

Colitis pseudomembranosa. Presentación de un caso

Mariana Juárez-Beltrán,* Esteban de Icaza-del Río, Claudia Canales-Ibarra, José Luis Criales-Cortés, y Pedro Salmerón-Suevos

Hospital Santa Fé y CT Scanner del Sur, México D.F., México

Resumen de la historia clínica

El caso corresponde a un hombre de 50 años de edad que presentaba dolor abdominal similar a cólico generalizado, de predominio en fosa iliaca derecha, con 10 días de evolución y signos de irritación peritoneal, leucocitosis con neutrofilia y bandemia. Las heces eran acintadas y presenta periodos de constipación alternados con heces de consistencia disminuida.

Hallazgos por imagen

En el estudio de colon por enema, se observó una imagen con efecto de masa sobre colon transverso cercano al ángulo esplénico, con una imagen en “manzana mordida” que persiste en varias proyecciones (Figura 1).

En la tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis, se notó engrosamiento de la pared en todo el trayecto del

colon con predominio en el transverso y en el rectosigmoides, así como distensión de asas del intestino delgado (Figura 2).

Evolución

El análisis histológico de la biopsia de colon reveló edema en lámina propia con infiltración linfoplasmocitaria, zonas de ulceración superficial y depósitos de material fibrinoso con elementos inflamatorios de tipo agudo, compatibles con colitis pseudomembranosa (CPM) (Figura 3).

Discusión

La CPM es una enfermedad inflamatoria del colon caracterizada por la presencia de pseudomembranas de tejido necrótico. Existen muchas causas tales como antibióticos,

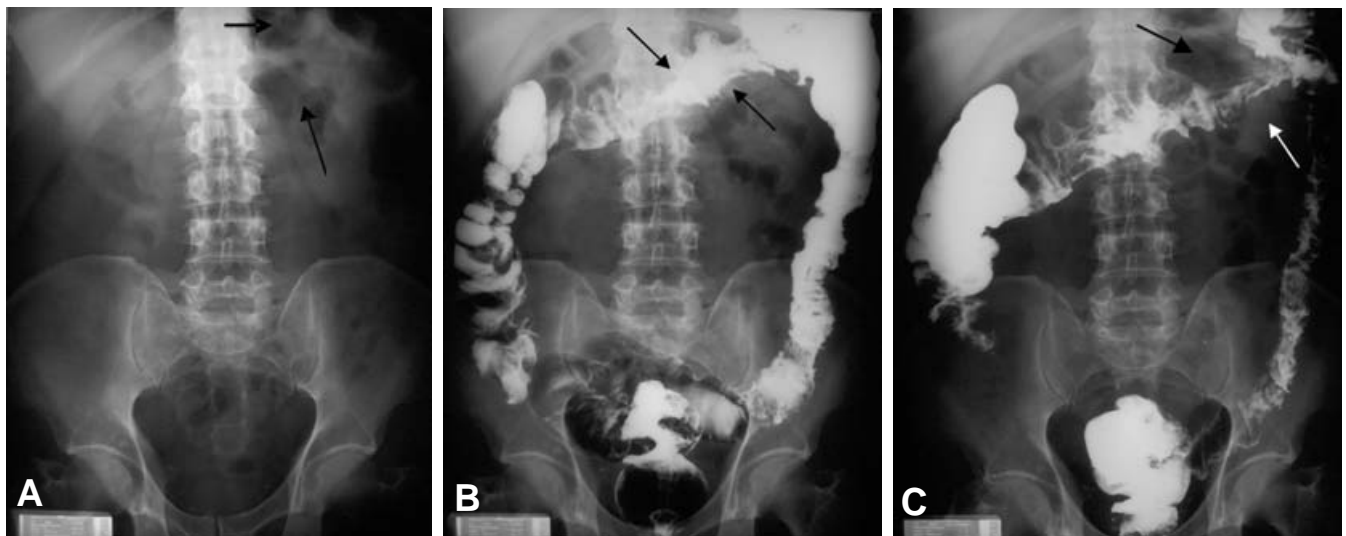


Figura 1. Colon por enema de bario. (A) Radiografía simple de abdomen que muestra disminución en la luz del colon (flechas); (B) imagen en “manzana mordida” en el colon transverso la cual persiste en la imagen C (flechas).

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Mariana Juárez-Beltrán. Curso Universitario de Radiología e Imagen, Hospital Santa Fé, CT Scanner del Sur, Rafael Checa 3, México D.F., México. Tel.: (52 55) 5481 1980.



