

MEGACOLON TÓXICO: PERITONITIS FECALOIDEA POR COLITIS AMEBIANA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

SCARLET Y. PASCUAL PETIT¹

RAFAEL ROJAS LANDER¹

MIGUEL BRICEÑO MAIZ¹

DAHOUK AHMED²

TOXIC MEGACOLON: FECALOID PERITONITIS CAUSED BY AMEBIC COLITIS. REPORT OF A CASE AND LITERATURE REVIEW

RESUMEN

Introducción: La amebiasis es una enfermedad causada por el parásito *Entamoeba histolytica*, y condiciona importantes tasas de afectación a escala global. Una de las complicaciones de la colitis amebiana es el megacolon tóxico, el cual se caracteriza por la dilatación colónica y signos de toxicidad sistémica. Aunque poco frecuente, el megacolon tóxico es considerado letal. **Caso clínico:** se trata de paciente femenino de 26 años, quien consulta por presentar dolor abdominal generalizado, de fuerte intensidad, tipo cólico, acompañado de náuseas y múltiples episodios eméticos. Al examen físico se precisó hemodinámicamente estable, sin signos de irritación peritoneal, por lo que es ingresada con diagnóstico de colitis amebiana. Se instauro manejo médico y es egresada por mejoría clínica. Luego de 7 días, es readmitida por deterioro clínico y distensión abdominal, realizándose diagnóstico de megacolon tóxico. Mediante laparotomía de emergencia se observa peritonitis fecaloidea difusa y perforación del ciego, se realiza hemicolectomía derecha e ileostomía terminal. Posteriormente, presenta absceso intraabdominal que fue drenado por vía percutánea. **Conclusión:** el megacolon tóxico es una patología infrecuente que surge como complicación de entidades como la colitis amebiana. En la actualidad, a pesar de los avances tecnológicos que han desencadenado importantes progresos en el ámbito sanitario, el diagnóstico del megacolon tóxico continúa representando un desafío para el profesional médico, por lo que la sospecha clínica es ineludible y determinante en el diagnóstico acertado y oportuno, que permiten la instauración de la terapéutica apropiada y reducción de la morbilidad y mortalidad que de esta se derivan.

Palabras clave: Megacolon tóxico, colitis amebiana, peritonitis fecaloidea, caso clínico

ABSTRACT

Introduction: Amebiasis is a disease caused by the parasite *Entamoeba histolytica*, and causes significant rates of infection on a global scale. One of the complications of amoebic colitis is toxic megacolon, which is characterized by colonic dilation and signs of systemic toxicity. Although rare, toxic megacolon is considered lethal. **Clinical case:** this is a 26-year-old female patient, who consults due to generalized abdominal pain, of strong intensity, colic type, accompanied by nausea and multiple emetic episodes. On physical examination she was found to be hemodynamically stable, with no signs of peritoneal irritation, so she was admitted with a diagnosis of amoebic colitis. Medical management was established and she was discharged due to clinical improvement. After 7 days, she was readmitted due to clinical deterioration and abdominal distention, and a diagnosis of toxic megacolon was made. Through emergency laparotomy, diffuse fecaloid peritonitis and perforation of the cecum were observed; right hemicolectomy and terminal ileostomy were performed. Subsequently, she developed an intra-abdominal abscess that was drained percutaneously. **Conclusion:** toxic megacolon is a rare pathology that arises as a complication of entities such as amoebic colitis. Currently, despite the technological advances that have triggered important progress in the healthcare field, the diagnosis of toxic megacolon continues to represent a challenge for the medical professional, which is why clinical suspicion is unavoidable and decisive in an accurate and timely diagnosis, which allow the establishment of appropriate therapy and reduction of the morbidity and mortality that arise from it.

Key words: Toxic megacolon, amoebic colitis, fecal peritonitis, clinical case

1. Cirujano General. Centro Médico Integra. Caracas- Venezuela. Correo-e: drapascualpetit@gmail.com
2. Gastroenterólogo. Centro Médico Integra. Caracas- Venezuela

Recepción: 17/03/2023
Aprobación: 10/11/2023
DOI: 10.48104/RVC.2023.76.2.9
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

La amebiasis es una entidad nosológica causada por el parásito *Entamoeba histolytica*, cuya transmisión es fecal-oral⁽¹⁾, se presenta con distribución mundial, llegando a afectar alrededor de 50 millones de individuos a escala mundial, y condiciona entre 40.000 – 1.000.000 muertes lo que le confiere el segundo lugar como causa de mortalidad por patologías parasitarias.⁽²⁾

El megacolon tóxico es una complicación poco frecuente de la colitis infecciosa y enfermedad inflamatoria intestinal, suele tener curso grave por lo que se le considera potencialmente mortal. El megacolon tóxico es definido como la dilatación colónica total o segmentaria de más de 6 cm, en combinación con colitis aguda y signos de toxicidad sistémica.⁽³⁾ A continuación, se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de megacolon tóxico y peritonitis fecaloidea por colitis amebiana.

