

Ileitis tras ileostomía*

Drs. PEDRO MOYA F.¹, ALBERTO LÓPEZ D.¹, ANTONIO ARROYO S.¹, FERNANDO MINGOL N.¹, PH.D. LETICIA SORIANO-IRIGARAY², Dr. RAFAEL CALPENA R.¹

¹ Departamento de Cirugía.

² Departamento de Farmacia

Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España.

Abstract

Bleeding ileitis following ileostomy

Background: The incidence of ileitis following ileostomy is 5%. **Material and Method:** We report a 79 years old male with a sigmoid cancer presenting with an intestinal obstruction. **Results:** Patient required a subtotal colectomy, leaving a terminal ileostomy in the right lower flank. Three days after the intervention, the patient had a profuse bleeding through the ileostomy. An emergency endoscopy showed multiple bleeding ulcers in the ileostomy. The patient did not respond to medical treatment and required a new intervention, excising 20 cm of distal ileum and performing a new ileostomy. The pathological study of the excised segment showed multiple superficial ulcers with abundant inflammatory cells.

Key words: Ileitis, ileostomy, bleeding.

Resumen

Introducción: La ileitis tras ileostomía es una entidad poco frecuente, pero que conlleva una importante morbilidad. **Objetivo:** Describir un caso de ileitis postileostomía sin respuesta al tratamiento médico y revisar la literatura sobre el tema. **Material y Método:** Presentamos el caso de un varón de 79 años con sangrado agudo por ileostoma tras colectomía subtotal. **Resultados:** Tras fracaso de la terapia médica fue necesario realizar resección de segmento de íleon terminal afecto. **Conclusiones:** Se debe pensar en ileitis postileostomía en caso de ileostomías muy productivas o ileorragias y comenzar tratamiento esteroideo temprano y realizar ileoscopia precoz. La cirugía se reserva para aquellos casos en los que no es eficaz el tratamiento médico.

Palabras clave: Ileitis, ileitis postileostomía.

Introducción

La ileitis tras ileostomía es una entidad poco frecuente, con una incidencia aproximada de 5%¹. Fue descrita por primera vez por Thayer y Spiro², clasificándola en aguda o crónica dependiendo

del momento de aparición. Se caracteriza por la presencia de úlceras en la zona de íleon proximal al estoma, con un riesgo elevado de hemorragia y perforación. Presentamos el caso de un varón de 79 años con sangrado agudo por ileostomía tras colectomía subtotal.

*Recibido el 12 de abril de 2012 y aceptado para publicación el 16 de mayo de 2012.

Los autores no refieren conflictos de interés.

Correspondencia: Dr. Pedro José Moya F.

Camino de los Garres Nº21. 30012 Murcia, España. 0034629705097
pedromoyaforcen@gmail.com

Caso clínico

Varón de 79 años que acude al servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Elche por dolor abdominal y falta de deposiciones de 4 días de evolución. Como antecedentes personales destacaba hipertensión arterial y EPOC en tratamiento con oxígeno domiciliario. A su llegada el paciente se encontraba afebril. A la exploración física, el abdomen estaba distendido, doloroso en fosa iliaca izquierda a la palpación, pero sin signos de irritación peritoneal. El laboratorio reflejaba una leucocitosis de 15.740 células/mm³ con una proteína C reactiva elevada (124 mg/L) y la radiografía abdominal presentaba distensión de colon (Figura 1 A). Se realizó Tomografía computada (TC) abdominopélvica que demostraba la presencia de tumoración estenosante en sigma, con presencia de distensión de colon hasta la zona estenótica.

Bajo sedación, analgesia endovenosa y monitorización continua del paciente, se procedió a colocar una endoprótesis metálica de acero autoexpandible en sigma. La radiografía de abdomen que se realizó tras la colocación mostraba la prótesis correctamente posicionada (Figura 1 B y C).

