

Colitis neutropénica

Raúl Carrillo Esper,* José Luis Morales Velázquez**

Paciente Femenino de 74 años de edad con leucemia linfoblástica aguda L3, que recibió quimioterapia en base a arabinócido de citosina, vincristina, ciclofosfamida, idarrubicina y dexametasona, posterior a lo cual desarrolló mielosupresión grave, por lo que recibió manejo con factor estimulante de colonias de granulocitos, a pesar de lo cual la cuenta de neutrófilos no rebasó los 500/mm³. Durante esta fase presentó cuadro característico por dolor y distensión abdominal, evacuaciones diarreicas y choque séptico, motivo por el cual ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva. En la radiografía de abdomen se observó dilatación de colon, siendo más evidente a nivel del ciego y colon ascendente, rebasando los 10 cm. En su diámetro transversal mayor, edema de la pared y niveles hidroaéreos (Figura 1).

En la tomografía computada de abdomen se corroboró la dilatación colónica y los niveles hidroaéreos, y no se observaron colecciones extraintestinales, líquido libre o neumatosis intestinal (Figuras 2 y 3).

La enferma se manejó con apoyo ventilatorio e inotrópico, antibióticos, líquidos y hemicolectomía derecha a pesar de lo cual falleció por sepsis y disfunción orgánica múltiple.

La colitis neutropénica es poco frecuente, se describe en la literatura en casos aislados o en pequeñas series, asociándose a una elevada mortalidad. Es una complicación que se presenta fundamentalmente en pacientes con leucemia en la fase de neutropenia postquimioterapia, también se ha descrito asociada a anemia aplásica, neutropenia cíclica, trasplante de médula ósea y en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.¹⁻⁵

Es secundaria a la necrosis de la mucosa colónica por el efecto tóxico de la quimioterapia y a isquemia por hipoperfusión, evento más acentuado en el colon. La dilatación del colon incrementa la presión intraluminal, lo cual acentúa la hipoperfusión y necrosis, que puede afectar todo el grosor de la

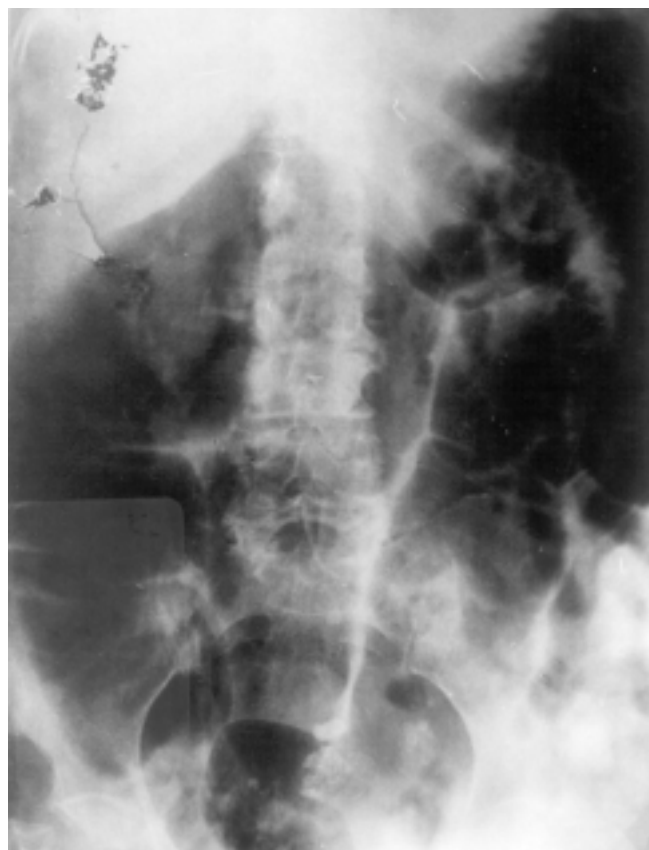


Figura 1. radiografía simple de abdomen en donde se observa dilatación de colon, de predominio en ciego y colon ascendente.

* Jefe del Servicio de Medicina del Enfermo en Estado Crítico del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX; Profesor titular del curso de Posgrado de Medicina del Enfermo en Estado Crítico, UNAM.

** Médico Recidente de Medicina Interna, del Hospital Central Sur de Alta Especialidad. PEMEX.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Periférico Sur 4091, Col. Fuentes del Pedregal. Tlalpan D.F. C.P.: 14140. Tel. 56-45-16-84. (ext.: 51155, 51557).