Presentación del caso

Información del Paciente

Se trata de paciente femenino de 26 años sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, quien consultó por presentar dolor abdominal generalizado, de fuerte intensidad, tipo cólico, acompañado de náuseas y múltiples episodios eméticos.

Hallazgos clínicos

A la exploración física: buenas condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable. Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia, timpánico, blando, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: ampolla rectal normotónica, ampolla rectal ocupadas con heces de aspecto normal.

Estudio diagnóstico

Los exámenes de laboratorio revelan quistes de *Entamoeba histolytica* en el coproanálisis.

La radiografía de abdomen simple de pie muestra distensión de asas intestinales, con presencia de niveles hidroaéreos y distensión de colon a expensas de ciego (Figura 1). El ecosonograma abdominal documenta dilatación colónica total a predominio de colon derecho y transverso, sin líquido libre en cavidad peritoneal. La tomografía axial computarizada (TAC) con contraste oral informa dilatación severa de colon a expensas de colon derecho. Se ingresa con diagnóstico de abdomen agudo médico: colitis amebiana

Tratamiento realizado

Se instauro manejo médico con metronidazol, ceftriaxone, y se coloca sonda nasogástrica. Debido a mejoría clínica, es egresada con tratamiento farmacológico ambulatorio y control por consulta externa de gastroenterología. Transcurridos 7 días, se evidencia deterioro clínico y distensión abdominal por lo que es reingresada en el centro hospitalario.



Figura 1. Radiografía de abdomen simple de pie. Distensión colónica, ciego con diámetro de 12 cm

Durante el reingreso se constata paciente en malas condiciones generales, taquicárdica, hipotensa, hipoxémica, febril. Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos ausentes, doloroso a la palpación superficial y profunda de forma generalizada, con signos de irritación peritoneal.

Los paraclínicos detallan leucopenia, procalcitonina 10 ng/mL, PCR 10.5 mg/dL, CK 502 U/L, ácido láctico 28,1 mg/dL, Dímero D 14 ng/mL. La paciente es admitida en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de: sepsis de punto de partida abdominal secundario a megacolon tóxico.

Se realiza laparotomía exploradora evidenciando peritonitis fecaloidea difusa, dilatación severa de colon a predominio colon derecho y transverso, perforación a nivel de ciego de aproximadamente 1 cm diámetro se realiza hemicolectomía derecha con ileostomía terminal (Figura 2).

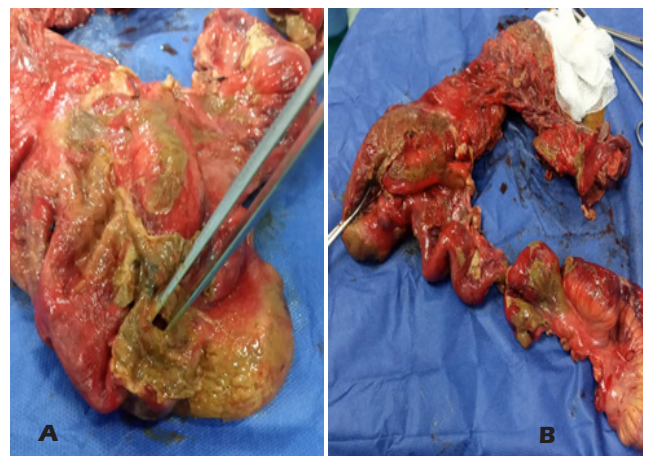


Figura 2A. Perforación del ciego. 2B. Hemicolectomía derecha con ileostomía terminal (pieza quirúrgica)

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Egresó al noveno día debido a evolución clínica satisfactoria. Posteriormente, presenta episodios febriles, por lo que se realiza TAC que detalla absceso intraabdominal el cual fue drenado por vía percutánea. Actualmente en buenas condiciones, asintomática.