Figura 2. TC de abdomen y pelvis. (A) El estudio muestra dilatación del colon transverso con predominio izquierdo; se observa una imagen opaca con efecto de masa en el colon transverso (flechas); (B y C) nótese el importante engrosamiento de las paredes colónicas con disminución en el calibre de la luz intestinal (flechas).

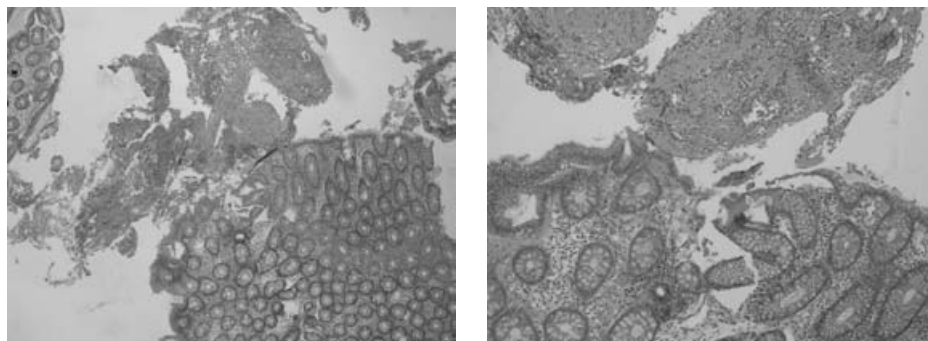


Figura 3. Infiltración linfoplasmocitaria con depósito de material fibrinoso con elementos inflamatorios de tipo agudo.

isquemia intestinal (posquirúrgico), irradiación, uso prolongado de esteroides, shock y oclusión colónica.¹

El espectro clínico de esta enfermedad va desde leve, diarrea inespecífica, a severa, colitis con megacolon tóxico, perforación y muerte. Puede afectar a grupos de cualquier edad con baja incidencia en niños.² La mayoría de los casos son causados por toxinas producidas por proliferación de *Clostridium difficile* en el intestino que se puede aislar en más del 3% de los adultos sanos y en más del 80% de recién nacidos y niños.³ En casos severos, se logra ver megacolon tóxico y neumoperitoneo secundario a perforación.

En la TC, el ileon distal puede estar involucrado en casos avanzados de CPM mostrando engrosamiento de la pared intestinal, irregularidad de la mucosa o edema de submucosa. El hallazgo observado más comúnmente en radiografía simple de abdomen es la dilatación del intestino delgado o grueso secundaria a íleo. Las digitaciones del colon se deben al marcado edema de la submucosa; sin embargo, este hallazgo es inespecífico y puede estar asociado con isquemia colónica o enfermedad intestinal inflamatoria.

El engrosamiento mural, puede presentarse en la TC como una placa excéntrica, polipoidea o nodular de baja atenuación debido al edema lo que da una apariencia conocida como "signo de acordeón" o "signo de la diana". Esto se ve cuando

el material de contraste oral queda atrapado entre los pliegues haustrales edematosos, dando la apariencia de bandas alternantes de alta y baja atenuación. El signo del acordeón es sugestivo de CPM aunque no específico y se percibe en otras condiciones inflamatorias y edematosas del colon. También puede ocurrir en pacientes con cirrosis hepática que tienen edema de la submucosa de colon.⁴

Los hallazgos histológicos más tempranos de la CPM son sacos de necrosis del epitelio colónico con exudado de neutrófilos y fibrina. También se pueden encontrar úlceras epiteliales y pseudomembranas formadas por leucocitos, fibrina y detritus celulares que cubren la superficie epitelial.² Debe hacerse diagnóstico diferencial con isquemia intestinal e intestino de choque. El grosor de la pared es mayor que en otras causas de colitis, a excepción de la enfermedad de Crohn.⁴

Referencias

1. Brant. Fundamentals of Diagnostic of Radiology, Vol.III. Lippincott Williams & Wilkins Solution, USA, 3a. Edición, 2006, pp 856-857.
2. Brook I. Pseudomembranous colitis in children. Journal of Gastroenterology and Hepatology 2005;20:182-186.
3. Hurley BW, Nguyen CC. The spectrum of pseudomembranous enterocolitis and antibiotic-associated diarrhea. Arch Intern Med 2002;162:2177-2184.
4. Ramachandran I, Sinha R, Rodgers P. Pseudomembranous colitis revisited: spectrum of imaging findings. Clinical Radiology 2006;61:535-544.