



Caso de interés radiológico

Necrosis del colon como complicación de las pancreatitis agudas

Marta Drake-Pérez*, Juan Crespo**, Mercedes Acebo**, Francisco González Sánchez**, Raúl Pellón**

Palabras claves:

Pancreatitis aguda. Necrosis del colon. Complicación. Tomografía Computarizada..

Keywords:

Acute pancreatitis. Colon necrosis. Complication. Computerized tomography.

**Médico Residente. Servicio de Radiodiagnóstico. **Facultativos especialistas de área, Radiología Digestiva. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España*

Correspondencia a:

Dra. Marta Drake-Pérez

Correo electrónico:

drake.marta@gmail.com

Resumen

La pancreatitis aguda debe ser reconocida como una causa potencial de necrosis del colon. Sin embargo, el desarrollo de una necrosis del colon ensombrece el pronóstico de una pancreatitis aguda de forma muy significativa.

Actualmente la TC es fundamental en el diagnóstico de gran parte de las complicaciones que pueden ocurrir en la pancreatitis aguda, realizándose habitualmente a estos pacientes controles evolutivos con esta técnica de imagen. Se presenta un caso de necrosis del colon diagnosticada en las TC de control realizado a pacientes con pancreatitis aguda.

Abstract

Acute pancreatitis should be recognized as a potential cause of necrosis of the colon. Traditionally, colonic complications of acute pancreatitis has received little interest. However, the development of necrosis of colon worse prognosis of acute pancreatitis significantly.

Currently CT is essential in the diagnosis of many of the complications that can occur in acute pancreatitis, usually performed in these patients' evolutionary controls. In this article we describe a case of necrosis of the colon diagnosed on a routine follow-up CT scan

CASO

Paciente mujer de 64 años que ingresa procedente de urgencias por pancreatitis aguda sin litiasis en la ecografía. Cumple criterios de gravedad desde el inicio. Se realiza una Tomografía Computarizada (TC) abdominal con contraste a las 72 horas del comienzo de la clínica. En la TC se observa una pancreatitis grado D según los criterios de Baltasar (Fig. 1), con un exudado en celda

peripancreática que se extiende por recesos paracólicos, raíz del mesenterio y pelvis menor. La evolución de la paciente no es favorable y es trasladada a la unidad de cuidados intensivos con fiebre neutropénica y severa alteración analítica. Se realiza una TC de control con contraste a los 15 días del ingreso, observándose las colecciones descritas, que han aumentado ligeramente.

R M P

2014: Volumen 34(3):26-29

Además llama la atención en el tercio proximal del sigmoides un segmento de 5 cm de longitud que presenta signos de necrosis con perforación contenida (Fig.2). Ante los hallazgos en la TC y la mala evolución clínica, se decide intervención quirúrgica urgente. En la cirugía se confirma la presencia de peritonitis fecaloidea con necrosis y perforación de sigmoides, realizándose colectomía con colostomía. Reingresa en UCI y, a pesar de la antibioterapia y medidas de soporte, la paciente evoluciona desfavorablemente hasta su fallecimiento.



Fig. 1: Estudio helicoidal de la región abdominopélvica tras la administración de contraste endovenoso, obteniéndose las imágenes en fase portal. Se observa un aumento del tamaño pancreático y mala definición de sus bordes, con presencia de exudado en celda peripancreática que se extiende por recesos paracólicos, raíz del mesenterio y pelvis menor. No se identifican defectos de repleción en la vesícula biliar (también demostrado mediante estudio ecográfico abdominal).

