

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**INCIDENCIA DE COLITIS ISQUEMICA EN EL HOSPITAL
GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"**
(Revisión de 5 años)

CARLOS GUILLERMO NAREZ ZAMUDIO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1978.

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III DEFINICION DEL PROBLEMA
- IV REVISION BIBLIOGRAFICA
SOBRE COLITIS ISQUEMICA
- V HIPOTESIS
- VI RECURSOS
- VII MATERIAL
- VIII TECNICA Y PROCEDIMIENTO
- IX PRESENTACION DE RESULTADOS
- X ANALISIS
- XI DISCUSION
- XII ACEPTACION O RECHAZO DE LA
HIPOTESIS
- XIII CONCLUSIONES

XIV RECOMENDACIONES

XV RESUMEN

XVI REFERENCIAS

XVII ANEXO

INTRODUCCION:

En nuestro país no existe a la fecha ningún estudio sobre el Síndrome de Colitis Isquémica, por lo que se desconoce la incidencia de éste.

La Colitis Isquémica fue descrita clínica y radiologicamente en 1966 por Marston y colaboradores (23), por lo que en la actualidad existe poca literatura expuesta en libros de texto, - siendo la mayor fuente de ésta los artículos que aisladamente se han publicado a partir de 1966 a la fecha.

Por ser esta enfermedad de fácil reconocimiento por lo expuesto anteriormente, existe la posibilidad de efectuar la presente investigación sobre la probable incidencia de Colitis Isquémica en el tiempo comprendido de 1973 a 1977, por medio de una Auditoría Médica a Fichas Clínicas de pacientes ingresados al Hospital General "San Juan de Dios" de la ciudad de Guatemala, que pudieran presentar dicho síndrome.

OBJETIVOS:A) Generales:

- 1) Contribuir al estudio y análisis del "Síndrome de Colitis Isquémica".
- 2) Contribuir con los servicios hospitalarios para detectar casos sobre el "Síndrome de Colitis Isquémica".

B) Específicos:

- 1) Conocer la incidencia de "Colitis Isquémica" en el Hospital General "San Juan de Dios".
- 2) Conocer y cuantificar la proporción de posibles casos de "Colitis Isquémica".
- 3) Conocer las características propias de esta enfermedad en nuestro medio.

DEFINICION DEL PROBLEMA:

"ESTUDIO SOBRE LA INCIDENCIA DE COLITIS ISQUEMICA EN PACIENTES COMPRENDIDOS ENTRE LOS 50 A 90 AÑOS, DURANTE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

REVISION BIBLIOGRAFICA SOBRE COLITIS ISQUEMICA

DEFINICION:

Inflamación del colon que se establece secundariamente a insuficiencia vascular, la cual según su intensidad puede provocar diversos grados de isquemia, lo que puede dar ulceración, estenosis o gangrena y perforación (13).

HISTORIA:

Esta patología es conocida desde hace mucho tiempo. En 1882 Lanestein describió un caso de gangrena cólica consecutiva a la ligadura de la Arteria Cólica Superior Derecha (24), During en 1950 reportó infarto del colon secundario a la ligadura de la Arteria mesentérica inferior (24). En 1963, fue cuando Boley y asociados reportaron cinco casos de una enfermedad que ellos llamaron "Oclusión Vascular Reversible del Colon", no presentándosele mucho interés (34).

Fue hasta 1966 cuando Marston y colaboradores reportaron 16 pacientes con esta entidad a la cual designaron COLITIS ISQUEMICA, describiendo tres estadios clínicos:

Colitis Isquémica Transitoria,

Colitis Isquémica Esteróptica, y

Colitis Isquémica Gangrenosa, con lo que se definió clínica y radiológicamente esta enfermedad (23). Desde esta fecha ha ido en aumento - creciente la literatura sobre dicha enfermedad.

FISIOPATOLOGIA:

La isquemia depende de la susceptibilidad - diferente de los tejidos al daño anóxico. En el caso particular del intestino la complicación avanza por la naturaleza del mismo, el cual además contiene enzimas, bilis, bacterias y toxinas bacterianas (31).

Para el entendimiento de la fisiopatología conviene repasar la irrigación colónica por las arterias:

- a) Tronco Celiaco: Coronaria Estomáquica de misión supletoria.
- b) Mesentérica superior: Que con sus ramas cólicas derechas superior, media e inferior, dan la irrigación al colon transverso, colon ascendente y ciego respectivamente.

Hay que hacer notar que la arteria cólica derecha superior por medio de su ra-

mo superior se anastomosa con la cólica izquierda superior para formar el Arco de Riolo, el cual suministra irrigación al mesocolon y a la flexura esplénica; así también - que entre las cólicas derechas hay anastomosis.

- c) Mesentérica Inferior: Que con sus ramos superior, medio e inferior dan irrigación para la Flexura Esplénica del colon y colon transverso, colon descendente y sigmoides respectivamente. Las hemorroidales superiores que irrigan el recto.
- d) Ilíacas Internas: Que dan las ramas hemorroidales medias e inferiores ramas de la puden-da interna, la que a su vez es rama de la ilíaca interna o hipogástrica.

Existen conexiones entre los tres sistemas, especialmente en casos patológicos y no existen en el colon las complicadas arcadas vasculares del mesenterio de las asas del intestino delgado (25), pero hay una arteria marginal del colon llamada de Drumond (16), desde la que penetran plexos serosos y subserosos, ambos in-

tercomunicados entre si, haciéndolo con una rica red arteriovenosa.

La anoxia del intestino puede ser debida a los siguientes factores: Anormalidades de la circulación colateral entre las arterias ileocólica o arteria cólica derecha inferior, mesentérica inferior y vasos ilíacos, así como también la ausencia de la arteria marginal de Drumond. Se pueden sumar otros factores como la obstrucción de la red capilar, dando grados variables de isquemia, el daño depende de la duración de la oclusión, calibre del vaso obstruido, deficiencia de la circulación colateral, bacterias presentes en la luz intestinal (13).

En relación a la circulación exigua se puede decir que debido a esto, la flexura esplénica es la más frecuentemente afectada (1, 22). La isquemia del colon distal, el recto, mesocolon y colon descendente es menos frecuente debido a buenas anastomosis entre la arteria ilíaca interna y del sistema de la arteria mesentérica superior con el sistema de la arteria mesentérica inferior (1,31).

