

RECTORRAGIA EN PACIENTE CON PANCREATITIS AUTOINMUNE

RECTORRHAGIA IN A PATIENT WITH AUTOIMMUNE PANCREATITIS

J. Gómez-Sánchez, E. Daban-Collado, M.D. Hernández-García, B. Mirón-Pozo

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

La afectación del colon en la pancreatitis aguda constituye una complicación grave que asocia una mortalidad elevada. Su diagnóstico es difícil debido a la inespecificidad de sus síntomas y al encontrarse enmascarada por las características sistémicas de una enfermedad crítica. La rectorragia secundaria a una pancreatitis, está relacionada con la inflamación y las enzimas líticas que erosionan e isqueman la pared colónica, por lo que se trata de un cuadro que se debe detectar lo más precoz posible, debido a la situación crítica en que puede desembocar. Se presenta el caso e imagen clínica de un paciente diagnosticado de pancreatitis autoinmune por elevación de niveles IgG4 como único factor que presentó episodios de rectorragia intermitente, hasta su inestabilidad hemodinámica, requiriéndose cirugía, donde se detectó una perforación colónica secundaria a la pancreatitis como responsable de la rectorragia. El objetivo es mostrar la correlación de la imagen radiológica con la imagen intraoperatoria, reafirmando la necesidad de un umbral de sospecha diagnóstica bajo ante la presencia de complicaciones colónicas en un paciente con pancreatitis.

Palabras clave: pancreatitis IgG4, rectorragia, perforación.

Abstract

The involvement of the colon in acute pancreatitis is a serious complication that associates a high mortality. Its diagnosis is difficult due to its nonspecific symptoms and to be masked by the systemic characteristics of a critical illness. Rectorrhagia secondary to pancreatitis is related to inflammation and lytic enzymes that erode and ischemize the colonic wall. It is a problem that must be detected as early as possible, due to the critical situation in which it can lead to. We present the case and clinical image of a patient diagnosed with autoimmune pancreatitis due to elevated IgG4 levels as the only factor that presented episodes of intermittent rectorrhagia, until hemodynamic instability, requiring surgery, where a colonic perforation secondary to pancreatitis was detected as responsible for the rectorrhagia. The objective is to show the correlation of the radiological image with the intraoperative image, reaffirming the need for a low threshold of suspected diagnosis in the presence of colonic complications in a patient with pancreatitis.

Keywords: IgG4 pancreatitis, rectorrhagia, perforation.

Introducción

Las rectorragias constituyen una complicación infrecuente de las pancreatitis, si bien la afectación colónica puede presentarse como fístulas secundarias a colecciones o perforaciones¹. Una rectorragia secundaria a una perforación en el contexto de una pancreatitis, se relaciona con la inflamación y enzimas líticas que erosionan e isqueman la pared colónica, derivando en una situación crítica para el paciente^{1,2}.

CORRESPONDENCIA

Javier Gómez Sánchez
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
javiergomezsanchez.jg@gmail.com

Fecha de envío: 17/10/2019

Fecha de aceptación: 29/10/2019

Caso Clínico

Se presenta un varón de 71 años diagnosticado de pancreatitis autoinmune por elevación de niveles IgG4 como único factor etiológico y con antecedentes de ingresos por pancreatitis complicadas con colecciones intraabdominales e ictericia, precisando anteriormente gastroyeyunostomía en Y de Roux por estenosis inflamatoria del duodeno, y portador de un drenaje biliar externo-interno colocado mediante CTPH en otro centro.

El paciente ingresó nuevamente por pancreatitis aguda complicada con colecciones intraabdominales. Presentó episodios de rectorragia intermitente, que requirieron de transfusión, pero ante la persistencia e incremento de las mismas, se realizó una colonoscopia que visualizó gran cantidad de contenido hemático y coágulos en colon izquierdo y transverso, sin hallar foco de sangrado activo. Se complementó mediante angioTAC revelándose un aumento de tamaño significativo de una colección gastrohepática con extensión a parietocólico izquierdo, de 15,5x11x14,6 cm, así como niveles hidroaéreos que sugerían su infección, sin localizar sangrado activo (**Figura 1**).



Figura 1 Imagen de angioTAC posterior a la colonoscopia que muestra un aumento de tamaño significativo de la colección gastrohepática con extensión a parietocólico izquierdo, de 15,5x11x14,6 cm, así como niveles hidroaéreos que sugieren su infección, sin localizar sangrado activo que justificase la rectorragia.

