

DOI: 10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.152-162

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1313>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 152-162







Megacolon tóxico, diagnóstico y tratamiento

Toxic megacolon, diagnosis and treatment

Megacólon tóxico, diagnóstico e tratamiento

Carolina Misshell Narváez Álvarez¹; Luis Felipe Suazo Suárez²; Paulina Vanessa Mera Morales³;
Natalia Marina Salazar Vásquez⁴

RECIBIDO: 02/09/2021 **ACEPTADO:** 20/09/2021 **PUBLICADO:** 30/10/2021

1. Médica Cirujana; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; caro93narvaez@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2354-2497>
2. Médico General; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; luisfelipesuazo@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4032-4005>
3. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Ambato, Ecuador; vanessa.mera.27m@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9054-521X>
4. Médico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; nataliamarinasalazar@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7457-2536>

CORRESPONDENCIA

Carolina Misshell Narváez Álvarez
caro93narvaez@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

El megacolon tóxico es una grave complicación de las enfermedades inflamatorias intestinales que altera el funcionamiento del intestino grueso. Aunque los raros reportes del origen de esta condición deriven del mal control de patologías como la de Crohn; o por infecciones del colon, por lo general, su causa radica en una colitis inflamatoria, isquémica o infecciosa. El trastorno consiste en el ensanchamiento del intestino grueso originado en pocos días que, aun siendo infrecuente, no deja de ser potencialmente fatal. El objetivo del presente estudio se centra en la aportación de un material bibliográfico actualizado que sirva no solo para el fortalecimiento del conocimiento científico académico en relación al megacolon tóxico, su diagnóstico y tratamiento, sino también, como fundamento de futuras investigaciones. En razón de ello, se ha decidido adelantar un estudio de diseño bibliográfico con el cual recopilar varios criterios de tratadistas y expertos, mediante una metodología de revisión. La evidencia plasmada en los resultados incluye definiciones de megacolon tóxico, mención de sus principales síntomas y causas, y algunos los criterios diagnósticos y terapéuticos. Se concluye que el fundamento que determina el MT esta apoyado en tres aspectos: la historia clínica, los datos de respuesta inflamatoria sistémica y la evidencia imagenológica, principalmente radiográfica, de la dilatación colónica. En cuanto al tratamiento, las principales recomendaciones se centran en el bordaje multidisciplinar y el ingreso a la unidad de cuidados intensivos; mientras que el protocolo terapéutico se enfocará fundamentalmente en el tratamiento de la causa subyacente, la aplicación de medidas generales y, por último, en la cirugía.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa, colitis isquémica, colitis infecciosa, enfermedad de Crohn.

ABSTRACT

Toxic megacolon is a serious complication of inflammatory bowel diseases that disrupts the functioning of the large intestine. Although the rare reports of the origin of this condition derive from poor control of pathologies such as Crohn's; or by infections of the colon, in general, its cause lies in an inflammatory, ischemic or infectious colitis. The disorder consists of the widening of the large intestine originating in a few days which, although infrequent, is still potentially fatal. The objective of this study is focused on the contribution of an updated bibliographic material that serves not only to strengthen academic scientific knowledge in relation to toxic megacolon, its diagnosis and treatment, but also as a basis for future research. For this reason, it has been decided to carry out a bibliographic design study with which to compile various criteria from writers and experts, through a review methodology. The evidence reflected in the results includes definitions of toxic megacolon, mention of its main symptoms and causes, and some diagnostic and therapeutic criteria. It is concluded that the foundation that determines the TM is supported by three aspects: the clinical history, the systemic inflammatory response data and the imaging evidence, mainly radiographic, of colonic dilation. Regarding treatment, the main recommendations focus on multidisciplinary embroidery and admission to the intensive care unit; while the therapeutic protocol will focus fundamentally on the treatment of the underlying cause, the application of general measures and, finally, on surgery.

Keywords: Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, ischemic colitis, infectious colitis, Crohn's disease.

