis*). Con frecuencia, *A. costaricensis*

produce una perforación intestinal debida a su propio efecto citopático y a la anoxia tisular secundaria a una intensa vasculitis eosinofílica³. Ambas infecciones han sido bien documentadas en países tropicales, pero prácticamente son desconocidas en Europa.

El paciente descrito pertenece a un grupo de nueve turistas procedentes de Cuba. Entre los días 14 y 17 de su retorno a Europa, cuatro de ellos presentaron síntomas compatibles con infección angiostrongyloidea. La fuente de infección fue identificada (ingesta de camarones semicrudos). La presentación clínica inicial de tres pacientes (cefalea intensa retrocular y occipital, náuseas y meningismo con disestesias más eosinofilia intensa, en sangre y LCR), se correspondía sindrónicamente con una meningitis eosinofílica parasitaria. La cuarta paciente presentaba, además, episodios de dolor abdominal intenso.

Se trata de una mujer de 20 años, con antecedentes de asma bronquial extrínseco. A los 17 días del regreso fue atendida en el Servicio de Enfermedades Infecciosas por referir cefalea, náuseas y una intensa sensación disestésica en ambas rodillas, parcialmente invalidante, aunque sin limitación articular ni derrame. El hemograma mostró hipereosinofilia (1.030 eosinófilos; 9,5%). En la bioquímica básica no había anormalidades en las funciones hepática y renal, ni elevación de los reactantes de fase aguda (PCR: 1,2 y VSG: 11 mm/h). Se prescribió metilprednisolona 1 mg/kg y analgesia pautada⁴. No obstante, su evolución fue marcadamente diferente de los otros tres enfermos, en los que los síntomas meníngeos se afianzaron y requirieron ingreso hospitalario con una punción lumbar evacuadora. En dicha cuarta paciente predominó la aparición de reacciones alérgicas cutáneas y episodios de dolor parastésico migrante (occipital izquierdo, brazo izquierdo y faringe). A partir del séptimo día sintomático, el dolor aumentó y se centró en el hemiabdomen izquierdo, requiriendo valoración en Urgencias de Cirugía.