Por lo tanto, el intestino grueso puede afectarse por lesiones de la aorta abdominal, de las arterias mesentéricas, de las arterias ilíacas y por una alteración de la circulación intramural, estas lesiones incluyen obstrucciones parciales o totales. Así como también la disminución del flujo esplácnico como mecanismo reflejo para suplir a otros órganos de la economía más importantes, cuando hay disminución del flujo circulatorio en todo el organismo. El aumento de presión intraluminal

aumenta la presión de la pared intestinal distendiéndola y de esta manera provoca isquemia.

Muchas veces no ocurre Colitis Isquémica, aunque existe anormalidad de la circulación o causa desencadenante como la disminución del flujo esplácnico secundario a una hipotensión sistémica, esto se debe a la formación de colaterales, pero para que este mecanismo de defensa se lleve a cabo hace falta que la causa desencadenante sea de instalación lenta (31) y que haya disposición favorable.

Se puede formar colaterales con las arterias Frénicas, Suprarrenales, Tronco Celíaco, Arterias rectas Medias, ramos de arterias ilíacas internas y con las arterias retroperitoneales (31).

La necrosis colónica comienza en la capa más interna de la mucosa, que es la parte más sensible a los estados de hipovolemia y bajo flujo. Esta zona por ser la más irrigada y tener alto metabolismo, el delicado plexo capilar se debilita ingurgitándose por la intensa inflamación, el plasma y las células hemáticas pasan al intersticio con invasión bacteriana secundaria y la subsiguiente infiltración de polimorfonucleares (lo cual se ve en cualquier inflamación del colon y no es específica de Colitis Isquémica). Cuando la isquemia es transitoria se puede resolver completamente la congestión superficial y la inflamación a medida que se desarrolla una red de colaterales, esto ocurre cuando la obstrucción es en arte-

rias que son de calibre pequeño o mediano, este daño aumenta la exudación del líquido y peristaltismo por el intestino grueso.

En los casos intermedios en que la circulación es insuficiente para las necesidades de los tejidos más especializados (mucosa muscular) se produce una respuesta inflamatoria similar a la anterior seguida de ulceración de la mucosa y la sustitución de capas musculares por tejido fibroso, produciéndose al inicio hemorragia, aumento del exudado e hiperistaltismo y luego una estrechez oclusiva de la luz y que puede ocupar un gran segmento intestinal si se tratara de un vaso importante (21).

La Isquemia Transmural de la pared intestinal puede llegar a gangrena, teniéndose en este momento el peligro de la más temida complicación, "la perforación", que puede ocurrir en el punto de mayor distensión o en el área de necrosis. La distensión del colon lleva a la elevación del diafragma y produce insuficiencia pulmonar y disminución del flujo de la porta y vena cava inferior lo cual disminuye el retorno venoso al corazón causando disminución del gasto cardíaco (3).

El mecanismo por el cual puede ocurrir isquemia de la mucosa en ausencia de oclusión orgánica de los vasos mayores es el siguiente: La tesis se basa en que se requiere redistribución del flujo total de sangre precipitado por vasoconstricción esplácnica como reacción compensatoria. En pacientes con reserva cardiovascular -

mínima y oclusión parcial de las arterias mesentéricas mayores debido a aterosclerosis, esta vasoconstricción esplácnica está asociada con cierre crítico de las arteriolas y producción de la isquemia de la mucosa. La isquemia da lugar a una serie de cambios incluyendo disminución de sangre y de infección la cual es capaz de perpetuar la vasoconstricción esplácnica. Cuando la isquemia es grande, en todo el intestino grueso, la isquemia misma puede causar cambios suficientes para perpetuar la vasoconstricción esplácnica, después que las causas precipitantes son corregidas. En este caso la perpetuación del problema de isquemia es menor. Este concepto se apoya en lo observado en el shock. La muerte ocurre más en pacientes con infarto no oclusivo del intestino grueso, mientras que pacientes con Colitis Isquémica no desarrollan shock fácilmente.

Las demandas como digestión o stress se asocian con aumento de las necesidades del flujo sanguíneo y precipitan la isquemia del colon (33).

PATOGENIA:

Según Maston (23), distingue tres estadios:

1) Colitis Isquémica Transitoria:

En la cual hay edema, hemorragia ligera, irregularidades de la mucosa debidas a ulceraciones superficiales de la misma, signos tempranos de necrosis isquémica de la super-

ficie epitelial, alargamiento variable de las glándulas, capilares dilatados o rotos, sangre libre en el intestino y el lumen. En las primeras 24 horas aparecen capilares con apariencia abalonada e infiltración secundaria marcada de polimorfonucleares, la muerte de los tejidos precipita la invasión y proliferación bacteriana.

Dos a tres semanas después viene la reparación de los tejidos friables y reemplazamiento por tejido de granulación. Subsecuentemente, se lleva a cabo la regeneración epitelial y la organización glandular. Hay que hacer notar que la infiltración inflamatoria /acompaña de macrófagos que engloban hemosiderina, como los que se encuentran en la etapa subaguda del infarto de miocardio. Nódulos finos con ulceración sobre una base negra.

2) Colitis Isquémica Estrecha:

La isquemia no es total y existe suficiente flujo sanguíneo para prevenir la necrosis transmural. En esta los cambios son más acentuados que en la Colitis Isquémica Transitoria, existiendo lesión de la Muscularis Mucosae, la cual no tiene la capacidad de regeneración existiendo fibrosis, la cual da lugar a estrechez del lumen intestinal. La fibrosis de la íntima y estenosis por engrosamiento en la parte distal de las arterias de pacientes con colitis isquémica, puede ser una le-

sión análoga a la estrechez de las arterias mesentéricas con isquemia no oclusiva del colon.

Cuando revierte a lo normal la apariencia del colon al examen sigmoidoscópico y radiológico es normal, esto ocurre en un período de dos a tres semanas. En esta etapa los patólogos pueden encontrar glándulas residuales deformadas y fibrosis; en la fase de resolución los signos histológicos son útiles en el diagnóstico: "El carácter hialino de la fibrosis de la mucosa y la presencia de macrófagos conteniendo pigmento de hierro. El hierro es hemosiderina y representa hemoglobina alterada de las células rojas que se han liberado entre los tejidos tempranamente en los procesos de infarto".

3) Colitis Isquémica Gangrenosa:

En esta la necrosis es más extensa y en vuelve el espesor de la pared intestinal, encontrándose además mesenterio inyectado de sangre, edematoso y durante y después de la reparación la fibrosis es mayor. En la etapa aguda o subaguda de este tipo de colitis isquémica es frecuente la perforación.

