

Trombosis segmentaria sigmoidea consecuente a neoplasia maligna de colon. A propósito de un caso interesante

Sigmoid segmental thrombosis consequent to colon malignant neoplasia.
On the purpose of a case

MSc. Raydel Aramis Amador García^{1*}
Dra. Zoraida Caridad López Cueva¹
Dra. Mairiannys Quianella León Pérez²
Dr. José Antonio Márquez Oquendo¹
Dr. José María González Ortega¹
Dra. Maricela García Soto¹

¹ Hospital Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: michelfg69@nauta.cu

RESUMEN

Se presentó un caso de una paciente de 78 años de edad, procedente del municipio de Calimete, con antecedentes patológicos personales de infarto agudo miocárdico sin elevación del segmento ST e hipertensión arterial. Llegó a la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia, de Colón con un estado toxico infeccioso severo. Fue intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico presuntivo de una trombosis mesentérica. Se constató dicho diagnóstico complementario a una neoplasia maligna de colon sigmoideas. Falleció producto a un shock séptico refractario a aminas. En la necropsia se reportaron hallazgos de interés.

Palabras clave: trombosis segmentaria sigmoidea; neoplasia maligna de colon.

ABSTRACT

The authors present the case of a 78-years-old female patient from the municipality of Calimete, with personal pathological antecedents of acute myocardial infarct without ST segment elevation and arterial hypertension. She arrived to the Emergency Intensive Care Unit of Colon with a severe toxic-infectious status. She underwent a surgery with a presumptive mesenteric thrombosis. It was stated that diagnosis, complementary to a sigmoid colon malignant neoplasia. She died as a product of an amine-refractory septic shock. The autopsy showed findings of interest.

Key word: sigmoid segmental thrombosis; colon malignant neoplasia.

Recibido: 26/01/2017.

Aceptado: 14/03/2019.

INTRODUCCIÓN

En los países occidentales, anualmente se incrementan los casos de cáncer de colon y del recto comparado con otra localización anatómica, excepto el pulmón.

Por ejemplo, en Estados Unidos murieron aproximadamente 75 mil personas de esos tipos de cáncer en el 2011; alrededor del 70 % se produjeron en el recto, y un 95 % fueron carcinomas.

De todos los procesos malignos viscerales que afectan a ambos sexos, el cáncer colorrectal es el que causa la muerte con mayor frecuencia. La incidencia empieza a elevarse a la edad de 40 años y es máxima entre los 60 y los 75 años. El cáncer de colon es más frecuente en las mujeres, mientras que el de recto es más usual en los hombres. En un 5 % de los pacientes coincide más de un tipo de cáncer.^(1,2)

Una inusual complicación de la infiltración de la neoplasia colorrectal es la trombosis arterial mesentérica. La isquemia mesentérica arterial aguda resulta de una perfusión vascular inadecuada de las asas de intestino delgado y colon irrigado por las arterias mesentéricas. Su etiología es variable y es común en pacientes con enfermedad ateromatosa avanzada. Una causa poco frecuente puede ser producto a la oclusión externa compresiva por el crecimiento exofítico de neoplasias colónicas. El mecanismo fisiopatológico que se produce ante la falta de riego intestinal es una situación de isquemia que si se prolonga en el tiempo tendrá como resultado la necrosis intestinal.

Tanto la isquemia como la necrosis suponen una alteración de la pared del intestino, lo que permite el paso de aire desde su luz al torrente sanguíneo venoso.⁽³⁾

Constituye una urgencia médica y se asocia a una alta mortalidad (>60 %). Un retraso en el diagnóstico implicaría una evolución de la enfermedad, a veces con consecuencias fatales, por lo que es importante reconocer esta entidad lo más precozmente posible. Se valorarán los antecedentes personales, una correcta historia clínica y unas pruebas complementarias que incluirán un hemograma, bioquímica, coagulación y estudios de imagen. En cuanto a los antecedentes hay que valorar los factores predisponentes de isquemia intestinal, la causa más frecuente es la embólica, (50 %). Las arritmias cardíacas (fibrilación auricular), discinesia miocárdica, prótesis miocárdicas y cateterismos; también puede contribuir a su aparición.

Le sigue en frecuencia la isquemia mesentérica no oclusiva, que ocurre en el 30 % de casos. Se relaciona con situaciones de bajo gasto cardíaco (shock), insuficiencia cardíaca, diálisis, sepsis o fármacos hipotensores. Asimismo los procesos trombóticos, (20 %) que se relacionan con antecedentes de accidentes vasculares, edad avanzada, situaciones de bajo gasto cardíaco, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia o estados de hipercoagulabilidad.

Clínicamente, se suele manifestar como dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, lo que dificulta el diagnóstico al compartir sintomatología con otros cuadros abdominales. A veces se puede acompañar de fiebre, diarrea, melenas o hematoquecia.