RESUMO

O megacólon tóxico é uma complicação séria das doenças inflamatórias do intestino que atrapalha o funcionamento do intestino grosso. Embora os raros relatos da origem dessa condição derivem do controle insuficiente de patologias como a doença de Crohn; ou por infecções do cólon, em geral, sua causa é uma colite inflamatória, isquêmica ou infecciosa. O distúrbio consiste no alargamento do intestino grosso com origem em poucos dias que, embora infrequente, ainda é potencialmente fatal. O objetivo deste estudo está centrado na contribuição de um material bibliográfico atualizado que sirva não só para fortalecer o conhecimento científico acadêmico em relação ao megacólon tóxico, seu diagnóstico e tratamento, mas também como base para pesquisas futuras. Por este motivo, optou-se por realizar um estudo de desenho bibliográfico com o qual recolher diversos critérios de escritores e especialistas, através de uma metodologia de revisão. As evidências refletidas nos resultados incluem definições de megacólon tóxico, menção de seus principais sintomas e causas e alguns critérios diagnósticos e terapêuticos. Conclui-se que o fundamento que determina a MT é sustentado por três aspectos: a história clínica, os dados da resposta inflamatória sistêmica e as evidências de imagem, principalmente radiográficas, de dilatação colônica. Em relação ao tratamento, as principais recomendações enfocam bordados multi-profissionais e internação em unidade de terapia intensiva; enquanto o protocolo terapêutico focará fundamentalmente no tratamento da causa básica, na aplicação de medidas gerais e, por fim, na cirurgia.

Palavras-chave: Doença inflamatória intestinal, colite ulcerosa, colite isquêmica, colite infecciosa, doença de Crohn.

Introducción

Una colitis inflamatoria, isquémica e infecciosa puede representar el antecedente a una complicación potencialmente fatal conocida como megacolon tóxico (MT). Fue en 1930 cuando por primera vez se describió dicho trastorno, que se entendía como: dilatación colónica asociada a sepsis. Luego, Marshak la definió en 1950 como: distensión colónica segmentaria o total mayor de 6 cm, concomitante con colitis aguda y sintomatología. (Magallón et al., 2015; Pérez et al., 2019, págs. 146-7)

Gulias (2016), además de coincidir con la idea anterior, agregó que el MT también se define por la presencia de respuesta inflamatoria sistémica, colitis aguda y evidencia radiográfica de dilatación colónica total o segmentaria > 6 cm. La toxicidad sistémica distingue al MT de otras entidades como la enfermedad de Hirschprung y la pseudoobstrucción intestinal. (Gulias, 2016)

“El megacolon tóxico se caracteriza por inflamación y distensión extremas del colon. Los síntomas comunes son: dolor, distensión del abdomen, fiebre, ritmo cardíaco rápido y deshidratación. Ésta es una complicación amenazante para la vida que requiere tratamiento médico inmediato” (Enciclopedia Médica ADAM, 2019) Según esta misma fuente, el MT puede originarse en personas con un colon inflamado por una Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn mal controlada; por infecciones del colon (*Clostridioides difficile*) o por una enfermedad isquémica intestinal (EII). Su diagnóstico, puede estar basado en el examen físico junto con estudios de imágenes (Figura 1) que pueden incluir rayos equis (RX), ecografía, tomografía axial computada (TAC) o resonancia magnética (RM) y exámenes en sangre. El tratamiento de esta condición se vale de fármacos (antibióticos, esteroides y otros medicamentos supresores del sistema inmune), y en caso

de complicaciones (perforación del colon, sepsis, shock), ventilación mecánica (VM), diálisis, oxígeno y cirugía (colectomía).

La incidencia de MT en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) oscilaba entre 1 y 5%; sin embargo, en fecha reciente se ha observado descenso gradual. Es más común en los individuos con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) hasta en 7.9%, y en la enfermedad de Crohn en 2.3%. Por otro lado, ha aumentado la frecuencia y gravedad de infecciones por *Clostridium difficile*; en este grupo se ha reportado MT hasta en 4.3% de los pacientes. En relación con colitis pseudomembranosa tiene una mortalidad de 38 a 80 por ciento. (Gulias, 2016)

Por su parte, Collia (2017) refiere que “Esta complicación ocurre durante un ataque severo de colitis y su incidencia es de aproximadamente el 5% (1.3- 13%) y se define como una dilatación parcial o total no obstructiva del colon” (pág. 69)

El desarrollo del presente estudio tiene como objetivo aportar un nuevo material bibliográfico que sirva tanto para la actualización de conocimientos al referir criterios de expertos vigentes en torno al megacolon tóxico (MT) su diagnóstico y tratamiento, como para el fundamento de futuras investigaciones. Es en razón de ello que se ha decidido desarrollar un estudio de diseño bibliográfico con el cual recopilar, mediante una metodología de revisión, algunas ponencias e ideas que a su vez sirvan de sustento en el abordaje del tema antes planteado, en el que se incluirán definiciones de MT, mención de sus principales síntomas y causas, y por último, los criterios diagnósticos y terapéuticos.