ETIOLOGIA:

Según la alteración de la circulación se puede dividir en:

- A) Colitis isquémica con obliteración de los grandes vasos, entre las que encontramos la aterosclerosis, la cual provoca estenosis ateromatosa con o sin trombos. Las lesiones ateromatosas ocurren en los dos primeros centímetros de la Arteria Mesentérica Inferior sin aterosclerosis importante, son habitualmente asociadas a la existencia de un aneurisma de la Arteria Aorta (24).

Fuera de la atero esclerosis, numerosos estados patológicos son responsables de la obliteración de las arterias y se han descrito como factores desencadenantes de Colitis Isquémica, los siguientes:

a) Migración de Embolos:

Ellos son de las arterias mesentérica superior o ramas cólicas de las arterias principales. Las principales causas de émbolos son las cardiopatías (valvulopatías, trastornos del ritmo como fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, endocarditis bacteriana) (24, 31).

- b) El uso de contraceptivos puede producir trombosis venosa, especialmente, cuando las pacientes toman grandes dosis de estrógenos (mujeres jóvenes) (10, 24).

- c) Hematomas traumáticos del Mesocolon (6, 24).
- d) Hemopatías: Poliglobulinas, policitemia vera.
- B) Colitis Isquémica sin obliteración de los grandes vasos:

a) Vasculitis Periféricas:

Colagenosis (9, 16), Amiloidosis (4), Radiaciones (24), Lupus Eritematoso (32), Inmunosupresores (17), Arteritis Psoriásica (17).

b) Disminución del flujo vascular del colon:

Shock cardiogénico, shock infeccioso, pancreatitis, úlcera hemorrágica, peritonitis, insuficiencia cardíaca, drogas que deprimen el débito esplénico (Aminas Vasopresoras, Digital) (9); anomalías de la Arteria de Drummond la cual no es continua o suele faltar en colon descendente en el 5% y en el sigmoides en el 20% de todos los individuos (36). La reconstrucción de una arteria ilíaca ocluida puede ocasionar el "Fenómeno de Robo", que ocurre al efectuarse la simpatectomía más revascularización, que conduce al 40-70% de la disminución del flujo de las arterias mesentéricas.

Este fenómeno puede ocasionar isquemia del colon en pacientes en quienes había estenosis en la arteria mesentérica superior y - que recibía flujo retrógrado de la arteria mesentérica inferior (15, 35).

Los cambios de presión del colon que son dados por neoplasias, vólvulos, íleos; lo cual provoca presión sobre los vasos intramurales del colon (18).

FRECUENCIA:

Esta enfermedad, usualmente, aparece después - de los 50 años, entre los 50 a los 90 años, teniendo como promedio los 70 años (33, 34). En otra investigación los pacientes tenían edades que oscilaban entre los 36-38 años. Estos últimos pacientes eran del sexo femenino que habían tomado anticonceptivos orales (6).

En otra serie se encontró la distribución siguiente en 41 pacientes: 39 caucásicos, 1 oriental, 1 cobrizo y ninguno de raza negra (35).

Esta enfermedad se ha reportado en Francia (24), España (17, 21), Brasil (13), Inglaterra (30), Estados Unidos (33, 34).

Existe predominio del sexo femenino, con una relación sobre el sexo masculino de 3:2 (1).

CUADRO CLINICO:

Marston en 1966 definió tres posibles cursos de la Colitis Isquémica, la que puede ser reconocida clínicamente:

- 1) Colitis isquémica gangrenosa, resultado - del fallo del flujo arterial.
- 2) Colitis isquémica con estrechez, resultado de infarto hemorrágico de la mucosa con y seguido de fibrosis y estenosis.
- 3) Colitis isquémica transitoria, resultado - de deterioro benigno transitoria del flujo arterial con completa resolución (23).

La colitis isquémica gangrenosa ocurre en el 8% de pacientes con esta enfermedad, casi siempre se trata de un paciente mayor de cincuenta años (edad promedio de setenta años) con antecedente de enfermedad cardiovascular, paciente que toma inmunosupresores; si es mujer joven, antecedente de tomar anticonceptivos. - El paciente se queja de dolor abdominal agudo, intenso, de pocas horas de evolución, a nivel del hipocondrio y fosa ilíaca izquierdos. El dolor es tipo calambre. Solamente el 15% de estos pacientes ya han tenido episodio previo semejante, pero en el 85% lo presentan por primera vez. A este cuadro se le pueden acompañar náuseas y vómitos. Puede haber distensión abdominal. La diarrea es muy frecuente y se

le acompaña de sangre franca o con coágulos; además los signos característicos de mal estado general, cianosis periférica y fracaso circulatorio - con signos de shock. Hay fiebre moderada de 38°C. Es frecuente los signos de peritonitis secundarios a perforación. El dedo puede salir teñido de sangre al efectuar tacto rectal (21).

La colitis isquémica con estrechez, que ocurre en el 47% del total de pacientes con Colitis Isquémica, es la manifestación más frecuente de estos procesos anóxicos. La isquemia no es total y existe suficiente flujo sanguíneo como para prevenir la necrosis transmural. Se produce en sujetos de edad mediana o en ancianos con arteriopatía esclerosa generalizada. El comienzo es agudo con dolor en fosa ilíaca izquierda que se irradia al resto del abdomen y epigastrio. Después puede haber una deposición escasa con sangre oscura (24), el estado general se afecta poco, no suele haber shock, aunque si puede haber fiebre por la lesión de la mucosa y la invasión bacteriana subsiguiente (21). Al examen, habitualmente, se pone en evidencia un dolor abdominal con defensa localizada, ausencia de masa abdominal y la existencia de ruidos intestinales disminuidos (24), distensión abdominal.

El tercer tipo de colitis es la Isquémica Transitoria, que se encuentra en el 44% del total de casos de colitis isquémica, la cual se sospecha en un paciente con un episodio de dolor brusco en fosa ilíaca izquierda seguido de rectorragia; dolor a la palpación abdominal y fiebre, pero con buen estado general. (21)

Por otro lado, un proceso de Isquemia Segmentaria puede ser diferenciado de una Isquemia Aguda Intestinal Extensa (37), tomando las siguientes variantes:

- 1) La Colitis Isquémica Segmentaria se presenta clínicamente con diarrea, frecuentemente, con sangre, dolor abdominal bajo el cual es benigno, el paciente además es normotenso. Su etiología es a nivel de la Arteria Mesentérica Inferior la cual puede estar ocluida (5%) o puede no estarlo (95%). Tiene buen pronóstico.
- 2) El otro tipo es la Isquemia Extensa del Intestino que nos da la siguiente clínica: dolor abdominal difuso y severo, anomalías cardíacas, shock y desequilibrio hidroelectrolítico. Su etiología puede ser oclusiva (50%) de la Arteria Mesentérica superior y cuyo pronóstico es malo (37).

