



COLITIS ESTERCORÁCEA: LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE SABER

Mario Fernández Conesa, Patricia Virginia García Pérez, María Del Mar Torrecilla Cabrera, Felipe Santiago Briones Bajaña, Paula Pérez Naranjo, Antonio Sánchez Torrente.

Hospital Universitario Clínico de San Cecilio
Granada

**Objetivo docente:**

Conocer y describir los hallazgos radiológicos en Tomografía Computerizada Multidetector de la colitis estercorácea, con el fin de establecer un diagnóstico precoz para su adecuado manejo. Para ello, evaluamos una serie de 15 pacientes estudiados en nuestro centro.

Revisión del tema:

La colitis estercorácea es una patología infrecuente, complicación de otra entidad clínica muy habitual, la impactación fecal. Más prevalente en población anciana y con tratamientos crónicos que favorecen estreñimiento. Suele afectar a recto y colon sigmoide, siendo secundaria al aumento de presión parietal por la impactación fecal, causando distensión, isquemia, necrosis y úlceras parietales. Puede complicarse con perforación, peritonitis, sepsis y muerte.

Los hallazgos radiológicos en la TC con contraste intravenoso son la presencia de un fecaloma, dilatación del colon proximal, engrosamientos parietales colónicos y estriación de la grasa pericolónica. Si la isquemia progresa pueden darse defectos de perfusión en la pared del colon, hemorragia mucosa y/o neumatosis intestinal (necrótica). El neumoperitoneo o los abscesos pericolónicos son indicativos de perforación intestinal. El tratamiento suele ser conservador, siendo quirúrgico cuando hay signos de necrosis o perforación.

Conclusiones:

La colitis estercorácea es una entidad infrecuente pero grave que debemos sospechar cuando en la TC se evidencie un fecaloma con engrosamiento parietal colónico y estriación de grasa pericolónica, siendo importante descartar signos de isquemia y perforación intestinal.

El engrosamiento mural es un hallazgo frecuente pero muy inespecífico, por lo que es importante conocer los diferentes hallazgos radiológicos expuestos y establecer un diagnóstico precoz lo más preciso posible para el adecuado manejo terapéutico.



Revisión del tema:

La colitis estercorácea es una patología infrecuente, complicación de otra entidad clínica muy habitual, la impactación fecal. Describe un proceso inflamatorio que afecta a la pared colónica en relación con el aumento de la presión intraluminal por dicha impactación de material fecal (fecaloma). Es más prevalente en población anciana y está asociado con estreñimiento crónico y grave, así como con tratamientos crónicos que producen enlentecimiento del tránsito intestinal (opiáceos, antidepresivos tricíclicos y ansiolíticos). También puede darse en personas jóvenes con deficiencias neurológicas.

El fecaloma se trata de material fecal deshidratado con dimensiones superiores al de la luz normal del colon que condiciona impactación. Como resultado de esta, el colon proximal se distiende y la presión intraluminal secundaria es mayor que la presión de perfusión capilar en la pared intestinal, lo que disminuye el aporte sanguíneo parietal produciéndose colitis isquémica, que puede llevar a la necrosis y ulceración parietal si no se aplica tratamiento. Finalmente, puede complicarse con perforación, peritonitis, sepsis y muerte.

Suele afectar a recto y colon sigmoide. La afectación más frecuente en esta localización probablemente se relacione con dos motivos. Por un lado, el contenido de agua del material intraluminal ha sido absorbido al máximo a medida que avanza en sentido distal del colon, donde las heces se encuentran en su forma más sólida. Por otro lado, hay alta presión intraluminal en el colon distal, lo que asocia una disminución del diámetro a este nivel. En concreto, hay tres puntos que asocian una mayor presión intraluminal: la pared anterior del recto proximal a la reflexión peritoneal, en el borde antimesentérico de la unión rectosigmoidea y en el ápex del colon sigmoide.

Clínicamente, manifiesta un cuadro inespecífico consistente en dolor abdominal y rectal asociado con estreñimiento. Dicho cuadro puede presentarse en otras patologías, por lo que en muchos casos, el cuadro clínico de la colitis estercorácea suele ser el propio de una perforación, lo que traduce la necesidad de cirugía urgente con una alta morbimortalidad.