Materiales y Métodos

A fines de alcanzar el objetivo de la presente investigación, fue indispensable disponer de los siguientes materiales de trabajo:

computadores personales con conexión a internet y varios tipos de contenido bibliográfico en formato físico.

A mediados de octubre del corriente, se llevó a cabo una búsqueda y estudio del material bibliográfico encontrado tanto en formato digital como físico. La literatura que se halló en formato electrónico fue mediante la consulta efectuada en bases de datos, repositorios y sitios web, tales como: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Pubmed, Organización Mundial de la Salud (OMS), Scopus, SciELO, Dialnet, Medigraphic y otros; mientras que el acceso al material en formato físico fue posible mediante el uso de bibliotecas públicas, institucionales y privadas.

Con la revisión se procuró encontrar distintos tipos de materiales bibliográficos, los cuales estuviesen alojados como literatura científico académica en cualquiera de las plataformas digitales antes referidas o en las bibliotecas, accesibles de forma completa y abierta. La clase de recursos bibliográficos buscados podrían representar: artículos (papers) en revistas científicas y académicas; boletines o resúmenes informativos de estudios clínicos, reportes de casos, conferencias o ponencias; tesis de grado, posgrado y doctorado; guías de práctica clínica, protocolos, monografías de expertos y cualquier otro documento formal que mostrase información de interés con fundamento científico.

Los criterios de exploración electrónica estuvieron constituidos por palabras clave, términos y operadores lógicos y booleanos, que eventualmente se fueron ordenando hasta que se logró constituir una formulación propia como expresión de búsqueda, siendo las mismas:

1. "megacolon tóxico" AND diagnóstico AND tratamiento
2. megacolon tóxico +diagnóstico +tratamiento

A los resultados obtenidos con éstas, seguidamente se les aplicó otras medidas de selección de contenido, tales como: idioma español e inglés; publicación en los últimos diez años, materia de salud y medicina, y otros según estuvieron disponible en cada interfaz de exploración. Luego de separar todo el contenido físico y digital recabado que definitivamente sería estudiado por el equipo investigador, se procedió a su lectura crítica y análisis interpretativo a fines de unificar las opiniones que resultaran del consenso y resolver las diferencias de criterio.

Resultados

El MT es una grave complicación que altera el funcionamiento del intestino grueso. Consiste en el ensanchamiento del intestino grueso originado en pocos días que, aun siendo infrecuente, no deja de ser potencialmente fatal. Es una complicación de las EII. (AARP, s.f.)

Una de las complicaciones de las EII es el MT. Se entiende por megacolon la dilatación de la luz colónica de un segmento localizado o de la totalidad del colon. Desde el punto de vista radiológico, el calibre a partir del cual hablamos de megacolon varía en los distintos tramos del intestino grueso. La máxima dilatación se observa, por lo general, a nivel de ciego y colon ascendente, pudiendo alcanzar diámetros que van desde los 6 hasta los 15 cm. El colon sigmoide y el recto alcanzan un calibre menor que no suele superar los 6 cm. De modo general, se considera megacolon a partir de 6 cm de dilatación. En tal sentido, el MT es una complicación potencialmente letal que puede surgir en el contexto de procesos tanto crónicos como agudos. (Santamaría & Abraldes, 2008)

De manera más precisa, Jimmenez, Simian, & Quera (2017) explican que MT es la complicación de la colitis ulcerosa (CU) grave, distinguida por una dilatación del

colon de forma total o parcial sin oclusión, pudiendo expandirse el diámetro colónico por más de 5,5 cm, coligado tal caracterización con signos de toxemia, tales como fiebre, taquicardia, dolor y distensión abdominal, confusión mental, anemia y leucocitosis. (pág.232-3)

Tratadistas como Gulias (2016) y Collia (2017), reconocen la imprecisión persistente en cuanto a la fisiopatogenia y patogenia del MT, no obstante, el primero de estos revela que:

se ha establecido una relación entre la inflamación del colon y la liberación de mediadores locales que reducen la contractilidad del músculo liso colónico. Se ha detectado que en el MT hay un incremento en los niveles de la enzima óxido nítrico sintetasa inducible (iNOS) en la muscularis propria; asimismo, en pacientes con CUCI, las células de la mucosa intestinal tienen mayor liberación de H₂O₂, de IL-1b y de NO. Por otra parte, los factores que pueden inducir o exacerbar la dismotilidad y dilatación colónica incluyen trastornos hidroelectrolíticos como la hipopotasemia, antidiarreicos, opiáceos, anticolinérgicos, antidepresivos y enemas de bario. (Gulias, 2016)

En este mismo orden de ideas Magallón et al. (2015) han sostenido que el MT se encuentra relacionado con la colitis ulcerosa inespecífica o con la colitis de Crohn, sin embargo, cualquier otro estado inflamatorio del colon puede inducir la dilatación toxica, tales como: EII, colitis pseudomembranosa, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Entamoeba, colitis colágena y colitis isquémica.