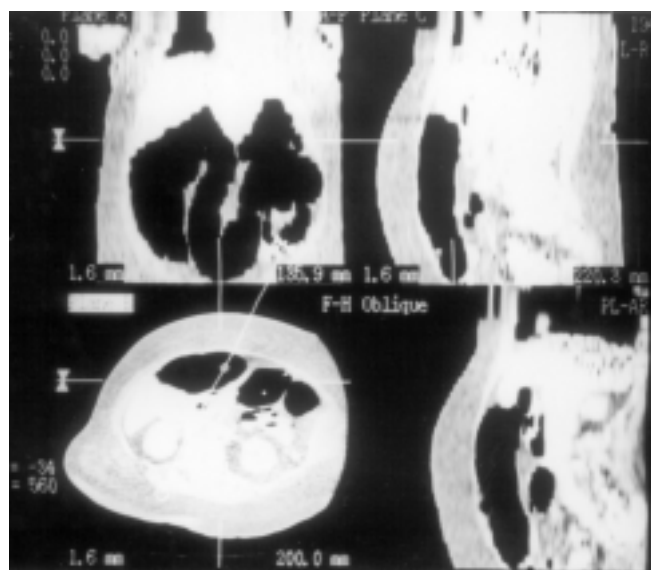


Figura 2. Reconstrucciones multiplanares de tomografía computada donde se observa una gran dilatación colónica de predominio derecho.



Figura 3. Corte axial de tomografía computada de abdomen que muestra dilatación de colon con nivel hidroaéreo.

pared y evolucionar a perforación. La denudación de la mucosa, asociada a isquemia y necrosis favorece la proliferación y translocación bacteriana que en un paciente neutropénico e inmunosuprimido lleva a la sepsis y al choque séptico.⁶⁻⁸

El ciego y el colon ascendente son los segmentos principalmente afectados, aunque también se han descrito casos aislados de colitis neutropénicapancolónica.⁹

En los estudios de imagen ya sea radiografía simple de abdomen, ultrasonografía o tomografía computada se describe la presencia de dilatación colónica, edema de la pared, cambios pseudopoli-

poideos, pneumatosis intestinal, líquido libre y en caso de que exista una perforación, la presencia de aire extraintestinal.^{10,11}

El tratamiento es médico y/o quirúrgico. El primero en base a líquidos, antibióticos, apoyo cardiopulmonar, factor estimulante de colonias de granulocitos e inmunonutrición suplementada con glutamina. La cirugía se recomienda en casos de perforación intestinal o cuando hay dilatación del ciego y/o colon ascendente de más de 10 cm, refractario al manejo conservador, en estos casos es a base de hemicolectomía derecha. La descompresión endoscópica está asociada a un alto riesgo de perforación y/o hemorragia.^{12,13}

Referencias

1. **Sherman NJ, Wooley MM.** The ileocecal syndrome in acute childhood leukemia. *Arch Surg* 1973;107:39-42.
2. **Steinberg D, Gold J, Brodin A.** Necrotizing enterocolitis in leukemia. *Arch Intern Med* 1973;131:338-344.
3. **Shamberger RC, Weinstein HJ, Delorey MJ, Levey RH.** The medical and surgical management of tiphytis in children with acute nonlymphocytic leukemia. *Cancer* 1986;57:603-609.
4. **Cutrona AF, Blinkhorn RJ, Crass J, Spagnuolo PJ.** Probable neutropenic enterocolitis in patients with AIDS. *Rev Inf Dis* 1991;13:828-831.
5. **Weiberger M, Hollingsworth H, Feuerstein IM, Young NS, Pizzo PA.** Successful Surgical management of neutropenic enterocolitis in two patients with severe aplastic anemia. Case reports and review of the literature. *Arch Intern Med* 1993;153:107-113.
6. **Newbold KM.** Neutropenic enterocolitis. Clinical and pathological review. *Dig Dis* 1989;7:281-287.
7. **Geber WF.** Quantitive measurement of blood flow in various areas of the small and large intestine. *Am J Physiol.* 1960;198:985-986.
8. **Goodhead B.** Distribution of blood flow in selected areas of small and large intestine in the dog. *Am J Physiol.* 1969;217:835-837.
9. **Alt B, Glass NR, Sollinger H.** Neutropenic enterocolitis in Adults. Review of the literature and assesment of surgical intervention. *Am J Surg* 1985;149:405-408.
10. **Vas GW, Seeling R, Nahanta B.** Neutropenic colitis: Evaluation with computed tomography. *Journal of computed tomography* 1988;12:211-215.
11. **Glass-Royal MC, Choyque PI, Gootenberg JE, Grant EG.** Sonography in the diagnosis of neutropenic colitis. *J Ultrasound Med* 1987;6:671-673.
12. **Wade DS, Nava HR, Douglas HO Jr.** Neutropenic enterocolitis. Clinical Diagnosis and treatment. *Cancer* 1992;69:17-23.
13. **Koca JB, Shaw JH.** Surgical management of neutropenic enterocolitis. *Br J Surg* 1989;76:821-824.