

## Colitis agudas edematosas

Dres. Pablo Matteucci, Roberto Perdomo, Martín Harretche,  
Martha Chiossoni de Filgueira y Artigas Xavier \*

**La colitis aguda edematosa es una lesión segmentaria, de origen muy presumiblemente alérgico, poco frecuente. Los autores presentan 4 observaciones, señalando algunos aspectos de la patología y clínica, y destacando que en ausencia de necrosis los cuadros retroceden completamente con antialérgicos y corticoides.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS:* Colitis / etiology, therapy.

Con una frecuencia aún más baja que las colitis necrotizantes agudas (CNA) es posible reconocer lesiones colónicas donde predomina netamente el edema, que no sólo toma todas las paredes del órgano, sino el meso inclusive. Las características clínicas y terapéuticas determinan diferencias con las CNA, por lo que se justifica su estudio por separado.

Las referencias en la literatura médica mundial, son muy escasas. No hemos encontrado ninguna en una revisión de los últimos años.

Las alteraciones anatómicas serán diferentes según la intensidad o etapa evolutiva del proceso:

—Más comúnmente pueden encontrarse formas menores, donde sólo hay hiperhemia mucosa, y edema en todo el espesor de la pared, a predominio submucoso. Hay rica infiltración leucocitaria, a predominio eosinófilo (2).

—En formas mayores se exageran estas alteraciones, apareciendo además edema bulloso en el espesor del meso, y exudación fibrinosa.

—En casos extremos, infrecuentes, aparecen áreas de necrosis. Se ha constituido entonces una CNA.

El origen de las colitis agudas edematosas (CAE) ha sido atribuido a fenómenos alérgicos, existiendo comprobaciones clínicas (2, 3, 6) y experimentación animal (1, 4) en tal sentido. En enfermos colostomizados se ha visto la inmediata aparición de edema y congestión en el cabo colónico exteriorizado, al contacto con alérgenos (6).

---

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 12 de noviembre de 1975.

\* Profesor adjunto de Semiología Quirúrgica. Profesor agregado de Clínica Quirúrgica. Docente auxiliar de Clínica Quirúrgica. Profesor adjunto de Anatomía Patológica. Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Rambla Rca. de Chile 4511, Montevideo (Dr. Matteucci).

---

*Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.*

Los alérgenos, habitualmente son ingeridos por vía oral (aunque pueden ser inhalados o introducidos parenteralmente) y actuando sobre mucosas colónicas previamente sensibilizadas, provocarían la liberación de histamina o sustancias histaminosímiles, que al desencadenar vasodilatación capilar y aumento de la exudación serían responsables del gran edema. La persistencia y acentuación del mismo, puede en algunos casos provocar éxtasis venosas y trombosis, responsables por este mecanismo de necrosis de la pared del colon. En este momento el proceso toma una marcha irreversible, que en nada difiere de las CNA, uno de cuyos mecanismos de producción sería pues el alérgico.

Según su *sintomatología* se pueden distinguir claramente las siguientes formas:

1) Trastornos digestivos mínimos, caracterizados por malestares y dolores abdominales pasajeros, alteraciones del peristaltismo y espasmos, consecutivos al contacto con el alérgeno. La mayoría de las veces se piensa en cólico hepático, o en intoxicaciones alimenticias, si se desconoce la entidad.

2) Formas mayores, con intensos dolores y espasmos y frecuente asociación con fenómenos neurovegetativos. En pacientes conocidos, estos episodios se pueden provocar periódicamente, o reiterarse ante la ingestión de algunos alimentos, en especial mariscos, huevos, chocolate, etc.

3) Formas de colitis segmentarias agudas, donde hay intensos dolores, vómitos, diarreas sanguinolentas, taquicardia sin fiebre, impresionando el enfermo como portador de un cuadro agudo de abdomen de naturaleza confusa. La palpación abdominal algunas veces permite reconocer la presencia de una masa dolorosa, ubicada con más frecuencia en el hemiabdomen izquierdo. El tacto rectal pone en evidencia la presencia de sangre en la luz intestinal.