Recientemente se ha publicado la asociación con el uso crónico de inhibidores de la bomba de protones. El citomegalovirus es un agente oportunista que puede causar MT, sobre todo en el curso de una infección diseminada, como por ejemplo pacientes con VIH positivos y pacientes con colitis ulcerosa tratados con esteroides. (Magallón et al., 2015, pág.88)

Collia (2017), por su parte señaló que el MT pudiese derivar en el trascurso de un ataque agudo por la administración de opiáceos, anticolinérgicos, la realización de colon por enema o colonoscopia, la hipokalemia, la hipomagnesia y la preparación intestinal.

Pérez et al. (2019) dicen que, sin tomar en cuenta las de la EII, las causas del MT (Tabla 1.) que son posibles diferenciar son: las inflamatorias, las isquémicas e las infecciosas.

Tabla 1. Causas implicadas en el desarrollo del megacolon tóxico excluyendo la EII.

Infeciosas	Oncológicas	Otras
- Salmonelosis no tifoidea	- Linfoma de colon	- Sales de oro
- Salmonella typhi	- Sarcoma de kaposi	- Colitis isquémica
- Shigella	- Quimioterapia	
- Campylobacter jejuni		
- Clostridium difficile		
- Citomegalovirus		
- Entamoeba hystolitica		
- Aeromonas hydrophila		
- Trypanosoma cruzi		
- Criptosporidium Yersinia enterocolitica		

Nota. Tomado y adaptado de Pérez et al. (2019)

Diagnóstico de MT

Conforme a la idea de Arias, Díaz, & Crespo (2012), una vez que se ha determinado el diagnóstico clínico del MT, y se han asumido las medidas de soporte y terapia fundamentales, la labor diagnóstica se debe enfocar en descubrir el trastorno de base que ha desencadenado el cuadro clínico, cuando el mismo no se ha identificado previamente. Una detallada historia clínica es trascendental en primera instancia, que precise circunstancias previas de brotes relacionados con EII, tratamientos recientes con antibióticos o quimioterapia, viajes al extranjero, conductas sexuales de riesgo o situaciones de exposición ocupacional.

Se deben tomar muestras repetidas de heces desde el inicio para visión en fresco, cultivo y detección de toxina de *C. difficile*. A su vez, es importante descartar una coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) especialmente en pacientes con un riesgo conocido alto para esta infección.

El diagnóstico inicial nos lo da el estudio radiológico que muestra la dilatación del colon, siendo posteriormente útiles pruebas de imagen como la tomografía computadorizada (TC) o la ecografía abdominal para: a) descartar causas mecánicas de obstrucción y dilatación; b) el seguimiento del paciente y c) descartar complicaciones como perforación colónica o compromiso vascular. Hay que destacar que, a pesar de ser necesario un diámetro de colon por encima de los 6 cm para hablar de megacolon, el tratamiento y la conducta a seguir en estos pacientes lo marcará preferentemente la clínica frente a las pruebas de imagen.

La endoscopia en estos pacientes puede ser importante en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal desconocida, en la toma de biopsias para el estudio de una posible infección por citomegalovirus

(CMV) o en la visualización de las lesiones típicas de la colitis pseudomembranosa. Sin embargo, no está exenta de riesgos y puede agravar el cuadro clínico del paciente, por lo que se recomienda su realización sin preparación previa del colon y no más allá del colon sigmoideo6 (Arias, Díaz, & Crespo, 2012, pág. 449)

“El diagnóstico de MT se basa en la historia clínica, los datos de respuesta inflamatoria sistémica y la evidencia radiográfica de dilatación colónica” (Gulias, 2016)

Según Collia (2017), cualquier ataque agudo de colitis vinculado con un estado febril, taquicárdico, hipotenso, un estado general complicado y violento descenso en la cantidad de deposiciones deben levantar la suspicacia de un MT, de hecho, dado que el proceso en el intestino delgado es nulo, los ruidos hidroaéreos suelen estar presentes.