Ante la inestabilidad y empeoramiento clínico y analítico del paciente se decidió laparotomía media, realizándose drenaje de una gran colección purulenta comunicada con colon transverso causada por una perforación de moderado tamaño (**Figura 2**) con salida de material hemático a este nivel. Se efectuó la resección del colon izquierdo que se encontraba isquémico, realizándose colostomía y fístula mucosa.

En los días posteriores, el paciente nueva intervención quirúrgica, ante una nueva perforación a nivel gástrico, y hemoperitoneo asociado, con una evolución desfavorable que desembocó en su fallecimiento.

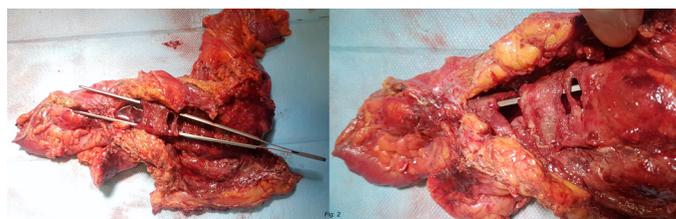


Figura 2 Pieza quirúrgica de hemicolectomía realizada, donde se puede apreciar perforación transmural que era responsable de la rectorragia que presentaba el paciente.

Discusión

Las perforaciones colónicas suponen una complicación infrecuente pero grave de la pancreatitis aguda, con mayor incidencia en las necrotizantes^{1,2}. La contigüidad anatómica del colon al páncreas facilita la propagación directa de las enzimas líticas y la inflamación pudiendo verse afectado en cualquier segmento, siendo más frecuente la afectación a nivel del ángulo esplénico, ya que su irrigación a este nivel hace que esta área sea más susceptible a las lesiones isquémicas³. En nuestro paciente, es en dicha zona donde se encontraba la perforación y foco de sangrado. También pueden existir perforaciones a nivel gástrico, duodenal, múltiples, etc.⁴. La complicación colónica por pancreatitis, es de difícil diagnóstico, ya que sus síntomas son inespecíficos, como el íleo paralítico, el deterioro progresivo o la rectorragia, al igual que en nuestro caso, o bien al estar enmascarados por la respuesta sistémica ante la pancreatitis.

La radiología convencional, el examen clínico y los parámetros analíticos, suelen ser insuficientes para diagnosticar esta complicación, donde suele ser necesario realizar una colonoscopia y una tomografía abdominal previa sospecha diagnóstica, pudiendo detectarse el foco de sangrado, o incluso si existiera, la perforación colónica. En ocasiones, estas pruebas nos informan del incremento de colecciones intraabdominales o de pseudoquistes en íntimo contacto con el colon⁵.

Si bien el tratamiento inicial de una pancreatitis es conservador, la mala evolución, la presencia de necrosis y colecciones pancreáticas, la perforación intestinal, y la inestabilidad del paciente pueden derivar en una intervención quirúrgica urgente, en la que al detectarse la afectación del colon (necrosis, sangrado, perforación) se asocia con una alta mortalidad de hasta el 50%^{1,6}. Es por ello que ante episodios de rectorragia recurrente debemos sospechar que la enfermedad no se limita únicamente al páncreas, sino que existe una afectación intraabdominal mayor, con la gravedad que esto implica.

Bibliografía

1. Nagpal AP, Soni H, Haribhakti S. Severe colonic complications requiring subtotal colectomy in acute necrotizing pancreatitis. A retrospective study of 8 patients. *Indian J Surg* 2015;77(1):3-6. DOI: 10.1007/s12262-012-0717-z.
2. Van Minnen LP, Besselink MGH, Bosscha K, Van Leeuwen MS, Schipper MEI, Gooszen HG. Colonic involvement in acute pancreatitis: a retrospective study of 16 patients. *Dig Surg* 2004 21:33–40.
3. Yang WG, Wang SS, Lee FY, Chao Y, Chen CC, Chang FY, et al. Severe colonic complications in acute pancreatitis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 1998; 61 :59-64
4. Calleja Subirán M. C., Urien Blázquez L. M. Perforación colónica, una rara complicación de pancreatitis aguda necrotizante. *An. Med. Interna* 2006; 23(5): 235-237. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000500008&lng=es
5. Díaz Alcázar MM, García Márquez J, García Robles A, Zuñiga de Mora Figueroa B. Perforación de colon por fistulización de pseudoquiste pancreático. *Rev Esp Enferm Dig* 2019;111(2):157-158. DOI: 10.17235/reed.2018.5884/2018
6. Ravindra KV, Sikora SS, Kumar A, Kapoor VK, Saxena R, Kaushik SP. Colonic necrosis is an adverse prognostic factor in pancreatic necrosis. *Br J Surg* 1995, 82:109–110