PROCTOSIGMOIDOSCOPIA:

Puede revelar solamente sangre, especialmente cuando la lesión es muy alta. Cuando el daño es bajo se ve la mucosa edematosa, ulcerada, de la cual exuda sangre, algunas veces con aspecto polipoide y además hay una fina demarcación entre la mucosa normal y la anormal (31).

Por este examen se obtiene biopsia de la mucosa intestinal para el estudio histológico, así como también se hace un diagnóstico deferen-

RAYOS X:

Placa Vacía:

Nos presenta edema de la pared del colon y distensión del mismo (31).

Enema de Bario:

Pueden darse las siguientes imágenes, las cuales suelen presentarse más frecuentemente en la flexura esplénica (34):

- 1) Proyecciones pseudopolipoides o imágenes en "Huellas de dedos" que revelan un proceso exudativo, a esto también suele agregarse surcos transversos.
- 2) Irregularidades de la mucosa, debido a ulceración de la misma, a este proceso se le llama "dientes de serrucho" o "sierra".
- 3) Saculaciones debido a estrecheces del intestino.
- 4) Estrechez tubular (34).

Todos estos cambios radiológicos son de evolución rápida y pueden desaparecer de dos a tres semanas.

EXAMENES DE LABORATORIO:

El recuento de glóbulos blancos está aumentado, variando de 20,000 a 40,000 (en casos de peritonitis) (21), la leucocitosis - suele acompañarse de neutrofilia polimorfonuclear.

La velocidad de sedimentación es normal o elevada (20).

La pérdida de sangre por el recto se comprueba por Guayaco en heces positivo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se hace diagnóstico diferencial con las enfermedades de Crohn, Colitis Ulcerativa y Carcinoma no observándose saculaciones en estas enfermedades. La estrechez se encuentra en carcinoma, pero generalmente, la extensión de éste es corta.

COMPLICACIONES:a) Estrechez Tubular Residual:

En la Colitis Isquémica estrecha, la cual consiste en la estrechez del lumen y la pared intestinal, por lesión de la muscularis mucosae.

- b) Gangrena del colon por falla transmural circulatoria permanente, la que a su vez se complica con la perforación.
- c) Peritonitis por la invasión bacteriana a la cavidad peritoneal por la perforación.
- d) Shock secundario a la pérdida de sangre (31).

MANEJO:

Después de establecido el diagnóstico el tratamiento es el siguiente:

a) Tratamiento Médico:

Con reposición de líquidos, sangre, dextran vasodilatadores periféricos, según exista - deshidratación o shock. Casi siempre a este tratamiento conservador se le asocia tratamiento con un antibiótico de amplio espectro. Tratamiento que se da en las Colitis Isquémicas Transitoria o Estrecha.

b) Tratamiento Quirúrgico:

La laparatomía es necesaria cuando existen signos de peritonitis o shock, o bien para la prevención de estos. Se efectúa resección de la zona necrosada y exteriorización de las extremidades del colon (24).

HIPOTESIS:

"EN EL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS", ENTRE LOS AÑOS DE 1973 A 1977 A LOS PACIENTES INGRESADOS DE AMBOS SEXOS, COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 50 A 90 AÑOS, CON DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EN FOSA ILIACA IZQUIERDA CON MENOS DE DOS SEMANAS DE EVOLUCION, ACOMPAÑADO DE ENTERORRAGIA, NUNCA SE LE INCLUYE AL SINDROME DE COLITIS ISQUEMICA DENTRO DE LOS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES".

VARIABLES QUE COMPONEN LA HIPOTESIS:

a) Pacientes de ambos sexos:

Determinado por el número de casos en pacientes de 50 a 90 años para el sexo masculino y femenino.

b) Edades de 50 a 90 años:

Determinados por el número de casos presentados en los intervalos de 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 y 80 a 90 años.

c) Dolor en fosa ilíaca izquierda de dos semanas de evolución:

Determinado por los intervalos de 5 a 7, 8 a 10, 11 a 12, 13 a 23 horas; 1 a 3, 4 a 7, 8 a 14 días.

d) Inclusión de Colitis Isquémica dentro de los diagnósticos diferenciales:

Se determinará si se le incluyó o no se le incluyó.

RECURSOS:INSTITUCIONAL:

- a) Departamento de Estadística del Hospital General "San Juan de Dios".
- b) Departamento de Patología del Hospital General "San Juan de Dios".

MATERIAL:

Fichas Clínicas de los Archivos del Departamento de Estadística del Hospital General "San Juan de Dios".

TECNICA Y PROCEDIMIENTO:

Se procedió a investigar en el archivo de Estadística del Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala, enfermedades que pudieran dar dolor abdominal y enterorragia, tales como, Ca de colon, Vólvulos, Intususcepción, Apendicitis Aguda Perforada, Apendicitis Aguda, Peritonitis, Colitis Ulcerativa y signos clínicos puestos como diagnóstico como Enterorragia de Etiología?, Dolor Abdominal de Etiología?. Encontrándose 53 casos con dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda y enterorragia, luego se procedió a descartar fichas que no

llenaran los requisitos impuestos en la hipótesis, para efectuarle auditoría médica a través de una ficha estandarizada (ver anexo No. 1). Solamente se encontraron siete casos con características clínicas sugestivas de enfermedad vascular del colon, de los cuales solo en tres casos se estableció el diagnóstico histopatológico de Colitis Isquémica Gangrenosa.