El *diagnóstico*, salvo que se esté en presencia de un enfermo conocido, sólo se hace al laparotomizar al paciente y comprobar la identidad de las lesiones. El aspecto característico que se ofrece al cirujano es el de un segmento de colon con intenso edema y conges-

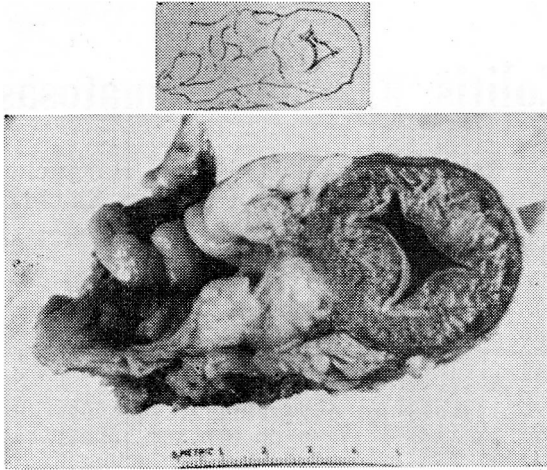


FIG. 1.—Aspecto característico de la colitis aguda edematosa. Foto de la pieza de resección de la observación 1, donde se destaca el gran edema y espesor de la pared colónica y mesos.

ción parietal (donde incluso se puede dejar godet) extendiéndose al meso. El órgano es llamativamente pesado al hacerse las maniobras de movilización, asemejando a un caño de plomo.

Estas características se observan algunas veces en el intestino delgado, y han sido presentadas como manifestación aguda de la enfermedad de Crohn, o como lesión relacionada con la colitis ulcerosa. Pero lo cierto es que la observación prolongada de los pacientes, no ha mostrado cambios hacia dichas patologías (5). De todos modos, ante un cuadro agudo, no podrá ser excluida la posibilidad del episodio inicial de una colitis crónica regional o colitis ulcerativa, y el diagnóstico final se establecerá retrospectivamente por la evolución del paciente.

Los exámenes complementarios aportan como hecho característico una leucocitosis elevada con importante eosinofilia. No hay otros aspectos destacables en los demás exámenes paraclínicos.

El *tratamiento* variará, ya sea se trate de un paciente conocido o no.

En el primer caso, ante un empuje agudo, se deberá hacer únicamente tratamiento médico, aplicando antiinflamatorios, antialérgicos y corticoides en dosis altas. La mejoría clínica suele verse muy rápidamente.

Cuando el cirujano se encuentra con esta enfermedad en el campo operatorio, solamente deberá resear si hay necrosis, absteniéndose de hacerlo en los demás casos. Se inyectarán anestésicos locales e hidrocortisona en el meso, prosiguiéndose con tratamiento médico en el postoperatorio.

En todos los casos debe continuarse con un prolongado seguimiento del paciente que asegure la ausencia de evolución hacia otras formas de colopatía.

## OBSERVACIONES

**Caso Nº 1.**—Hombre de 30 años, sin antecedentes patológicos de interés, que ingresó con dolores abdominales de comienzo brusco con 12 horas de evolución, y un máximo en región periumbilical. A las pocas horas vómitos de alimentos y deposiciones diarreas con sangre.

Operado de urgencia (18 de mayo de 1969) se encontró lesión localizada en colon transverso, siendo éste edematoso, congestivo, del doble del tamaño normal, con edema bulloso del meso. Se reseó el colon transverso, abocándose ambos cabos. Al mes, reconstrucción del tránsito.

Reinterrogado el enfermo, se supo que en la víspera había ingerido abundante atún enlatado. Controles posteriores del enfermo, fueron normales.

**Caso Nº 2.**—Hombre de 61 años, con una larga historia que comienza 20 años atrás, cuando se le operó de urgencia por un cuadro agudo de vientre. En dicha oportunidad el cirujano tratante comprobó lesiones edematoso-bulosas en colon transverso y descendente, que optó por no resear. El enfermo mejoró al cabo de algunos días.

Desde esa fecha ha repetido cuadros dolorosos similares, en el curso de los cuales lo único destacable era la elevada eosinofilia, que en algunas oportunidades llegó al 48 %, y la presencia de intensos cuadros vegetativos. En alguna oportunidad se le palpó un grueso tumor doloroso en flanco y fosa iliaca izquierda, que retrocedió espectacularmente luego de 48 horas de tratamiento con corticoides a altas dosis y anti-alérgicos.

**Caso Nº 3.**—Hombre de 69 años, sin antecedentes alérgicos ni digestivos de importancia, que ingresó el 10 de marzo de 1975 por cuadro doloroso agudo de FID interpretado como apendicitis. Como antecedente inmediato de interés, ingestión de sardinas en lata en la noche anterior.