El diagnóstico diferencial se realizará con la colitis pseudomembranosa, y los menos frecuentes como el asociado a hongos como: *Candida albicans* o *histoplasma capsulatum* (generalmente en individuos inmunodeprimidos), infecciosas como *Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella*, *Mycobacterium tuberculosis* y parasitarias tales como la *entamoeba histolítica*. Siendo importante recalcar que en los casos en que no puede certificarse el diagnóstico endoscópico ni serológicamente, se debe actuar de la misma manera con un abordaje quirúrgico precoz. (Collia, 2017, pág. 69)

En general, los estudios consultados (Santamaría & Abalde, 2008; Carrillo, Calderón, Muciño, & Ramírez, 2012; Pérez et al., 2019) en los que se ha encontrado referencia de los criterios diagnósticos para MT, han coincidido en la vigencia que aún tienen los que fueron propuestos por Jalan et al. en 1969 que básicamente abordan los siguientes tres aspectos vinculados:

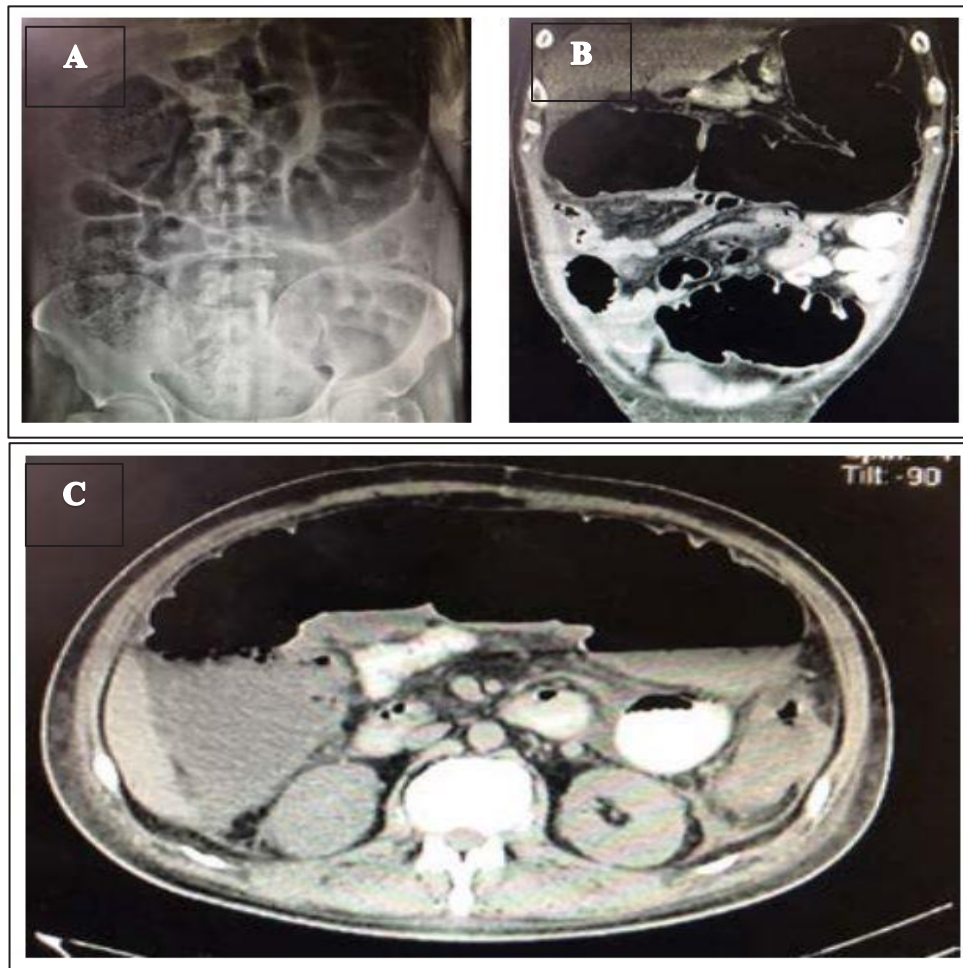
1. Dilatación cólica radiológicamente verificada.
2. Al menos tres (03) de los siguientes criterios de Toxicidad Sistemática:
 - Fiebre superior a 38°C.
 - Taquicardia superior a 129 pm.
 - Leucocitosis superior a 10.500/mm³.
 - Anemia con Hb o Hto inferior al 60% de lo normal.
3. Por lo menos una (01) de los siguientes cuatro (04) condiciones:
 - Deshidratación.
 - Alteraciones del estado de conciencia.
 - Diselectrolitemia.
 - Hipotensión. (Pérez et al., 2019, pág. 148)