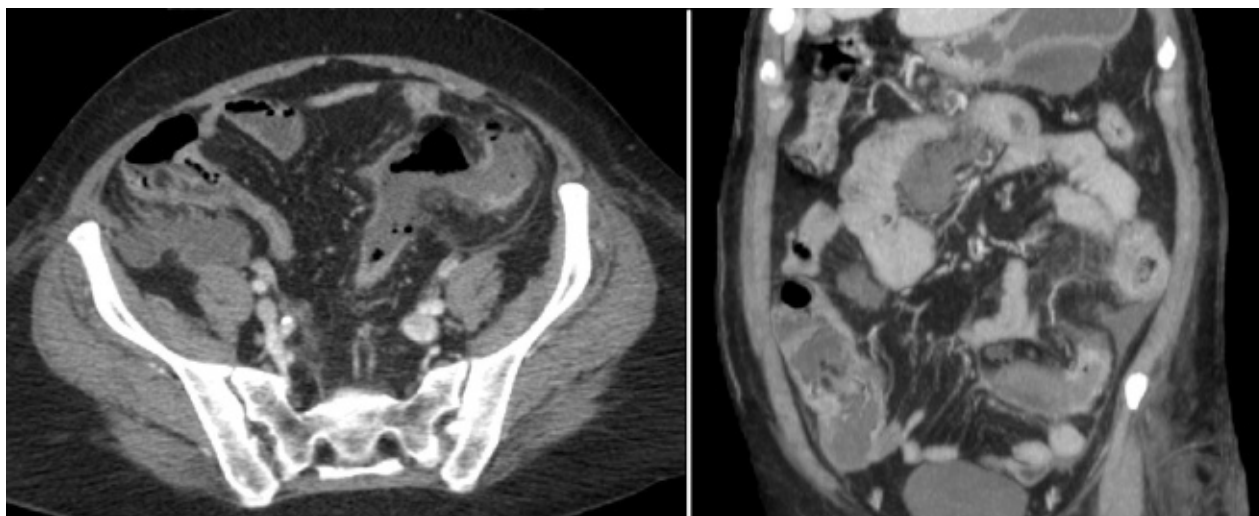


Fig. 2: Imagen axial y reconstrucción coronal MIP de TC con contraste. En la imagen axial se observa un segmento de 5 centímetros de sigmoides proximal con una ausencia de captación tras mural, lo que imposibilita su identificación, y unos contornos desflecados. Se acompaña de burbujas de neumoperitoneo adyacentes. La imagen MIP coronal confirma los hallazgos descritos en ese segmento del colon.

DISCUSIÓN

La mortalidad por pancreatitis aguda ha disminuido en los últimos años gracias a un mejor conocimiento de la enfermedad y a la mejora de su tratamiento. Sin embargo, su mortalidad es aún muy elevada en los casos graves, llegando al 17% [1].

La pancreatitis puede producir el fallecimiento del paciente por la intensa respuesta inflamatoria que produce o, varios días después del inicio de la enfermedad, por complicaciones, que son principalmente el desarrollo de sepsis. El colon es particularmente sensible a la extensión de enfermedades pancreáticas. La pancreatitis aguda tiene la capacidad de producir cambios y complicaciones en el marco colónico que oscilan entre leves y habitualmente reversibles, y graves que pueden ser potencialmente letales. Las complicaciones colónicas consideradas graves son la necrosis, fistula y estenosis [2,3]. Aunque se describen de forma independiente presentan una etiología subyacente común [4].

El colon trasverso y el ángulo esplénico son las localizaciones donde se ha descrito más frecuentemente la necrosis como complicación de una pancreatitis, posiblemente debido a la íntima relación anatómica entre ambas estructuras [2,4]. La necrosis colónica no suele ocurrir en las fases iniciales de una pancreatitis aguda, aunque puede complicarla en cualquier momento durante su evolución [3].

La incidencia real de las complicaciones graves del colon en el contexto de una pancreatitis aguda se desconoce

debido probablemente a una dificultad en su diagnóstico. Tradicionalmente se han considerado infrecuentes [2,4]. De hecho, no existen estudios aleatorios que sirvan de guía para su manejo. La literatura científica de esta complicación se basa en casos aislados, series de casos y revisiones de estos artículos [3]. Sin embargo, en los últimos años otros autores sugieren que la incidencia es mucho más alta de lo que se consideraba previamente [5,6]. La isquemia del colon puede desarrollarse por varios mecanismos fisiopatológicos que condicionan su normal perfusión. Unos solamente actúan a nivel local, produciendo en su vascularización trombosis, vasoespasmo o una compresión extrínseca, mientras que otros son sistémicos, como los que alteran la presión sanguínea o producen una coagulación intravascular diseminada [7]. En nuestro caso se objetiva una necrosis de un segmento del colon que no está en contacto directo con la exudación pancreática, lo que sugiere que los factores sistémicos son los que han jugado un papel primordial.

La importancia de esta complicación radica en su capacidad para modificar el curso de la pancreatitis, empeorando el pronóstico de forma muy significativa. Se ha descrito una mortalidad superior al 50% en casos de pancreatitis aguda complicada con necrosis del colon [3,6]. La detección precoz juega un papel primordial [8]. Sin embargo, el diagnóstico de la necrosis del colon es muy difícil de realizar al considerarse una complicación infrecuente y enmascararse su presentación clínica y alteraciones analíticas con las propias de la pancreatitis [2, 3, 5]. Desgraciadamente su diagnóstico suele ser tardío, cuando ya está evolucionada. En la mayor revisión de complicaciones colónicas graves en pacientes con pancreatitis agudas severas todos los episodios de necrosis del colon que se describen se diagnosticaron durante la cirugía [3]. La hemorragia gastrointestinal y una sepsis mantenida se consideran los hallazgos clínicos más sospechosos [3].

