

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V. F. Moreira y A. López San Román
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Colitis isquémica

¿QUÉ ES?

Es una enfermedad originada por una disminución de la circulación de la sangre en el intestino grueso (colon). Puede producirse por dificultades en la circulación sanguínea en todo el cuerpo, o por disminución de la misma tan sólo en los vasos del colon. Aparece generalmente en personas de edad avanzada (el 90% se presenta en pacientes mayores de 60 años) con algún factor de riesgo cardiovascular (obesidad, consumo de tabaco, hipertensión arterial, diabetes o hipercolesterolemia) y es algo más frecuente en mujeres. Cuando se presenta en pacientes jóvenes debe investigarse el consumo de cocaína o de fármacos. Debido al envejecimiento de la población general su diagnóstico es cada vez más frecuente.

Aunque no se conoce con exactitud su causa, se han descrito numerosos factores predisponentes, como por ejemplo descompensación de enfermedades cardiacas o pulmonares, después de operaciones abdominales, infecciones, fármacos (laxantes, antiinflamatorios no esteroideos, digoxina, antihistamínicos o anticonceptivos, ciertos adelgazantes que contienen efedrina, entre otros), drogas (cocaína) o situaciones de hipercoagulabilidad (en las que la sangre se coagula con demasiada facilidad).

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

En más del 70% de los casos coexisten uno o varios de los siguientes síntomas: dolor abdominal, presencia de sangre en las heces y urgencia en la defecación. El dolor abdominal suele ser el síntoma de inicio y aparece de forma brusca. Normalmente el dolor es de "tipo cólico", de gran intensidad y se localiza en el lado izquierdo del abdomen. Horas más tarde los enfermos pueden expulsar sangre roja brillante con las heces, fenómeno llamado rectorragia, asociada a urgencia en la defecación. La hemorragia digestiva suele ser leve y no requiere habitualmente de transfusión sanguínea. En ocasiones, este cuadro clínico es más alarmante, presentando el enfermo dolor muy intenso con irritación del peritoneo, fiebre, deterioro del nivel de consciencia y signos físicos de alarma como taquicardia, hipotensión y sudoración.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

En esta enfermedad resulta fundamental la sospecha del médico para orientar el diagnóstico basándose en los síntomas que describe el enfermo. Esto en ocasiones resulta complicado puesto que no todos los pacientes presentan la secuencia de síntomas típicos, o consultan pasadas 48-72 horas cuando estos ya han remitido. Una vez establecida la sospecha clínica, el diagnóstico se confirma mediante la exploración endoscópica del colon (colonoscopia) y el estudio microscópico de las muestras (biopsias) obtenidas de las áreas más afectadas. La colonoscopia es la prueba más útil para valorar la gravedad y la extensión de la enfermedad y debe realizarse sin demora (24-48 horas).

Las localizaciones más habituales son el colon derecho, la unión del recto con el colon sigmoide y el colon descendente cerca del ángulo esplénico.

El resto de exámenes realizados (análisis, radiografías, ecografía, cultivos de heces) suele mostrar hallazgos inespecíficos como engrosamiento de la pared del colon, aumento de los leucocitos y anemia. Cuando la colonoscopia está contraindicada (normalmente por la situación de gravedad del paciente) o los síntomas son "atípicos" puede ser útil la realización de una tomografía computarizada abdominal (escáner). La arteriografía (inyección de contraste en las arterias abdominales) no suele ser necesaria, a menos que existan dudas diagnósticas. En ocasiones, si no se sospecha antes, se descubre al operar al paciente.

¿CUÁLES SON EL TRATAMIENTO Y LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD?

La gran mayoría de los enfermos mejoran con un tratamiento sintomático, evolucionando favorablemente en 2 ó 3 días. El tratamiento consiste en mantener reposo intestinal (reducir las demandas de oxígeno en el intestino) con dieta absoluta, hidratación intravenosa y control de los posibles desencadenantes. La administración de antibióticos de amplio espectro es recomendable para evitar la sobreinfección de la mucosa intestinal.

Sin embargo los cuadros más graves (con peritonismo y alto riesgo de perforación) pueden necesitar tratamiento quirúrgico con resección de los tramos intestinales afectados.

La mortalidad global se estima entre un 8-10%.

La evolución de la enfermedad suele ser satisfactoria; la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos a los 6 meses del cuadro clínico y la enfermedad no vuelve a aparecer. No obstante, algunos enfermos presentan complicaciones tardías como diarrea persistente, reaparición del cuadro clínico (colitis isquémica "crónica") o lesiones cicatriciales que disminuyen el calibre del colon (estenosis).

PUNTOS PRINCIPALES

La colitis isquémica es la forma más frecuente de afectación vascular intestinal y su incidencia está en aumento por el envejecimiento de la población. La rapidez al instaurar el diagnóstico de sospecha es fundamental y debe confirmarse con la realización de una colonoscopia con toma de biopsias. La mayoría de las veces tiene una evolución benigna.

M. Rivero Fernández y G. Arranz de la Mata¹

Servicio de Gastroenterología. Hospital del Sureste. Arganda del Rey, Madrid. ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