En Carrillo et al. (2012) no dejan de lado resaltar la utilidad de los análisis de laboratorio que sirven para corroborar los criterios antes indicados. Así mismo, se extrae el énfasis que hacen respecto a la importancia de la evidencia radiológica de dilatación del colon transversal o ascendente mayor de 6 cm para establecer un diagnóstico de esta complicación. De hecho, precisa que en este tipo de evidencia es habitual observar los niveles hidroaéreos colónicos, así como también la ausencia de su normal patrón haustral. Adicionalmente explican que la toma tangencial facilita la determinación de aire libre en la cavidad abdominal y es sugerente de perforación. En cuanto a los estudios tomográficos refirieron que resultan ser también útiles para el diagnóstico o confirmación de MT, favoreciendo en algunos casos diagnósticos diferenciales.

Como parte del abordaje diagnóstico deben solicitarse estudios coprológicos para cultivo y búsqueda de toxina de *Clostridium difficile*, porque constituye uno de los principales diagnósticos de origen infeccioso a descartar; sin embargo, en nuestro medio no debe menospreciarse a *Entamoeba*,

Salmonella o *Shigella*, por lo que también deben buscarse intencionalmente. Es imperativo hemocultivar a los enfermos que cursan con megacolon tóxico porque hasta 25% tienen bacteremia.

Puede considerarse los procedimientos endoscópicos, aunque deben realizarse con precaución porque existe un alto riesgo de perforación. Durante el procedimiento deben tomarse biopsias para poder establecer el diagnóstico histológico definitivo. No se recomienda realizar colonoscopias completas, excepto para descompresión colónica en pacientes no aptos para cirugía. En caso de ser necesario puede realizarse sigmoidoscopia porque ayuda a diferenciar las causas de la inflamación colónica, sobre todo las no causadas por enfermedad inflamatoria intestinal o colitis pseudomembranosa. (pág.285)



Nota. A representa la imagen de Rayos X de abdomen donde se observa megacolon; B y C representan las tomografías de abdomen de corte coronal y axial, respectivamente, donde se evidencia el megacolon. Tomado de *Megacolon tóxico* (p.144-5) por Güemes, Pichardo, & Bolaños, 2021,

Figura 1. Diagnóstico imagenológico de megacolon.

Tratamiento de MT

Carrillo et al. (2012), antes de referir el protocolo de tratamiento par MT, dejan claro que, el abordaje de este trastorno debe ser multidisciplinario, y preferiblemente, en una unidad de cuidados intensivos (UCI) en donde se pueda estar alerta de las medidas generales, de las maniobras de descompresión intestinal, de la antibiotico-terapia, de estudios radiográficos seriados y, de ser necesario, de una intervención quirúrgica. Adicionalmente señalan que, es igualmente imperioso monitorizar las concentraciones séricas de electrolitos y suspender cualquier medicación de opioides o anticolinérgicos debido que a éstos pudieran empeorar el cuadro evolutivo del

MT. Respecto a las técnicas descompresivas dijeron que, no habían estudios sólidos que confirmaran un buen pronóstico por su uso, sin embargo, en pacientes que requirían de cirugía, sí representaba una técnica beneficiosa. Otras particularidades terapéuticas son ampliamente detalladas por estos mismos expertos, tales como: la colonoscopia descompresiva para determinados casos y considerando ciertos riesgos y preceptos; el uso de esteroides; el tratamiento antimicrobiano y consideraciones sobre el uso de aminosalicilatos, que bien valdría la pena revisar en detalle. Complementariamente expusieron:

Las indicaciones para que un paciente con megacolon tóxico sea operado incluyen:

dilatación colónica progresiva, peritonitis, perforación, sangrado o deterioro del estado incluso a pesar del tratamiento médico apropiado. En caso de evidencia de perforación al momento del diagnóstico, el procedimiento quirúrgico debe realizarse a la brevedad. Algunos investigadores sugieren que todos los pacientes deben operarse; sin embargo, la evidencia actual demuestra que muchos de ellos realmente se benefician con el tratamiento médico inicial. Se ha reportado que de 50 a 70% de los pacientes tratados durante siete días con corticoesteroides y antibióticos no requieren intervención quirúrgica.