La TC es actualmente el método de imagen que se utiliza para el control periódico de los pacientes con pancreatitis graves, ver la evolución de los exudados pancreáticos y valorar potenciales complicaciones. En estos estudios se pueden observar cambios en el colon, principalmente engrosamientos murales, que son ignorados en la práctica clínica habitual. Este hallazgo, que representa posiblemente un tipo de lesión colónica leve (reactiva o isquémica), dificulta aún más la identificación de isquemia significativa [9].

Sólo hemos encontrado un artículo en el que se describe en un reporte de caso los hallazgos radiológicos por TC de una necrosis colónica en el seno de una pancreatitis necrotizante. La necrosis se localizaba en el colon ascendente, presentando un engrosamiento mural con signo del halo y neumatosis intestinal. El paciente no requirió cirugía, resolviéndose espontáneamente [8]. En nuestro caso es la ausencia total de captación transmural en un pequeño segmento del colon lo que sugiere la pre-

sencia de una necrosis colónica sin asociar otros hallazgos como engrosamiento mural o neumatosis.

El manejo adecuado de esta complicación implica un diagnóstico precoz [3, 9] y un adecuado tratamiento. La cirugía con resección del segmento afecto sin anastomosis sincrónica es el tratamiento de elección [2, 3].

La necrosis colónica es una complicación muy grave de la pancreatitis aguda, cuya incidencia es posiblemente mayor de lo que se consideraba. En nuestra experiencia la TC tiene la capacidad de detectarla, y en nuestro caso permitió realizar un diagnóstico precoz que habitualmente no es posible ya que los datos clínicos se solapan con los que produce la pancreatitis. Una ausencia total de captación mural focal nos permitió sugerir el diagnóstico que fue posteriormente corroborado en la cirugía. Se debería prestar especial atención en las TC de control de las pancreatitis a todo el marco colónico, especialmente en pacientes con pancreatitis agudas graves con mala evolución clínica.

Conflicto de interés

Los autores declaran tener conocimiento del Código de Ética, de las situaciones que se consideran como Conflicto de Interés y de la necesidad de informar cualquier situación que pueda ser fuente de un potencial conflicto de interés, razón por la cual se declara: No poseer situaciones a informar como potenciales intereses o subvenciones de índole económico o personal, con patrocinadores de la industria farmacéutica u otras entidades médicas.

REFERENCIAS

- [1] Banks PA, Freeman ML. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101:2379
- [2] Aldridge MC, Francis ND, Glazer G, Dudley HA. Colonic complications of severe acute pancreatitis. *Br J Surg.* 1989; 76:362-7.
- [3] Mohamed SR, Siriwardena AK. Understanding the colonic complications of pancreatitis. *Pancreatol.* 2008; 8:153-8.
- [4] Thompson WM, Kelvin FM, Rice RP. Inflammation and necrosis of the transverse colon secondary to pancreatitis. *AJR Am J Roentgenol.* 1977; 128:943-8.
- [5] Takahashi Y, Fukushima J, Fukusato T, Shiga J, Tanaka F, Imamura T, et al. Prevalence of ischemicenterocolitis in patient with acute pancreatitis. *J Gastroenterol.* 2005; 40:827-32.
- [6] Hirota M, Inoue K, Kimura Y, Mizumoto T, Kuwata K, Ohmuraya M, et al. Non-occlusive mesenteric ischemia and its associated intestinal gangrene in acute pancreatitis. *Pancreatol.* 2003; 3:316-22.

- [7] Wiesner W, Khurana B, Ji H, Ros PR. CT of acute bowel ischemia. *Radiology*. 2003; 226:635-50.
- [8] Siddiqui MA, Jain A, Rizvi SA, Ahmad K, Ullah E, Ahmad I. Necrotizing colitis complicating necrotized pancreatitis: look out for intestinal pneumatosis. *JBR-BTR*. 2013; 96:19-21.
- [9] Wiesner W, Studler U, Kocher T, Degen L, Buitrago-Tellez CH, Steinbrich W. Colonic involvement in non-necrotizing acute pancreatitis: correlation of CT findings with the clinical course of affected patients. *EurRadiol*. 2003; 13:897-902. Epub 2002 Jun 28.