

Imagen del mes

Lesión elevada obstructiva de intestino grueso en paciente con hemorragia digestiva baja

Roque Sáenz F.¹, Mauricio Oyarzo P.², Aldo Cúneo Z.³, Giancarlo Schiappacasse F.⁴, Federico Parra E.⁵, Ignacio Obaid C.⁵, Nicolás Rojas F.⁶ y Luis Méndez A.¹

Image of the month

Large bowel obstruction in a patient with lower GI hemorrhage

¹Servicio de Gastroenterología Clínica Alemana de Santiago.

²Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Santiago.

³Servicio de Coloproctología, Clínica Alemana de Santiago.

⁴Servicio de Radiología Adulto, Clínica Alemana de Santiago.

⁵Becado de Endoscopia Clínica Alemana de Santiago/ Instituto Nacional del Cáncer.

⁶Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

Recibido: 22 de noviembre de 2015
Aceptado: 29 de mayo de 2016

Correspondencia a:

Dr. Roque Saenz F.
Avenida Manquehue Norte 1410, 4to Piso,
Vitacura, Santiago,
Chile
Servicio de Gastroenterología,
Facultad de Medicina
Clínica Alemana-
Universidad del Desarrollo,
Santiago,
Chile.
Tel: [+56 2] 25861040
rsaenz@alemana.cl

Paciente de sexo masculino de 47 años de edad, en tratamiento por colitis ulcerosa (CU) extensa, con 5-ASA derivados durante dos años. Fue sometido a colonoscopia por presentar hematoquezia, con mucus en la deposición, pérdida de peso, anemia, hipoalbuminemia y dolor cólico abdominal recurrente. Tuvo tratamiento reciente con bajas dosis de esteroides, debido a esofagitis eosinofílica y pancreatitis autoinmune, las cuales actualmente están inactivas. Una colonoscopia realizada dos años antes muestra enfermedad activa que compromete hasta el colon transverso. Una tomografía computarizada realizada en esa ocasión fue normal.

La nueva colonoscopia informó una lesión mucosa,

protuberante y oclusiva, con digitaciones, sugerente de una lesión vellosa, de consistencia blanda y según patrón de Pits (PP) Tipo ovalada (II de Kudo). Presentó dificultad para la progresión hacia proximal al ocupar la totalidad del lumen. (Figura 1).

Una colonografía por TC (virtual) informó una lesión proliferativa de 20 cm de longitud, que ocluye completamente el lumen. El colon proximal se aprecia normal y no hay ganglios ni metástasis (Figura 2).

Se realiza colectomía izquierda parcial, que mostró una extensa masa blanda polipoide con cientos de pólipos filiformes que ocluyen el lumen. Erosiones y áreas de sangrado. (Figura 3).

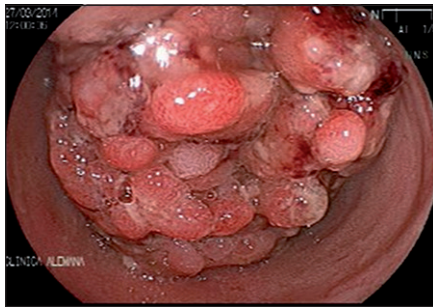


Figura 1. Lesión mucosa obstructiva del colon descendente, con vegetaciones polipoideas en paciente con tratamiento por colitis ulcerosa extensa.



Figura 2. Colangiografía por TC. Lesión proliferativa de 20 cm de longitud, oclusiva, sin adenopatías ni metástasis.



Figura 3. Imagen de pieza operatoria. Imagen patológica de lesión tumoral.

¿Cuál es su sospecha clínica endoscópica?

Al considerar la lesión no resecable por endoscopia (denominación actual de sospecha de displasia asociada a lesión o masa-DALM), se realiza cirugía de resección de colon, inicialmente programada para colectomía total con ileo-recto anastomosis. A la luz del hallazgo de una extensa masa blanda polipoide con cientos de pólipos filiformes que ocluía el lumen con erosiones y áreas de sangrado, se realiza colectomía parcial (SCENIC)¹.

El informe de patología reveló una lesión compatible con pseudopoliposis gigante en una colitis ulcerosa quiescente, una condición clínica muy poco frecuente. (Figura 4a).

Las biopsias confirmaron abscesos crípticos y CU activa grave. (Figura 4b).

Comentario

La presencia de pseudopólipos es probablemente la complicación más común de la colitis ulcerosa. En este caso, se desarrolló una entidad infrecuente denominada pseudopoliposis gigante², cuando se produce un acumulo localizado de pseudopólipos, conformando una gran masa inflamatoria.

Con frecuencia cursan de forma asintomática y son diagnosticados incidentalmente en exploraciones endoscópicas o radiológicas, y cuando existen síntomas asociados suelen ser debidos a la actividad de la propia enfermedad inflamatoria intestinal (diarrea, sangrado rectal, dolor abdominal, fiebre, anemia y pérdida de peso)³ como en nuestro caso, aunque ocasionalmente pueden dar lugar a cuadros obstructivos y que requieren tratamiento quirúrgico⁴.

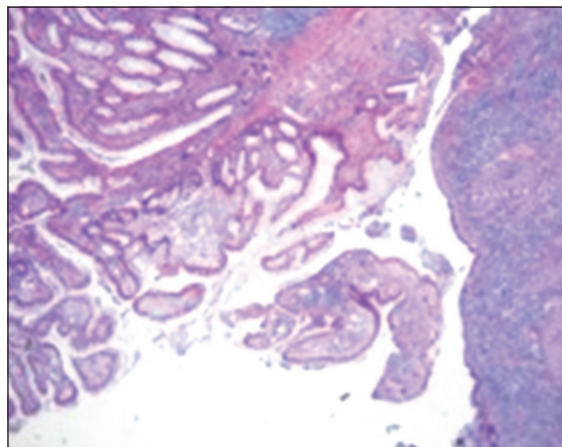


Figura 4a. Margen del pseudopólipo.

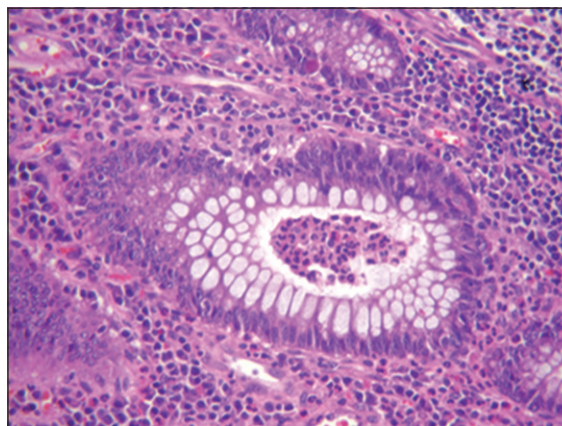


Figura 4b. Colitis ulcerosa. Abscesos crípticos.

Referencias

- 1.- Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, McQuaid KR, Subramanian V, Soetinko R. SCENIC International consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2015; 148:639-51.
- 2.- Bryan L, Newman M, Alexander J. Giant inflammatory polyposis in ulcerative colitis presenting with protein losing enteropathy. *J Clin Pathol* 1990;43:346-7.
- 3.- Ooi BS, Tjandra J, Pedersen S, Bhathal P. Giant pseudopolyposis in inflammatory bowel disease. *Aust N Z J Surg* 2000;70: 389-93.
- 4.- Zeki S, Catnach S, King A, Hallan R. An obstructing mass in a young ulcerative colitis patient. *World J Gastroenterol* 2009;15:877-8.