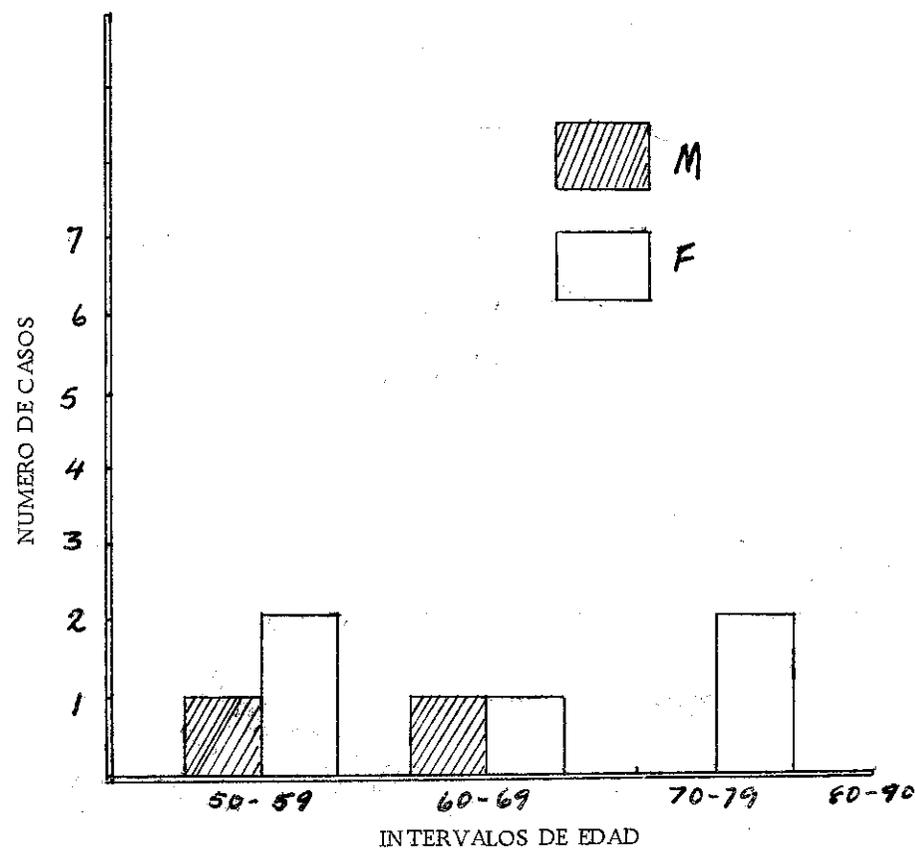
PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DEL SEXO SEGUN GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, 1973-1977. DADO EN NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES

GRUPO ETAREO:	S E X O				TOTAL:	
	M		F			
	No. Abs.	%	No. Abs.	%	No. Abs.	%
50-59	1	14.28	2	28.58	3	28.6
60-69	1	14.28	1	14.28	2	28.6
70-79			2	28.58	2	42.8
80-90						
Total:	No. Ab.	2		5	7	
	%		28.56		71.44	100.0

GRAFICA No. 1

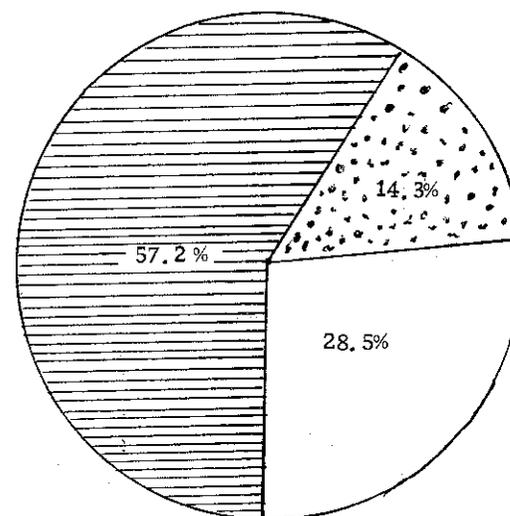


CUADRO No. 2

EVOLUCION DEL DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS", 1973-1977. DADO EN NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES.

Horas	No. de Casos	%
5-7	4	57.2
8-10	1	14.3
11-12	2	28.5
TOTAL	7	100.0

GRAFICA No. 2

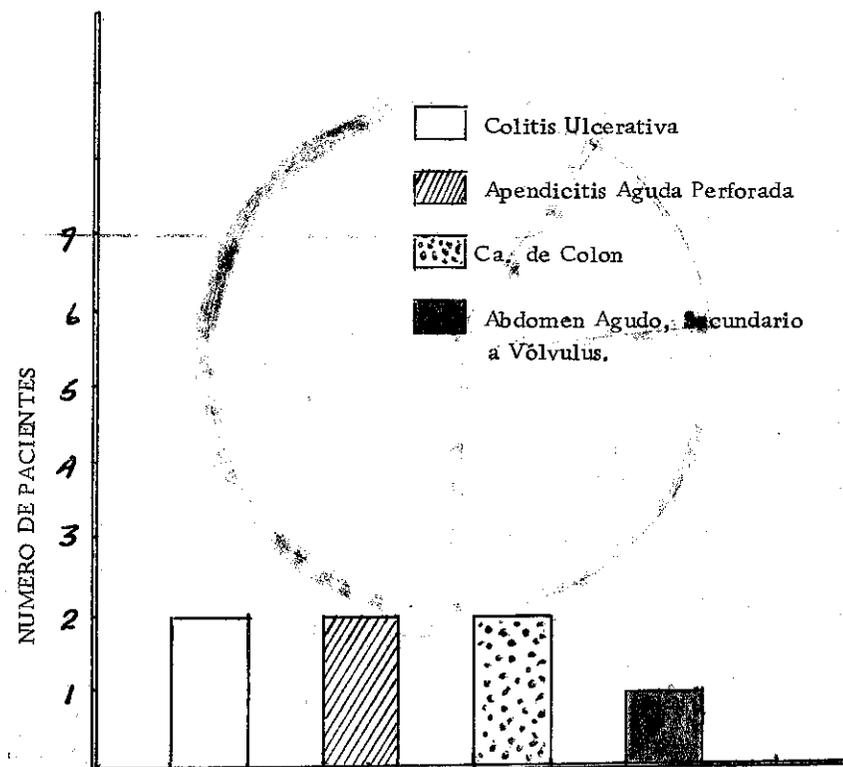


CUADRO No. 3

DIAGNOSTICOS CLINICOS SOSPECHADOS EN CASOS SUGESTIVOS DE ENFERMEDAD VASCULAR DEL COLON EN PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS", 1973-1977. DADOS EN NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES.