En caso de ser necesario debe realizarse la intervención quirúrgica y el procedimiento de elección es la colectomía subtotal con ileostomía de protección y fístula mucosa, que se asocia con menor morbilidad y mortalidad comparada con la proctocolectomía total, el procedimiento de Turnbull y otras técnicas descompresivas. La colectomía subtotal, según una serie de estudios, tiene un índice de éxito de 71.1% a largo plazo, mientras que la resección segmentaria en 48.4%.

En muchos casos las intervenciones quirúrgicas resultan la piedra angular del tratamiento del megacolon tóxico. Sin embargo, debe considerarse el inicio de tratamiento para estabilizar al paciente previo al procedimiento en caso de que no exista evidencia franca de perforación o complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente. (Carrillo et al., 2012, pág.286)

En el estudio de Pérez et al. (2019) se sostiene que el tratamiento del MT ha de ser meticuloso e intensivo, considerando el ingreso en unidad de cuidados críticos. Corresponde iniciar el tratamiento médico cuando no hay presencia de abdomen agudo, y luego de moderar el cuadro agudo, es posible estimar la cirugía electiva.

La indicación de cirugía urgente es la perforación colónica, hemorragia masiva, aumento del requerimiento de transfusiones, aumento de los signos de toxicidad, y progresión de la dilatación colónica. Como el reconocimiento precoz de perforación puede ser dificultoso debido a los efectos de corticoides e inmunosupresores, la evidencia del deterioro, toxicidad progresiva o ausencia de respuesta en 48-72 horas, serán indicaciones de tratamiento quirúrgico urgente siendo la colectomía subtotal con ileostomía la técnica de elección.

Al final, estos mismos tratadistas sintetizan que, al iniciar el diagnóstico del MT, es importante precisar un enfoque y manejo multidisciplinario, mejorando al paciente y diseñando el plan terapéutico conforme al estado presentado por el mismo y la entidad descubierta. "Es importante la sospecha diagnóstica desde el inicio, que nos permite actuar de forma rápida y eficaz evitando el trágico desenlace que promete esta patología" (Pérez et al., 2019, pág. 148)

En la obra de Cascales, Quiñonero, & Ramírez (2020) se ha resumido que, la determinación de la causa subyacente unido a una serie de medidas generales, tales como: el reposo digestivo y la hidratación intravenosa, resultan ser las medidas fundamentales en el tratamiento del MT. Los pacientes con tratamiento específico y medidas de soporte que no logran la mejorar en el transcurso de 2-3 días, que se agravan clínicamente o que se complican de forma severa, resultarán ser los candidatos idóneos para cirugía de urgencia.

Cepeda, Redrobán, Murgueytio, & Pozo (2020) con base en otro estudio (Guillermo & Eduardo, 2018) sostuvieron que:

Los principales objetivos del tratamiento del megacolon tóxico son el tratamiento de la causa subyacente, la atenuación de la colitis, el tratamiento de la toxemia y la

evitación de complicaciones adicionales, específicamente la perforación intestinal. Es imprescindible una estrecha vigilancia médica y cuidados de apoyo. (pág.110)

Este mismo equipo de tratadistas han asegurado que, por lo general, los tratamientos reconocidos gravitan alrededor del manejo de la causa subyacente, de estudios retrospectivos y criterios de expertos, en vista de que aún es necesario el adelanto de estudios controlados que profundicen el manejo médico del MT.

Continuaron explicando que, en el caso del tratamiento del MT causado por colitis ulcerosa, se han establecido los esteroides intravenosos en dosis altas como su columna vertebral terapéutica, la cual debe inmediatamente aplicarse y en ninguna ocasión restringida por los resultados microbiológicos pendientes.

Los métodos quirúrgicos propuestos previamente en el tratamiento del megacolon tóxico incluyen la resección por colectomía subtotal con ileostomía terminal, proctocolectomía total o el método Turnbull. [...] El momento de la cirugía en el megacolon tóxico sigue siendo motivo de controversia. Eludir la necesidad de cirugía constituye el objetivo principal de todo tratamiento médico. (...) Las indicaciones absolutas para la colectomía incluyen perforación, sangrado incontrolable del colon o recto y deterioro clínico general. [...] La controversia sobre el momento adecuado de la cirugía ilustra la importancia del tratamiento interdisciplinario. (...) Los signos de complicaciones o deterioro deben ser una indicación de tratamiento quirúrgico. (Cepeda ET AL., 2020, págs. 111-2)