En la operación se encontró congestión, dilatación y edema bulloso del ciego, ascendente y mesos correspondientes. Se colocó simplemente un drenaje, dado que había un exudado serofibrinoso abundante, y se trató en el postoperatorio con antiinflamatorios y corticoides.

Buen postoperatorio inmediato. El estudio de colon por enema al mes fue completamente normal.

**Caso Nº 4.**—Hombre de 34 años, sin antecedentes alérgicos ni digestivos, apendicetomizado. Ingresó por cuadro doloroso agudo de epigastrio, con posterior irradiación a la FID. Horas después vómitos y deposiciones diarreas, con sangre roja. El estudio radiológico simple, no mostró nada de interés.

Fue intervenido quirúrgicamente comprobándose colon derecho congestivo, edematoso y distendido; grueso edema de pared y mesos, ingurgitación venosa. Se infiltraron los mesos con solución de xilocaina al 15 y 500 mg de hidrocortisona. En el postoperatorio hubo un íleo paralítico que se prolongó varios días, restableciéndose luego el tránsito normal. Alta al noveno día de la operación, el 27 de abril de 1975.

Posteriormente, nuevo empuje a los tres meses, con estado nauseoso y vómitos y dolores abdominales difusos. Mejoró rápidamente con tratamiento médico.

## COMENTARIO

El componente alérgico, parece estar presente en la mayoría de los casos. Debe destacarse que en dos de las observaciones, existía una ingesta previa de mariscos enlatados, alimentos que no ingerían con asiduidad.

De particular interés es la segunda observación, donde el paciente, médico, refiere con detalles todos los empujes agudos y los beneficios del tratamiento con corticoides fundamentalmente. En ningún momento pudo comprobarse un alérgeno desencadenante.

Solamente se resecoó en un caso, dada la incertidumbre del cirujano respecto a la evolución a seguir del área patológica. Fue claramente destacable el aspecto "pesado" y en caño de plomo que presentaba el órgano.

## RESUME

### Colite aiguë oedémateuse.

La colite aiguë oedémateuse est une lésion segmentaire peu fréquente dont l'origine est très vraisemblablement allergique.

Les auteurs présentent 4 observations, signalent quelques aspects de la pathologie et de la clinique et soulignent qu'en l'absence de nécrose la maladie est complètement enrayerée au moyen d'anti-allergiques et de corticoïdes.

## SUMMARY

### Acute edematous colitis.

The edematous acute colitis, is a segmentary disease presumably of allergic origin. The authors present four cases pointing out some aspects of the pathology and clinic, emphasizing that in the absence of necrosis the lesion disappears completely with antiallergics and corticoids.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALLEN A. An unified concept of the vascular pathogenesis of enterocolitis of varied etiology. *Am J Gastroenterol*, 554: 347, 1971.
2. ANDERSEN A. Allergic manifestation in the gastrointestinal tract. *Gastroenterology*, 23: 20, 1953.
3. BLUMSTEIN G, JOHNSON J. Gastrointestinal allergy simulating regional enteritis. *JAMA*, 147: 1441, 1951.
4. MUÑOZ N, VELOSO A. Necrosis intestinales funcionales. *Arch Soc Cir Chile*, 3: 45, 1951.
5. SHEPHARD J. Surgery of the acute abdomen. London, Livingstone 1960, p. 622.
6. SOSA-GALLARDO G, KESNER L. A propos de 5 cas d'infarctus colique d'origine allergique. *Lyon Chir*, 60: 271, 1964.

## DISCUSION

DR. ALBERTO VALLS.—Hace 6 meses operé una enferma con un cuadro doloroso de fosa iliaca derecha, como son la mayoría de los casos presentados por el autor donde se podía pensar en apendicitis, y me encontré con que tenía un edema del ciego y del colon ascendente, muy notable y que curiosamente dejaba el apéndice intacto. En un momento dado se me ocurrió hacerle una hemicolectomía pero teniendo un solo ayudante, y sin saber además lo que tenía, preferí dejarlo y no sacar el apéndice porque no sé si me iba a

hacer una fistula postoperatoria. A esa enferma la cerré, fue después estudiada, se le hizo una fibroscopia colónica, al cabo de 15 días y no tenía nada, se le hizo un colon por enema y no tenía nada. A uno se le plantea cuando ve un colon con lesiones la angustia de que pueda tener lesiones irreversibles y que tenga que resecarla y muchas veces de que no sea un neoplasma que deja adentro. Es muy bueno saber que existen estas lesiones para hacer un compás de espera, más teniendo los recursos que uno tiene actualmente de poder estudiar después al paciente con una fibroscopía.