Tras 24 horas, el paciente comenzó nuevamente con dolor abdominal y falta de deposiciones. Se

realizó un nuevo TC abdominal, que mostraba la migración de la prótesis hasta el ciego, con presencia de signos de neumatosis en este (Figura 1 D). Ante estos hallazgos, se decidió realizar laparotomía de urgencia, hallándose neoplasia en sigma, con colon proximal muy distendido y neumatosis en ciego. Ante estos hallazgos, se efectuó colectomía subtotal con ileostomía terminal en fosa iliaca derecha. La anatomía patológica informó de adenocarcinoma de sigma, T3N1.

A las 72 horas de la intervención, el paciente presentó sangrado profuso por ileostomía que necesitó de transfusión de 3 concentrados de hemáties. La endoscopia de urgencias mostraba la presencia de múltiples úlceras sangrantes en la proximidad de la ileostomía. Se inició tratamiento esteroideo, no presentando mejoría el paciente, por lo que es intervenido nuevamente de urgencias, realizando resección de segmento de 20 cm de íleon y nueva ileostomía. El postoperatorio fue favorable, no presentando nuevo sangrado, y siendo dado de alta el paciente a los 15 días de su ingreso, con posteriores controles en consultas externas. La anatomía patológica informó de segmento de intestino delgado con múltiples úlceras superficiales, con presencia de abundantes células inflamatorias (Figura 2 A y B).

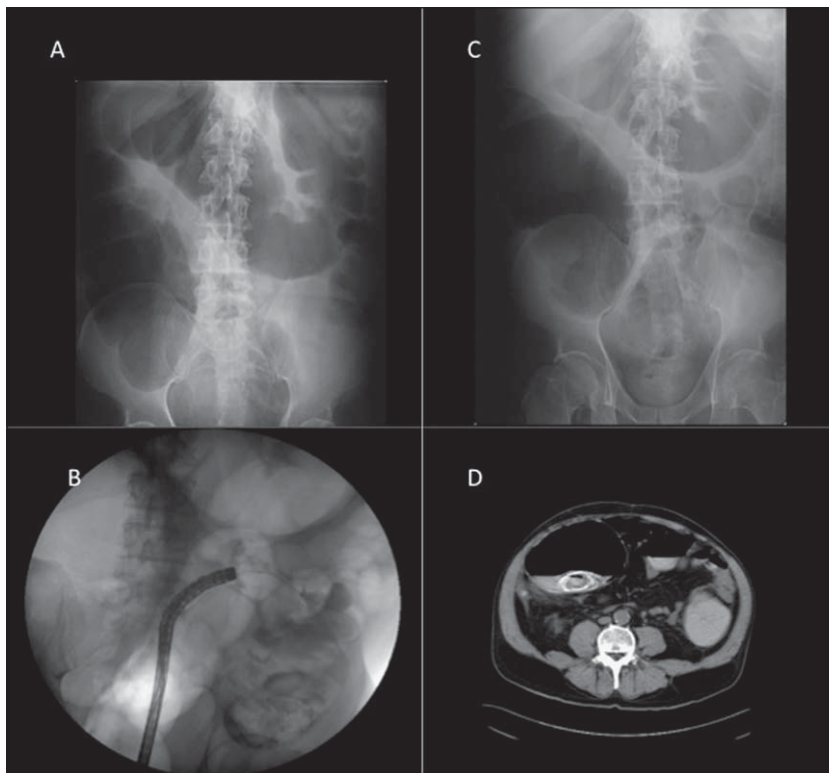


Figura 1. A. Rx de abdomen al ingreso. B. Colocación de *stent* de colon. C. *Stent* de colon localizado en sigma. D. Migración de *stent* hasta ciego.

