



CARTAS CIENTÍFICAS

Necrosis del colon secundaria a pancreatitis aguda. Reporte de un caso y revisión literaria



Colon necrosis secondary to acute pancreatitis: A case report and literature review

Mujer de 39 años, portadora como única comorbilidad de obesidad, con un índice de masa corporal de 36 kg/m². La paciente acudió al servicio de urgencias al presentar, 2 h previas a su ingreso, dolor epigástrico, transfixivo de intensidad 8/10, acompañado de náuseas y vómitos de contenido gastrobiliar, sin atenuantes ni exacerbantes. A su llegada se encontró con taquicardia, resto de los signos vitales dentro de los parámetros normales; a la exploración física alerta, orientada en sus 3 esferas, pares craneales íntegros, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen distendido, peristalsis disminuida, dolor difuso a la palpación en hemiabdomen superior y extremidades sin alteraciones.

En los exámenes de laboratorio: hemoglobina 11.3 g/dl; hematocrito 33.5%; leucocitos 13.77 K/ μ l; glucosa 167 mg/dl; colesterol 527 mg/dl; triglicéridos 3,804 mg/dl; función renal normal, pruebas de función hepática normal; amilasa 600 U/l y lipasa mayor de 3,000 U/l. Se solicitó una ecografía de abdomen superior, reportando páncreas normal, sin líquido libre, ni evidencia de litiasis vesicular. Se ingresa en la unidad de cuidados intermedios con el diagnóstico de pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia, sin presencia de fallo orgánico por la escala de Marshall modificada.

Se inició manejo con hidratación, analgesia y ayuno. Durante la primera semana, la paciente presentó dolor abdominal de difícil control con opiáceos, con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica persistente, caracterizado por taquicardia y leucocitosis. Al quinto día, ante la falta de mejoría clínica se le realizó tomografía axial computarizada (TAC) simple de abdomen, donde se encontró páncreas sin presencia de necrosis, con colecciones líquidas peripancreáticas y en ambas goteras parietocólicas, además de engrosamiento a nivel de mesocolon. Continuó en ayuno hasta el séptimo día, cuando se decidió iniciar nutrición enteral por sonda nasogástrica, tolerándola adecuadamente. Durante la segunda semana presentó picos



Figura 1 TAC de abdomen con contraste iv, que documenta necrosis de grasa peripancreática y espacio pararenal anterior izquierdo; el mesocolon muestra la presencia de gas.

febriles, se realizaron hemocultivos resultando negativos; con mejoría del dolor y tolerancia de dieta enteral. Al día 14 de su estancia hospitalaria, presentó dolor en flanco derecho, además de distensión abdominal importante, ausencia de peristalsis, vómito de contenido alimentario y datos francos de estado de choque. Por este motivo se trasladó a la unidad de cuidados intensivos, además de que se le realizó TAC de abdomen con contraste intravenoso (fig. 1), donde se documentó necrosis de grasa peripancreática y espacio pararenal anterior izquierdo; el mesocolon mostró presencia de gas, además presentó cambios inflamatorios en colon transverso. Debido a la evolución tórpida y los datos encontrados en la TAC se realizó laparotomía exploradora en el día 14, donde se documentó líquido libre en cavidad abdominal, purulento, necrosis pancreática, así como del colon transverso (fig. 2), múltiples abscesos en mesocolon transverso;



Figura 2 Pieza quirúrgica de colectomía total, se documenta necrosis del colon transverso.

motivo por el cual se realizó colectomía total e ileostomía.

Se trasladó a la paciente a la unidad de cuidados intermedios, al día 30. Al día 40 presentó fístula gastrocutánea, la cual se reparó quirúrgicamente. Presentó buena evolución clínica posterior, motivo por el cual el día 45 pasó a sala general hospitalaria y se dio de alta al día 60, completamente asintomática.