En ancianos, los síntomas son más inespecíficos. Los pacientes con embolia de la arteria mesentérica superior (AMS) suelen presentar un inicio súbito de los síntomas y un rápido deterioro clínico. Los pacientes con isquemia mesentérica no oclusiva o trombosis mesentérica suelen tener un inicio más gradual y síntomas más prolongados. En fases muy precoces es posible no encontrar importantes cambios analíticos (o alteraciones inespecíficas como leve leucocitosis).⁽⁴⁾

El aumento de leucocitos, acidosis metabólica, aumento de LDH y CK suelen traducir la presencia de necrosis intestinal. El paciente en riesgo sería un anciano con una elevada carga de factores de riesgo cardiovascular, fibrilación auricular y síntomas de dolor abdominal agudo. Las pruebas de imagen permiten la visualización tanto de la causa de la isquemia (o la ausencia de ella), así como como la valoración de la extensión de intestino afectado. La radiografía simple de abdomen es capaz de detectar la dilatación de las asas de intestino delgado y colon y, en algunas ocasiones, la presencia de neumatosis intestinal. Sin embargo, la tomografía axial computarizada (TAC) es el método más sensible y específico para diagnosticar esta enfermedad.

Los hallazgos radiológicos más característicos son la presencia de defectos de repleción intraluminales en las arterias mesentéricas superior e inferior, con ausencia de opacificación del resto del vaso y sus ramas más allá del trombo. Además, en situaciones más avanzadas y debido al mecanismo fisiopatológico explicado anteriormente, se puede apreciar aire tanto en las paredes de las asas intestinales afectadas (neumatosis) como en el interior de las venas mesentéricas y porta.⁽⁵⁾

Motiva la presentación del caso la forma de presentación y su evolución y la baja frecuencia del tipo histológico de la neoplasia presentada, resulta inusual para la localización encontrada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Al examen físico se constató disminución del murmullo vesicular, presencia de estertores crepitantes en ambas bases pulmonares. A la palpación del abdomen presentó dolor abdominal difuso, acentuado en cuadrante mesogástrico. Se estabilizó hemodinámicamente y se decidió su ingreso para mejor tratamiento médico-quirúrgico.

A las 8:30 pm se constató dolor abdominal difuso a la palpación superficial, marcada reacción peritoneal, y disminución de los ruidos hidroaéreos en todos los cuadrantes abdominales. Se decidió su valoración por la guardia de Cirugía y orientó ultrasonido abdominal reflejando negatividad del mismo. Ante el empeoramiento clínico de la paciente se decidió realizar laparotomía exploratoria buscando una posible trombosis mesentérica.

En la laparotomía exploratoria se comprobó una necrosis segmentaria de colon sigmoides, acompañada de una neoplasia con infiltración de la pared posterior del colon sigmoides. Se realizó resección de 20 cm de colon sigmoides con colostomía terminal mediante técnica de Hartman.

Después de la intervención quirúrgica la paciente evoluciona tórpidamente con fallo del sistema cardiovascular con apoyo de aminas (Levofé) para mantener la tensión arterial. Se produjo fallo renal con aumento de los azoados y un filtrado glomerular de 20ml/Kg/min. Falleció el día 6 de octubre del 2016.

Informe macroscópico de Anatomía Patológica.

Descripciones macroscópicas del caso.

Atelectasia postero basal bilateral.

Ateromatosis aórtica severa complicada (calcificada).

Esplenitis séptica. (Fig.1)



Fig. 1. Esplenitis séptica.

Riñones de shock, morfológicamente con presencia de médula más oscura y violácea en comparación con la corteza que era más clara.

Múltiples metástasis hepáticas abscedadas. (Fig. 2)



Fig. 2. Metástasis intrahepáticas abscedadas.

Peritonitis fibrinopurulenta generalizada en la serosa del intestino delgado y grueso.

Biopsia de la lesión tumoral por Anatomía Patológica. (Fig. 3)



Fig. 3. Adenocarcinoma de segmento posterior de colon sigmoides.

Por todo lo anteriormente expuesto se determinó que las causas de muerte en la paciente fueron:

Causa directa: shock séptico.

Causa intermedia: peritonitis fibrinopurulenta generalizada.

Estatus postoperatorio reciente de resección del tumor y colostomía.

Causa básica: neoplasia maligna de colon de topografía sigmoidea.

DISCUSIÓN

Dado el crecimiento exofítico de la neoplasia maligna comprobó anatomopatológicamente que la obstrucción del segmento de la arteria mesentérica inferior que provocó la necrosis de una porción considerable del colon sigmoides, no fue producto a lesiones complicadas ateromatosas intravasculares, sino que guardaba relación con una compresión ejercida por las particulares características de esta neoplasia. Todo este cuadro intraabdominal evolucionó a una hipoperfusión considerable de 12 cm aproximadamente de esta porción del intestino que provocó la necrosis del mismo. Cuadro empeorado por la administración del medicamento beta bloqueador en el inicio del tratamiento del paciente.