Diagnósticos sospechados	No. de Casos	%
Colitis ulcerativa	2	28.6
Apendicitis aguda perforada	2	28.6
Ca de Colon	2	28.6
Abdomen agudo secundario a vólvulos	1	14.2
T O T A L	7	100.0

GRAFICA No. 3

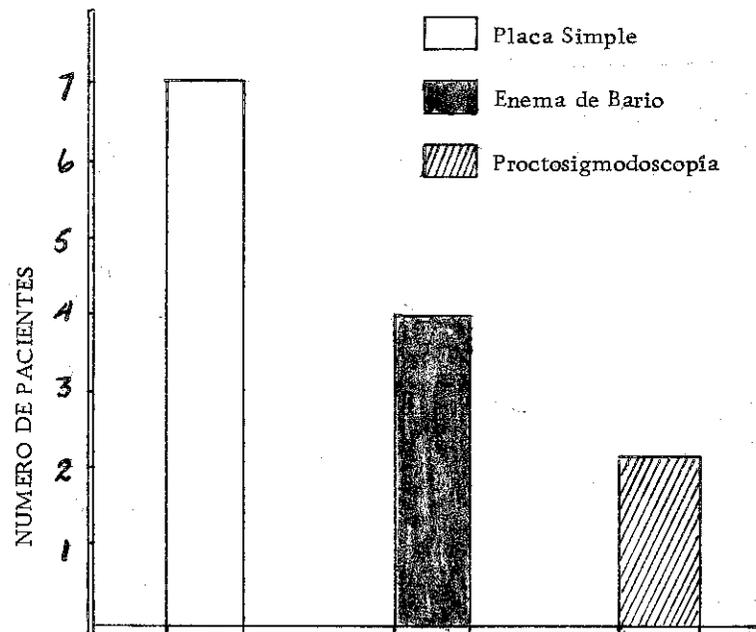


CUADRO No. 4

EXAMENES DE GABINETE ORDENADOS PARA COMPLETAR EL DIAGNOSTICO SOSPECHADO EN PACIENTES ESTUDIADOS CON SUGESTIVA ENFERMEDAD VASCULAR DEL COLON, EN EL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS", 1973-1977. DADOS EN NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES.

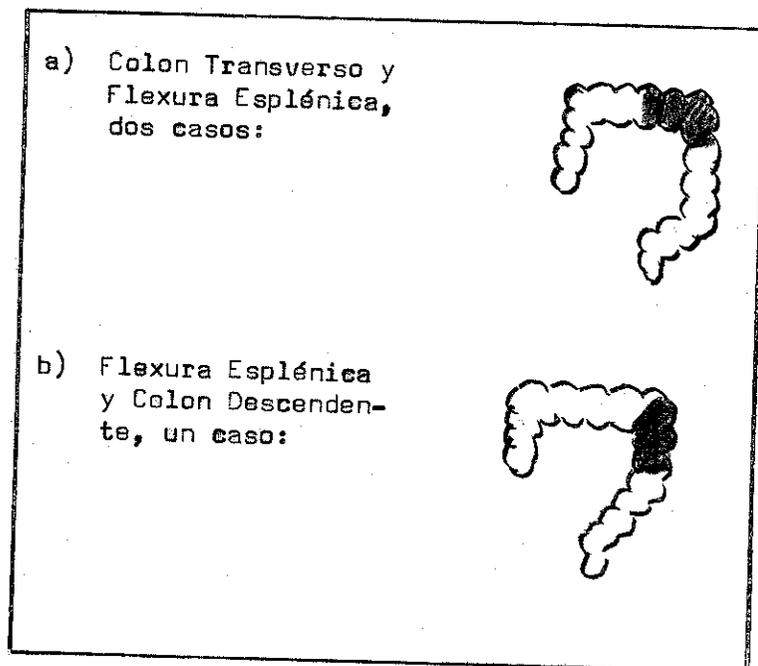
Examen de Gabinete	No. de Casos	%
Placa simple	3	100
Enema de Bario	4	57
Proctosigmoidoscopia	2	28
Biopsia	0	0

GRAFICA No. 4



CUADRO No. 5

REGIONES AFECTADAS POR COLITIS ISQUEMICA GANGRENOSA EN PACIENTES QUE FUERON INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS", 1973 - 1977.

ANALISIS:

En el total de siete casos con sugestiva enfermedad vascular del colon se encontraron las siguientes relaciones y porcentajes:

a) La distribución del sexo fue el siguiente:

Sexo femenino: 72%

Sexo masculino: 28%

Que nos da una relación de 2.57 a favor del sexo femenino.

b) Los intervalos etarios para el sexo masculino fueron de 50% para las edades de 50 a 59 años y de 50% entre las edades de 60 a 69 años; teniendo promedio de 58 años (ver cuadro y gráfica No. 1).

Los intervalos etarios para el sexo femenino fueron de 40% entre las edades de 50 a 59 años, de 40% para las edades de 70 a 79 años y de 20% para un promedio de 63.8 años.

Los intervalos etarios de ambos sexos se distribuyeron en la siguiente forma: 42% entre las edades de 50 a 59 años, 29% entre las edades de 60 a 69 años y de 29% para las edades entre 70 a 79 años, para un promedio de 62 años (ver Cuadro y Gráfica No.1).

- c) La evolución del dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda (ver Cuadro y Gráfica - No. 2) fue de 57.2% entre las 5 a 7 horas, 28.5% entre las 11 y 12 horas y de 14.3% entre las 8 a 10 horas.
- d) La inclusión de Colitis Isquémica dentro del diagnóstico diferencial en los casos sugestivos de enfermedad vascular del colon fue de 0%, lo cual indica que ningún caso se le incluyó.

Los diagnósticos clínicos sospechados en casos sugestivos de enfermedad vascular del colon (ver Cuadro y Gráfica No. 3): 28.6% para Colitis Ulcerativa, 28.6% para Apendicitis Aguda Perforada, Ca de Colon 28.6%, Abdomen Agudo Secundario a Vólvulos 14.2%.

- e) El tratamiento quirúrgico se llevó a cabo en tres pacientes (43% del total de casos), los cuales presentaban signos peritoneales que sospechaban en Apendicitis Aguda Perforada (2 casos) y perforación secundaria a vólvulos (1 caso).

Las regiones del colon afectadas por necrosis y perforación en los pacientes operados fueron (ver Cuadro y Gráfica No. 5): en dos pacientes el Colon Transverso y la Flexura Esplénica, en un paciente la Flexura Esplénica y el Colon descendente.

- f) Los exámenes de gabinete ordenados para completar el diagnóstico sospechado en pacientes estudiados con sugestiva enfermedad vascular del colon, fueron los siguientes: Placa simple de abdomen, 7 casos; Enema de Bario, 4 casos; Proctosigmoidoscopia, 2 casos; y Biopsia 0 casos (Ver Cuadro y Gráfica No. 4).