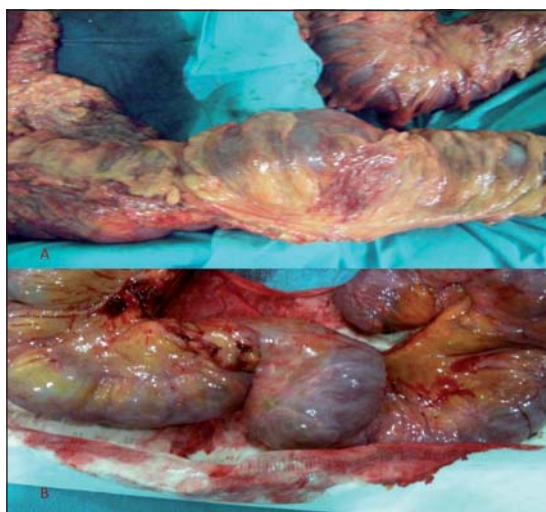


Figura 2. A. Pieza colectomía subtotal. B. Pieza resección ileon.

Discusión

La ileitis preostomal es una entidad poco frecuente, pero que conlleva una importante morbimortalidad. Actualmente, se prefiere el término ileitis postcolectomía, pues no sólo aparece en caso de creación de estomas, sino que también cuando se anastomosa el íleon. Se caracteriza por la presencia de úlceras lineales y profundas en la zona de intestino delgado proximal a la ileostomía o la anastomosis, de disposición difusa o parcheada. Presentan un riesgo aumentado de hemorragia y perforación. Se hipotetiza que es debido a importantes cambios de los mediadores de la inflamación tras la colectomía, de la buena respuesta que presenta al tratamiento esteroideo. El éxtasis fecal, el sobrecrecimiento bacteriano, alteraciones inmunológicas, la toxicidad de los ácidos biliares, deficiencia de ácidos grasos de cadena corta e isquemia también se han descrito como posibles factores implicados en su etiopatogenia³⁻⁵.

Se clasifica en aguda o crónica dependiendo del

momento de aparición, días o semanas tras la creación del estoma en la aguda y meses o años en la crónica. Según la forma de aparición se describe ileitis por reflujo, reservoritis, ileitis preostomal e ileitis pre-pouch. Se trata de una entidad poco frecuente, pero que debe tenerse presente por las alteraciones e inconvenientes que provoca en los pacientes.

Centrándonos en las ocasiones, que como en nuestro caso, suceden en las ileostomías, se debe pensar en ella en caso de ileostomías muy productivas o ileorragias y comenzar tratamiento esteroideo temprano y realizar ileoscopia precoz. Las formas crónicas suelen ser asintomáticas, o cursar con dolor abdominal o diarrea. El diagnóstico diferencial se debe realizar con várices.

La obstrucción intestinal aguda secundaria a la presencia de carcinoma colorrectal es una urgencia médico-quirúrgica que conlleva una alta mortalidad y morbilidad. La colocación de endoprótesis ofrece un alivio sintomático casi inmediatamente. Permite la estadificación del tumor, realizar preparación prequirúrgica y efectuar una cirugía en una sola etapa, reduciendo las complicaciones. En pacientes con alto riesgo quirúrgico y/o con enfermedad avanzada pueden ser usadas como tratamiento paliativo.

Referencias

1. Rogers AG, Barga JA, Black BM. Chronic ulcerative colitis: early and late experiences of 124 patients with ileal stomas. *Gastroenterology* 1954;27:383-98.
2. Thayer WR, Spiro HM. Ileitis after ileostomy: preostomalileitis. *Gastroenterology* 1962;42:547-54.
3. Pardi DS, Sandborn WJ. Systematic review: the management of pouchitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;23:1087-96.
4. Sandborn WJ. Pouchitis following ileal pouch-anal anastomosis: definition, pathogenesis, and treatment. *Gastroenterology* 1994;107:1856-60.
5. Yantiss RK, Sapp HL, Farraye FA, El-Zammar O, O'Brien MJ, Fruin AB, et al. Histologic predictors of pouchitis in patients with chronic ulcerative colitis. *Am J Surg Pathol.* 2004;28:999-1006.