La necrosis segmentaria sigmoidea posibilitó la infección bacteriana secundaria por los mismos gérmenes intracolónicos, lo que provocó una peritonitis secundaria debido a la contaminación de la cavidad peritoneal por gérmenes procedentes del tracto gastrointestinal bajo.

Se describió la peritonitis consecutiva a la perforación del tracto digestivo como una infección polimicrobiana constituida por gérmenes aerobios gramnegativos como *escherichia coli* y anaerobios como bacteroides fragilis. La gravedad de la infección peritoneal depende de los mecanismos de sinergia bacteriana, acción de endotoxinas, tamaño del inóculo, presencia de sangre, secreciones digestivas o tejido necrótico en la cavidad peritoneal, localización de la perforación (gástrica y duodenal de menor inóculo y contaminación más tardía frente a intestino delgado y grueso; con mayor carga bacteriana y predominio de anaerobios. Zona donde sucede la infección comunitaria frente a la hospitalaria más grave.^(6,7)

El síntoma más frecuente es el dolor intenso y de presentación brusca. Este puede ser poco relevante y ausente en pacientes muy jóvenes, en ancianos, psicóticos o en enfermos tratados con glucocorticoides. Su localización depende de la enfermedad causal y del carácter difuso o localizado de la inflamación. A este síntoma suelen asociarse distensión abdominal, anorexia, náuseas, vómitos, fiebre alta, taquicardia e incluso shock séptico como lo presentó el caso estudiado.^(8,9)

Toda esta infección en la cavidad peritoneal explica los hallazgos sépticos de la cavidad abdominal como la esplenitis séptica, los riñones de shock y las múltiples metástasis infectadas de hígado.

El shock séptico en la paciente conllevó a la depresión cardiovascular, acidosis metabólica con hiperproducción de ácido láctico, disminución de la diferencia de la oxigenación arteriovenosa debido al daño celular en los mecanismos intracelulares de producción de ATP, vasodilatación inducida por toxinas bacterianas. Todo lo anterior trajo consigo un fallo múltiple orgánico y muerte del paciente por shock séptico refractario a medicamentos vasoactivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medarde-Ferrer M, Serra-Genís C, Roca J, et al. Evaluación objetiva del grado de comorbilidad en pacientes geriátricos con neoplasia de colon: relación con los resultados quirúrgicos y la supervivencia. Cir Esp [Internet]. 2013 [citado 03/11/2016];91(4):231-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X12002680>
2. Núñez Ju JJ, Coronado CC, Anchante Castillo E, et al. Cirugía laparoscópica en una sola etapa en cáncer de colon con metástasis hepática sincrónica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú. Rev gastroenterol Perú [Internet]. 2016 [citado 03/11/2016];36(1):66-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000100009&nrm=iso
3. Castro Duménigo JH, Alejandro Gaspar M, Bouza Montano HP. Neumatosis portal en pacientes con trombosis mesentérica. Rev Act Med Centro [Internet]. 2008 [citado 03/11/2016];2(2). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/383/544>

4. Lui GA, Poniachik TJ, Quera PR, et al. Trombosis venosa mesentérica: manifestaciones clínicas, terapia y evolución. Rev méd Chil [Internet]. 2005 [citado 04/11/2016]; 133(1): 17-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000100003&nrm=iso
5. Marchena Rodríguez A, Jiménez Prendes R, Sarmiento Sánchez JC. Morbimortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General. Rev Finlay [Internet]. 2015 [citado 04/11/2016]; 5(1). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/328>
6. Campos-Franco J, Barbeito-Castiñeiras G, Sánchez-Leira J, et al. Peritonitis bacteriana espontánea por Sphingomonas paucimobilis en un paciente cirrótico. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2016 [citado 09/11/2016]; 34(7): 462-3. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X15003742>
7. Capote Leyva E, More Hernández Y, Rodríguez Apolinario N, et al. Peritonitis secundaria a perforación intestinal en un paciente en diálisis peritoneal. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 [citado 08/11/2016]; 43(2): 258-63. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000200014&nrm=iso
8. Fabra Ricardo CE, Lescay Bell O, Santiesteban Sauqué X. Peritonitis bacteriana espontánea en un paciente con cirrosis hepática. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 08/11/2016]; 20(3): 943-8. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000700011&nrm=iso
9. Lovera D, Sanabria G, Arbo A. Infecciones Intra-abdominales. Rev Inst Med Trop [Internet]. 2007 [citado 09/11/2016]; 1(1). Disponible en: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/revistaimt/article/view/131/103>

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Amador García RA, López Cueva ZC, León Pérez MQ, Márquez Oquendo JA, González Ortega JM. Trombosis segmentaria sigmoidea consecuente a neoplasia maligna de colon. A propósito de un caso interesante. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 May-Jun [citado: fecha de acceso]; 41(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2174/4316>