DR. LUIS FALCONI.—Hace unos años publicamos en una revista de cirugía un tema sobre las lesiones con eosinófilos gastrointestinales, fundamentalmente de estómago e intestino delgado en sus primeras porciones. Ahí deslindamos dos entidades diferentes: una llamada granuloma eosinófilo, que es una lesión local de hallazgo muchas veces casual sin repercusión general y sin una clara base alérgica; la otra una lesión difusa, infiltrante, con engrosamiento parietal, encharcamiento linfático ostensible en el acto operatorio, un edema parietal muy intenso que se acompañó de fijación de eosinófilos en el espesor de la pared, paradójicamente sin claro compromiso del corión de la mucosa por estas células. Clásicamente la presencia de eosinófilos ha sido atribuida a un fenómeno alérgico. En algunos de estos enfermos que estudiamos había aparentemente una vinculación con un alérgeno, en uno de ellos era la leche, en otros era la cebolla, pero sin que hubiera una clara vinculación de causa-efecto.

El problema de alergia del tubo digestivo evidentemente plantea dos problemas, por un lado la alergia atópica, es decir, una vinculación directa de una lesión alérgica por la ingestión de un alérgeno. Esta fundamentalmente se localiza a nivel del corion tal como sostiene Kaiser y otros autores. La lesión submucosa y de la muscular en la cual abundan a veces una población asombrosa de eosinófilos, insinuaría que el sector digestivo —el estómago en los casos estudiados por nosotros, el colon en los casos presentados por el Dr. Matteucci— es asiento de un fenómeno de choque más anafiláctico que alérgico atópico.

Evidentemente la etiología, como decía el Dr. Matteucci, no está aclarada, cuando hicimos la revisión del tema realmente hay un caos respecto a su interpretación patogénica. Algunos autores han dicho que éstos podían ser formas iniciales vinculadas a las enteritis y colitis granulomatosas, o sea, enfermedad de Crohn. A favor de esto dicen que el edema de la submucosa es muy prominente en estas lesiones tal como lo es en el Crohn y que el encharcamiento linfático de las lesiones es como en el Crohn. Pero en la enfermedad de Crohn es muy poco frecuente el hallazgo de eosinófilos.

Realmente la exposición es sumamente interesante y aporta casos a un tema muy poco conocido en cuanto a su interpretación.

DR. JOSÉ BADANO REPETTO.—Ha sido muy interesante la presentación del Dr. Matteucci, pero le invitaría a analizar su último caso: no conozco alergias en aplasias medulares, creo que eso está dicho por todos lados, de manera que sugiero que revea la situación y que además en el estudio que haga, se examine el perfil proteico que seguramente le va a dar alguna satisfacción para fundamentar la etiología alérgica de esta situación.

DR. MUZZIO MARELLA.—La presentación hecha por el Dr. Matteucci y colaboradores está plena de sugerencias, le permite a uno dar unidad a distintos procesos que ha tenido oportunidad de ver en el curso de intervenciones, que no los ha podido interpretar y que uno piensa —a la luz de la revisión de este tema— que podrían ser fenómenos de orden alérgico.

A propósito de eso, desde el punto de vista clínico, nosotros recordamos un caso que tuvimos oportunidad de ver, hace unos 20 años; el Prof. Del Campo operaba un enfermo y lo ayudaban el Dr. Suiffet y el que habla. Cuando se hizo la laparotomía, nos encontramos con una infiltración de todo el delgado, que se transformaba en un tubo grueso desde el duodeno hacia abajo. La biopsia de la lesión demostró que era una infiltración a eosinófilos. En ese paciente regresó el proceso pero ha hecho nuevos empujes y tengo entendido que alguna vez se ha hecho biopsia de nódulos subcutáneos en que tiene una infiltración a eosinófilos y que la terapéutica eficaz es la terapéutica a corticoides.