Las complicaciones locales que se presentan en la pancreatitis aguda son: colecciones agudas peripancreáticas, pseudoquistes pancreáticos, colección necrótica aguda y necrosis pancreática organizada/encapsulada (walled-off necrosis)¹. La pancreatitis necrosante se presenta en el 10-20% de los casos, con una alta mortalidad que va del 15-20%².

Dentro de las complicaciones locales, una poco frecuente que se presenta en el 1% de los pacientes que desarrollan pancreatitis aguda, son las complicaciones colónicas, las cuales van desde hemorragia, fístulas, necrosis o perforación³⁻⁶.

Se ha reportado que hasta en el 15%^{7,8} de los pacientes con pancreatitis grave puede verse afectado el colon, y está asociado a una mortalidad del 54%⁷. Se diagnostica en promedio al día 25 de iniciado el cuadro clínico⁷. Se cree que la fisiopatología del involucro del colon es por la extensión de las enzimas pancreáticas y la necrosis como causas principales⁹.

El diagnóstico de involucro del colon en los pacientes con pancreatitis aguda es generalmente un reto clínico; se sospecha por la falta de mejoría clínica, estudios de imagen que demuestren enfermedad del colon; pero principalmente se diagnostican en el perioperatorio. El tratamiento de elección continúa siendo la resección quirúrgica del tejido necrótico¹⁰.

El involucro enteral en una pancreatitis aguda no diagnosticada o con retraso en el manejo, conlleva una gran

mortalidad. Por ello es necesario el reconocimiento temprano y tratamiento quirúrgico precoz de manera enfática.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al., Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis-2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62:102-11.
2. Ito K, Igarashi Y, Mimura T, et al. Severe acute pancreatitis with complicating colonic fistula successfully closed using the over-the-scope clip system. *Case Rep Gastroenterol*. 2013;7:314-21.
3. Calleja Subirán MC, Urien Blázquez LM. Perforación colónica, una rara complicación de pancreatitis aguda necrotizante. *An Med Interna*. 2006;23:235-7.
4. Shiratori K. Intestinal necrosis associated with severe acute pancreatitis. *Intern Med*. 2000;39:275-6.
5. Umeno Y, Otsuka J, Sasatomi E, et al. Development of colonic necrosis following severe acute pancreatitis. *Intern Med*. 2000;39:305-8.
6. Gardner A, Gardner G, Feller EJ. Severe complications of pancreatic disease. *Clin Gastroenterol*. 2003;37:258-62.
7. Mohamed SR, Siriwardena AK. Understanding the colonic complications of pancreatitis. *Pancreatol*. 2008;8:153-8.
8. Aghenta AA, Kim HJ. An unusual case of colon perforation complicating acute pancreatitis. *Case Rep Gastroenterol*. 2009;3:207-13.
9. Besselink MG, Bosscha K, Schipper ME, et al. Colonic involvement in acute pancreatitis. *Dig Surg*. 2004;21:33-40.
10. Nagpal AP, Soni H, Haribhakti S. Severe colonic complications requiring sub-total colectomy in acute necrotizing pancreatitis. *Indian J Surg*. 2015;77:3-6.

T. Miranda-Aquino^{a,*}, S.E. Pérez-Topete^a,
J.M. Guajardo-Esparza^b y J.A. González-González^c

^a Medicina Interna, Hospital Christus Muguerza, Hospital Alta Especialidad, Monterrey, Nuevo León, México

^b Neumología y Medicina Crítica, Hospital Christus Muguerza, Hospital Alta Especialidad, Monterrey, Nuevo León, México

^c Gastroenterología, Endoscopia Intervencionista, Monterrey, Nuevo León, México

* Autor para correspondencia. 1.^a Avenida N.º 758, Col. Jardines de Anáhuac, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México. Teléfono: +8183508073, Cel.: 8110622355. Correo electrónico: tomas.miranda_a@hotmail.com (T. Miranda-Aquino).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.09.003>