DISCUSIÓN

La colitis amebiana se produce como resultado del proceso infeccioso invasivo de la mucosa colónica por *Entamoeba histolytica*; la tasa de infección en América del Sur ha sido documentada entre 11,7% - 46,8%.⁽⁴⁾ Pese a su baja prevalencia, los resultados clínicos siguen siendo poco satisfactorios determinando mortalidad de 7,9% a nivel hospitalario.⁽⁵⁾

El curso suele ser asintomático, no obstante, entre el 10% - 15% de los pacientes experimentan manifestaciones clínicas a nivel gastrointestinal, derivados de la invasión intestinal.⁽⁶⁾ Ha de indicarse que la amebiasis intestinal muestra predilección por el colon ascendente y ciego⁽⁴⁾, esta última ha sido la porción del intestino que ha resultado afectada en la paciente estudiada.

En la actualidad, la terapia farmacológica estándar de la amebiasis invasiva está simbolizado en el metronidazol⁽⁴⁾, sin embargo, debe indicarse que puede no ser efectivo en la eliminación de quistes amebianos a nivel intestinal.⁽²⁾ Las complicaciones de la colitis amebiana engloban fístula o absceso hepático, perforación colónica y megacolon tóxico⁽⁴⁾ tal como se presentó en el caso clínico acá documentado.

Los criterios diagnósticos para el megacolon tóxico incluyen (a) evidencia radiológica o clínica de la dilatación colónica, (b) evidencia de tres criterios de toxicidad de los que siguen: fiebre (temperatura >38°C), taquicardia (>120 latidos por minuto), leucocitosis (>10.500 mm³) y anemia, en combinación con uno de los siguientes criterios: deshidratación, alteración electrolítica, alteración del estado mental e hipotensión⁽⁵⁾, lo cual sustenta el diagnóstico efectuado en la paciente motivo de estudio.

El manejo médico y el sexo femenino han sido relacionados con elevadas tasas de mortalidad.⁽⁵⁾ En cuanto al tratamiento quirúrgico, debe mencionarse que no es recomendable realizar la anastomosis primaria debido a que el colon se encuentra muy friable, por lo que se indica resección más ostomía, la extensión de la resección colónica se encuentra determinada por la afectación intestinal.⁽¹⁾ La intervención quirúrgica está justificada en aquellos casos en los que se objetiva hemorragia masiva, peritonitis o perforación⁽⁵⁾, tal como ocurrió en el caso estudiado.

CONCLUSIÓN

El megacolon tóxico es una patología infrecuente que surge como complicación de entidades como la colitis amebiana. En la actualidad, a pesar de los avances tecnológicos que han desencadenado importantes progresos en el ámbito sanitario, el diagnóstico del megacolon tóxico continúa representando un

desafío para el profesional médico, por lo que la sospecha clínica es ineludible y determinante en el diagnóstico acertado y oportuno, que permiten la instauración de la terapéutica apropiada y reducción de la morbilidad y mortalidad que de esta se derivan.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

PPSYDC y RLCR desarrollaron la idea. PPSYDC, BMM y DA condujeron la revisión bibliográfica. PPSYDC se encargó de la redacción del manuscrito. RLCR y BMM realizaron la revisión final para realizar contribución y análisis intelectual en función de su experiencia. Todos los autores contribuyeron en el manejo de la paciente, efectuaron aportaciones críticas al manuscrito y aprobaron la versión final del documento.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Kaushik R, Singh S, Punia R. Acute fulminant necrotising amoebic colitis. *Tropical Gastroenterology* [Internet]. 2020;41(2):86-7. Disponible en: <http://www.tropicalgastro.com/articles/41/2/Acute-Fulminant-Necrotising-Amoebic-Colitis.html>
2. Gonzales M, Dans L, Sio J. Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019;1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6326239/>
3. Woodhouse E. Toxic megacolon: a review for emergency department clinicians. *Journal of Emergency Nursing*. 2016;42(6):481-6.
4. Ibrarullah M, Bruno W. Amebic colitis and the surgeon. *Indian Journal of Surgery* [Internet]. 2021;1-5. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Hamza-Wani/publication/348552018_Amebic_Colitis_and_the_Surgeon/links/620522f2634ff774f4c0ac25/Amebic-Colitis-and-the-Surgeon.pdf
5. Desai J, Elnaggar M, Hanfy A, Doshi R. Toxic megacolon: Background, pathophysiology, management challenges and solutions. *Clin Exp Gastroenterol* [Internet]. 2020;13:203-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7245441/>
6. Yusof S, Zha Y, Quah J, Eu C, Wang L. Amoebic toxic megacolon with poly-helminthic coinfection: Case presentation and review of intestinal polyparasitic infections. *International Journal of Surgery Case Reports* [Internet]. 2020;71:151-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261220302248>