Conclusión

Queda claro que el MT es un trastorno potencialmente fatal de la colitis inflamatoria, isquémica e infecciosa. Aunque se ha evidenciado que entre los tratadistas

aún se comparte la plena aceptación de los criterios clínicos establecidos en 1969 por Jalan et al. para el diagnóstico del MT, también es posible deducir que, el fundamento que determina el MT esta apoyado en tres aspectos: la historia clínica, los datos de respuesta inflamatoria sistémica y la evidencia imagenológica, principalmente radiográfica, de la dilatación colónica. En cuanto al tratamiento, las recomendaciones se centran en el bordaje multidisciplinar y el ingreso del paciente a UCI. Así mismo se hace evidente que el protocolo se enfoque principalmente en el tratamiento de la causa subyacente, la aplicación de medidas generales en pro de la estabilización del paciente, las cuales pueden incluir: maniobras de descompresión intestinal, antibiocioterapia, estudios radiográficos seriados, monitorización las concentraciones séricas de electrolitos (hidratación intravenosa), reposo digestivo (intestinal) completo y sin ingesta bucal, suspensión de cualquier medicación de opioides o anticolinérgicos, y finalmente de ser necesaria, la intervención quirúrgica, que absolutamente procederá en caso de perforación, sangrado incontrolable del colon o recto, dilatación colónica progresiva, peritonitis o deterioro clínico general a pesar del tratamiento médico apropiado.

Bibliografía

- AARP . (s.f.). Megacolon Tóxico | Enciclopedia Médica: AARP [en español]. (D. Burke, Editor, H. R. Library, Productor, & Omnigraphics) Recuperado el 15 de octubre de 2021, de Sitio web: AARP.org/es: <https://healthtools.aarp.org/es/health/megacolon-toxico>
- Arias, M., Díaz, A., & Crespo, J. (2012). Protocolo diagnóstico del megacolon. *Medicine*, 11(7), 448-50. doi:10.1016/S0304-5412(12)70328-1
- Carrillo, R., Calderón, J., Muciño, J., & Ramírez, F. (myo-junio de 2012). Megacolon tóxico. *Medicina Interna de México*, 28(3), 282-7. Recuperado el 15 de octubre de 2021, de <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34935>
- Collia, K. (septiembre de 2017). Indicaciones quirúrgicas en la urgencia. (M. Laporte, Ed.) Revista

- Argentina de Coloproctología, 28(1), 68-74. Recuperado el 15 de octubre de 2021, de https://www.sacp.org.ar/revista/files/PDF/28_01/SACP_28_01_cap_8.pdf
- Enciclopedia Médica ADAM. (16 de Octubre de 2019). Enciclopedia Médica ADAM. Recuperado el 15 de Septiembre de 2021, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000248.htm>
- Güemes, A., Pichardo, D., & Bolaños, L. (2021). Megacolon tóxico. *Acta Médica*, 19(1), 144-5. doi: 10.35366/98591
- Gulias, A. (2016). Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias (7a. Ed ed.). México, D. F., México: McGRAW-HILL/Interamericana Editores, S.A. DE C.V. Recuperado el 15 de octubre de 2021
- Jimménez, A., Simian, D., & Quera, R. (2017). Mortalidad en enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología Latinamericana*, 28(4), 231-7. Recuperado el 15 de octubre de 2021, de <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2017n4000.03.pdf>
- Magallón, M., Cenicerros, R., Arenas, J., Juarez, C., & Peralta, A. (2015). Frecuencia, evolución clínica y pronóstico del megacolon tóxico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 88-93. Recuperado el 15 de octubre de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744941014.pdf>
- Pérez, R., García, B., González, M., Reyes, M., Perea, M., Martín, R., & Balongo, R. (Febrero de 2019). Megacolon tóxico como debut en colitis ulcerosa. (146-9, Ed.) *Cirugía Andaluza*, 30(1). Recuperado el 15 de octubre de 2021, de https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2019/Cir_Andal_vol30_n1_23.pdf
- Santamaría, G., & Abrales, A. (abril de 2008). Protocolo diagnóstico y terapéutico del megacolon tóxico. *Medicine*, 10(7), 467-9. doi:10.1016/S0211-3449(08)72946-1

CITAR ESTE ARTICULO:

Narváez Álvarez, C. M., Suazo Suárez, L. F., Mera Morales, P. V., & Salazar Vásquez, N. M. (2021). Megacolon tóxico, diagnóstico y tratamiento. *RECIMUNDO*, 5(4), 152-162. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).oct.2021.152-162](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.152-162)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.