DISCUSION

En los pacientes con sugestiva enfermedad vascular del colon se encontró en la frecuencia del sexo la relación de 2.57 a 1 a favor del sexo femenino, la cual es menor que la de 3 a 2 siempre a favor del sexo femenino encontrado por Balslev y colaboradores (1). El promedio de edad fue de 62 años, que es menor al de 70 años presentado por Williams (33). La evolución del dolor en fosa ilíaca izquierda fue en la mayor parte de casos (57.2%) entre 5 a 7 horas. La inclusión de Colitis Isquémica dentro del diagnóstico diferencial fue de 0%, lo cual indica que en ningún caso se tomó en cuenta este Síndrome.

Del total de 7 casos, a 3 se les intervino quirúrgicamente sospechándose en 2 pacientes Apendicitis Aguda Perforada y en 1 paciente Abdomen Agudo Secundario a Vólvulos. En estos tres pacientes se tomó placa simple de abdomen, la cual presentaba dilatación del colon, anterior a la lesión vascular. No se efectuó en ninguno de estos casos proctosigmoidoscopia ni biopsia del colon. Las regiones del colon afectadas por áreas de necrosis y perforación fueron (ver Gráfica No. 5): en dos pacientes colon transverso y flexura esplénica y colondescendente; que guarda relación por la flexura esplénica la que tiene irrigación más exigua y, por lo tanto, más propensa a presentar Colitis Isquémica (1, 22). El estudio histopatológico del colon resecaado presentó: Células rojas en el intersticio,

capilares dilatados y rotos, arterioesclerosis de pequeño vaso, macrófagos con hemosiderina, infiltración marcada polimorfonuclear, lo cual indicaba la existencia de Colitis Isquémica, - estos hallazgos fueron comprobados por Marston y colaboradores en 1966 (23). El diagnóstico histopatológico en estos tres pacientes fue de Colitis Isquémica Gangrenosa.

Del total de los 7 casos en cuatro solamente se dio tratamiento médico; el Enema de Bario se efectuó en estos, presentando marcada estrechez en Colon Descendente, que podría relacionarse con la forma Estrecha de Colitis Isquémica; en los otros dos pacientes se presentó Dilatación de Colon Transverso (23).

La proctosigmoidoscopia se efectuó solamente en dos casos de pacientes tratados conservadoramente, 1 fue reportado como "Mucosa roja pálida, ulcerada, formaciones polipoides y lesiones estenóticas", esto se puede relacionar con lo encontrado en la Colitis Isquémica Transitoria en la cual se encuentran las anteriores descripciones. La otra proctosigmoidoscopia presentó "Mucosa congestionada hiperémica", la cual también podría relacionarse con Colitis Isquémica Transitoria. En ningún caso se efectuó Biopsia del Colon, lo cual hubiese sido necesario para el diagnóstico histológico.

De los casos estudiados se encontró tres casos de Colitis Isquémica Gangrenosa y ninguno

para Colitis Isquémica Transitoria y Estrecha. Esto fue debido a que solamente los pacientes que presentaron signos de perforación fueron intervenidos quirúrgicamente y estudiadas histológicamente las piezas resecaadas.

Para el estudio de los dos primeros estadios de Colitis Isquémica (Colitis Isquémica Transitoria y Estrecha) no se efectuaron estudios de Biopsia, los cuales hubieran brindado un diagnóstico definitivo.

ACEPTACION O RECHAZO DE LA HIPOTESIS

La hipótesis se acepta por lo siguiente:

- a) La "No inclusión" del diagnóstico diferencial de Colitis Isquémica fue en el total de 7 casos o sea el 100%.
- b) En la revisión de los diagnósticos diferenciales de siete casos con características de Colitis Isquémica, se encontró: Para Colitis Ulcerativa 28.6%; Apendicitis Aguda perforada 28.6%; Ca de Colon 28.6%, Abdomen agudo secundario a Vólvulos 14.2% y de Colitis Isquémica 0%.

Por lo anterior, se concluye que: "En el Hospital General "San Juan de Dios", entre los años de 1973 a 1977, a los pacientes ingresados de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 50 a 90 años con dolor abdominal tipo cólico en fosa ilíaca izquierda de menos de dos semanas de evolución - acompañado de enterorragia, nunca se incluyó el síndrome de Colitis Isquémica dentro de los diagnósticos diferenciales".

CONCLUSIONES

1. En el Hospital General "San Juan de Dios" de la Ciudad de Guatemala, entre los años de 1973 a 1977, la incidencia de Colitis Isquémica fue de tres casos.
2. En el Hospital General "San Juan de Dios" de la Ciudad de Guatemala, entre los años de 1973 a 1977, a los pacientes ingresados, de ambos sexos comprendidos entre los 50 a los 90 años, con dolor abdominal tipo cólico en fosa ilíaca izquierda de menos de dos semanas de evolución, acompañado de enterorragia, nunca se incluyó al Síndrome de Colitis Isquémica dentro de los diagnósticos diferenciales.
3. La distribución del sexo en pacientes con sugestiva enfermedad vascular del colon fue de 72% para el sexo femenino y de 28% para el masculino, con una relación de 2.57 a 1 a favor del sexo femenino.
4. El promedio de edad de los pacientes con sugestiva enfermedad vascular del colon fue de 62 años.
5. La mayor parte de pacientes (57%) con sugestiva enfermedad del colon, presentó la evolución del dolor entre 5 a 7 horas.

6. La región más afectada del colon por insuficiencia vascular en pacientes intervenidos quirúrgicamente fue la flexura esplénica.
7. En el total de pacientes se efectuó la proctosigmoidoscopia en el 28%.
8. En ningún paciente se efectuó Biopsia del colon durante la proctosigmoidoscopia.

RECOMENDACIONES

1. En pacientes de 50 a 90 años con dolor cólico en fosa ilíaca izquierda, de - instalación brusca de menos de 12 horas de evolución, acompañado de enterorragia debe tomarse en cuenta el Síndrome de Colitis Isquémica.
2. Si no hay signos de irritación peritoneal y/u obstrucción intestinal que - contraindiquen estudios de Enema de Bario, este debe ser efectuado en pa- - cientes con enfermedad vascular del co- - lon.
3. En todo paciente con enterorragia debe efectuarse proctosigmoidoscopia para - efectuar la localización de la lesión y descartar diagnósticos diferenciales.
4. Toda proctosigmoidoscopia debe servir como medio para efectuar biopsia, ya - que el diagnóstico definitivo de Coli- - tis Isquémica se efectúa por estudio - histopatológico.
5. Todo caso con sintomatología de enferme- - dad vascular del colon debe ser estudia- - do por angiografía de dicha región para descartar lesión vascular.