Desde el punto de vista patológico, un problema que nos ha interesado desde hace mucho tiempo y es la relación que puede tener la persistencia de estos procesos con la aparición de la colitis ulcerosa y qué relación hay entre los fenómenos colónicos de tipo alérgico cuando pueden pasar a la cronicidad y llevar a la colitis ulcerosa.

DR. WALTER SUIFFET.—Este tema es muy interesante. Hace 40 años el ambiente quirúrgico nuestro se apasionó en la lectura de un libro escrito por Gregoire y Cruveilhier que se llama "Los infartos viscerales", donde está magistralmente descrito y desde luego el Dr. Matteucci lo habrá leído porque es exactamente lo que termina de mostrarnos.

Estos trastornos funcionales, que son reversibles en la mayor parte de los casos, los autores los interpretan como fenómenos de orden anafiláctico. Con ese motivo se le dio esa interpretación a fenómenos de este tipo que todos los cirujanos hemos operado a lo largo de nuestra acción quirúrgica: lesiones de intestino delgado o grueso que son reversibles a veces en el propio acto quirúrgico con la medicación que en aquel momento se aconsejaba que era la adrenalina.

Incluso esta lesión se observó en otros órganos y en la Sociedad de Cirugía hay una publicación del Prof. Chifflet y el Dr. Scandroglio de una lesión similar en el útero. De manera que éste es un hecho muy discutible, pero tiene gran actualidad y en ese sentido es muy útil la presentación. Que sea esto reversible definitivamente y no aparezca más o que pueda ser el inicio de una de esas enfermedades que se expresan después como una ileítis o colitis granulomatosa o una formación de tipo granuloma eosinófilo.

Recuerdo que cuando se operó el enfermo a quien hacía referencia el Dr. Marella (J.B., 37 años, opera-

do en noviembre de 1956), apareció un trabajo científico donde se atribuía el desencadenamiento de estas lesiones al uso de los fármacos tranquilizantes. En ese momento se utilizaba mucho la prometazina y la clorpromazine y se atribuyó a la sensibilización de las personas que tomaban repetidas veces esos medicamentos. Desde luego que la sensibilización puede ser producida por cualquier agente de los conocidos. Lo importante es conocer el hecho clínico y muchos de los cuadros agudos abdominales que ceden sin ir al acto quirúrgico es posible que correspondan a esta patología, desde el trivial trastorno gastrointestinal a una situación más importante, aun con presencia de materias fecales con sangre.

DR. PABLO MATTEUCCI. (Cierra la discusión).—Al Dr. Vall's le agradecemos su observación, seguramente fue un caso de colitis alérgica aguda posiblemente en todo superponible a los casos descritos. Agradecemos también al Dr. Falconi sus conceptos sobre la anatomía patológica y la patología de esta afección. Al Dr. Badano le debo decir que el último caso lo presentamos solo porque desde el punto de vista histológico y macroscópico coincidía absolutamente con las lesiones anatómo-patológicas descritas. Nosotros no sabemos y creo que hicimos hincapié cuando hicimos la presentación, si correspondía plenamente mostrarlo, pero lo hemos traído para mostrar un caso que desde el punto de vista histológico es absolutamente típico aunque no lo sea desde el punto de vista clínico.

Agradecemos la observación del Dr. Marella, debemos decir que las formas en el intestino delgado están descritas, están descritas formas gástricas habitualmente de localización antral, incluso se han gastrectomizado enfermos por ellas y se ha comprobado este tipo de lesión.

Al Prof. Suiffet debemos confirmar que nosotros hemos encontrado más bibliografía de las primeras décadas de este siglo que en los últimos años, aparentemente sería un tema agotado dentro de la discusión clínica, porque desde la década del 60 hasta acá hemos encontrado una publicación, en cambio de la década del 30 y del 40 se ven varias comunicaciones en la literatura mundial. En cuanto al caso del paciente que nombraban el Dr. Marella y el Prof. Suiffet, nos había prometido concurrir hoy personalmente a referirnos su sintomatología dado que nosotros presumimos que pudo haber sido un cuadro de este tipo, máxime que él refería que cuando se le laparotomizó se le encontró además de las lesiones en el delgado, lesiones en el colon, y que otros empujes hechos fueron posiblemente colónicos puros en los cuales se le encontraba una masa palpable que cedía en 48 horas con ingestión alta de corticoides. Lamentablemente no ha podido concurrir pero si no daría en su palabra la sintomatología típica de un cuadro de éstos.