RESUMEN

En el presente estudio se efectuó una re- - visión de 53 casos que fueron ingresados en- - tre los años de 1973 a 1977 en el Hospital Ge- - neral "San Juan de Dios", en los cuales se pu- - diera encontrar enfermedad vascular del colon para establecer la INCIDENCIA Y LA INCLUSION DE COLITIS ISQUEMICA en los casos sugestivos de dicha enfermedad. Se descartaron para el estudio todos aquellos casos que no llenaron los siguientes requisitos de la hipótesis: Pacientes de ambos sexos comprendidos entre los 50 y 90 años con dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda de menos de dos semanas de evolución, acompañado de enterorragia.

Se encontró siete casos de pacientes con sugestiva enfermedad vascular del colon en - los cuales "nunca se incluyó" en su diagnós- - tico diferencial el Síndrome de Colitis Is- - quémica. Solamente en tres casos se estable- - ció el diagnóstico histopatológico de Colitis Isquémica Gangrenosa; concluyéndose que la incidencia de esta enfermedad entre los años de 1973 a 1977 fue de tres casos en el Hospi- - tal General "San Juan de Dios".

REFERENCIAS

1. Balslev, I. y colaboradores. Colitis Isquémica. Acta Chir. Escand. 136:235. 1970.
2. Benflit, P. y colaboradores. Ischemic Disease of the Colon. South Me. Journal. 62:1452. 1969.
3. Birne, J. Large Bowel Obstruction. Postgraduate Medicine. Sept. 1968.
4. Boley, S. Reversible Vascular Occlusion of the Colon. Sug. Gynecol Obstet. 116:53. 1963.
5. Brom, B., y colaboradores. Ischemic Colitis, Gastric Ulceration and Malabsorption in a case of primary amyloidosis. Gastroenterology. 57:319. 1969.
6. Brown, A. Non Gangrenous Ischemic Colitis. British Journal Surgery. Vol. 59, No. 6 Jun. 1972.
7. Chino, Shigeru. New Clinical and radiographic signs in Ischemic Colitis. American Journal Surgery. 128 (5). page 640-643. Nov. 1974.
8. Civetta, J. Mesenteric venous thrombosis Associated with oral contraceptives. Gastroenterology. 58:713-716. 1970.
9. Corbett R. Stenosed Segment of descending colon associated with trauma. Proctol Royal Soc.
10. Clack, A. W. y colaboradores. Ischemic colitis in young adults. British Medical Journal. Sat 14. Oct. 1972. Pages 70-2.
11. Curr, F. J. Rectal Structure due to Ischemia following ruptured ectopic gestation. Gut. 8, page 178. 1967.
12. Glotzer, D. y colaboradores. Colonic Ulceration proximal to obstructing carcinoma. Surgery. 56:950. 1964.
13. Hashimoto, T. y colaboradores. Colite Isquémica. Revista Paulina Médica 84, Jul-Ago 1974. Pages 37-43.
14. Hurwitz, A. y colaboradores. Acute necrotizing proximal to obstructing carcinoma. Surgery Gynecol. Obstet. 111:749. 1960.
15. Johnson, W. y col. Visceral infarction following aortic surgery. Annals of surgery vol. 180, No. 3. Sept 1974. Pages 312-218.
16. Jones, Row. Ischemic Colitis. British Journal Medicine. Sat 8 Feb. 1969 Pages 640-647.

17. Juan, Jorge. Artropatía Psoriásica. Revista clínica española, tomo 143, No. 5 15 diciembre 1973. Madrid 9.
18. Kawarada, Y. y col. Ischemic Colitis following rectal prolapse. Surgery. Vol 76.
19. Kilpatrick, Z.. y col. Occlusion Vascular of colon and anticonceptives orals. The New England of Medicine. Vol 278. Feb. 1978. Pages. 438-440.
20. Lambana, S. y col. Irreversible Ischemic colitis caused by of sigmoid branches, Surgery Oct. 1973. Vol. 74. No. 4. Pages 587-592.
21. Martínez P. Colitis Isquémica. Tomo 129. 30 de junio. Revista Española. Page. 561-565.
22. Möller, C. y col. Ischemic Colitis. Acta Chirurgica Scand. 137:75. 1971.
23. Marston, A. y col. Ischemic Colitis. Gut 7:1. 1966.
24. Poupon, R. y col. Les Colites Ischemiques. La nouvelle Presse medical. 20 oct 1973. 2^a No. 37. Pag. 2473-2476.

25. Quiroz, F. Aorta abdominal. Tratado de anatomía humana. Editorial Porrua. S. A. pags. 106-109, 112-118.
26. Reeves and Wang. Mesenteric Vascular Disease. American Journal Roentgenology, 83:895, 1960.
27. Reutes, S. R. y col. Angiography in reversible colonic ischemic radiation. 97:371.
28. Sturdy, D. E. Ischemic Colitis. British Journal of Surgery. Vol. 55. Feb 1968 No. 2, pag. 99-101.
29. Stillman, A. E.. y col. Ischemic Bowel disease attributable to Ergot. Gastroenterology, 72 (6):1336-7 Jun 1977.
30. Westcott, J. L. Angiographic demonstration of arterial occlusion in ischemic colitis. Gastroenterology 63:486. 1972.
31. Whitehead, R. Reversible ischemic colitis. The practitioner, julio 1974. Vol 213. Pag. 54-58.
32. Wilk, Lester y col. Ischemic Colitis with perforation into gallblader. Rev. mont Sinai, pags. 119-125.

IV) Diagnósticos diferenciales encontrados en pacientes estudiados:

V) Inclusión de Colitis Isquémica en el diagnóstico diferencial de pacientes estudiados:

a) Se le incluyó b) No se le incluyó

VI) Regiones afectadas por Colitis Isquémica en pacientes intervenidos quirúrgicamente:

VII) Exámenes de gabinete ordenados para complementar el diagnóstico en los pacientes estudiados:

a) Placa simple de abdomen:

b) Enema de Bario:

c) Proctosigmoidoscopia:

d) Biopsia:

Quares
Br. Carlos Guillermo Quares Zamudio

Carlos Federico Castro M.

Asesor
Carlos Federico Castro M.

Dr. Mario Rene Bolaños

Revisor
Dr. Mario Rene Bolaños

Julio de León M

Asesor de Fase III
Julio de León M

Dr. Paul A. Castillo

Secretario General
Dr. Paul A. Castillo

Vo.Bo.

Dr. Roberto Castillo

Decano
Dr. Roberto Castillo