Los hallazgos radiológicos en la TC con contraste intravenoso que nos deben sugerir dicha etiología son la presencia de impactación fecal (fecaloma) que condicione dilatación del colon proximal (Fig. 1-7). En función de los hallazgos asociados hablaremos de impactación fecal complicada o no complicada:

- Impactación fecal no complicada: Existe distensión del colon, sin evidenciar engrosamientos parietales ni alteración de la grasa adyacente. La mayoría de los casos es tratada con éxito con la desimpactación.
- Impactación fecal complicada: Se observan signos de sufrimiento de la pared colónica, con engrosamiento parietal que representa el edema producido por la isquemia, asociado en la mayoría de casos a alteración y estriación de la grasa pericolónica adyacente, en el segmento que muestra impactación fecal, y engrosamiento de la fascia perirrectal (Fig 1-7).

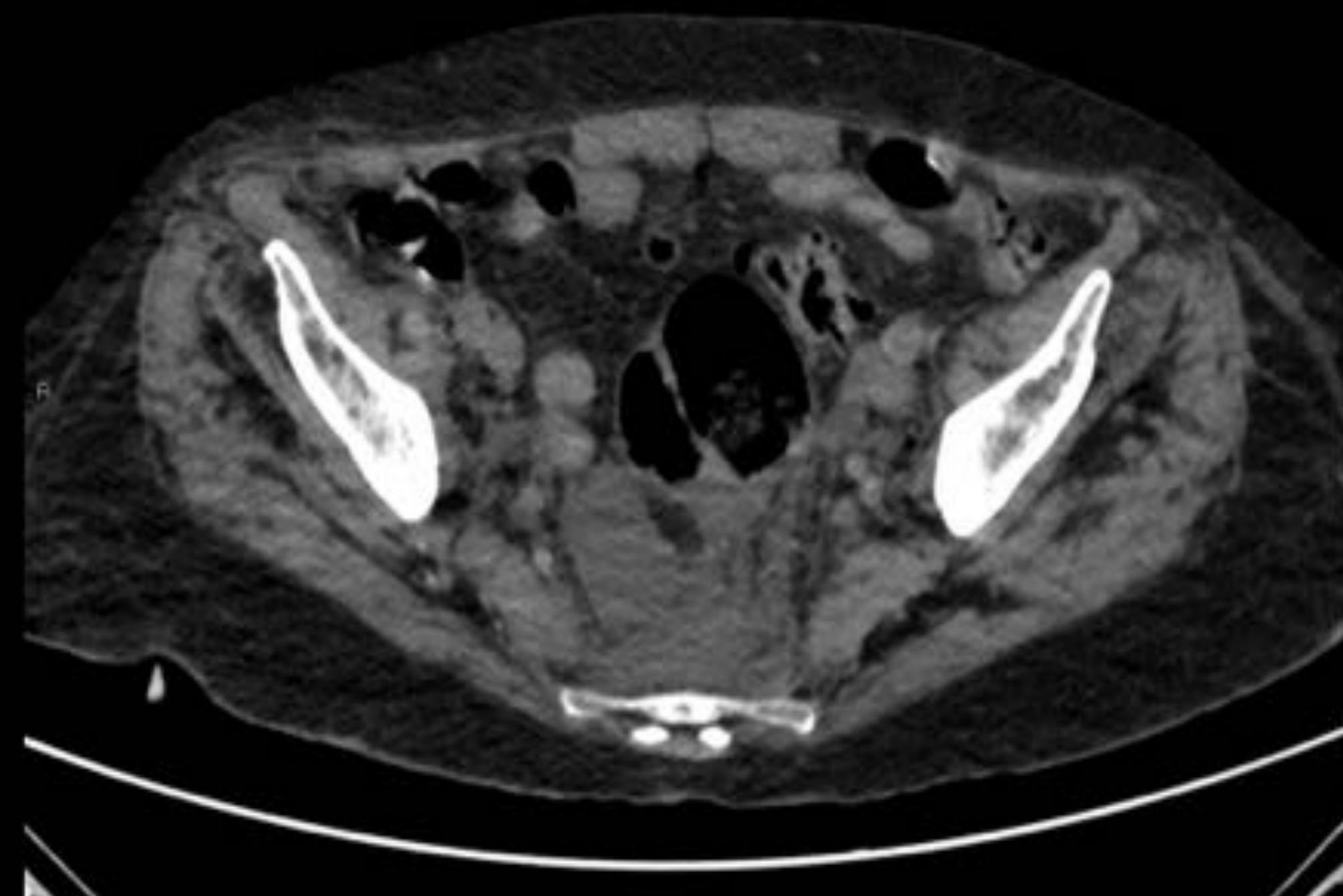
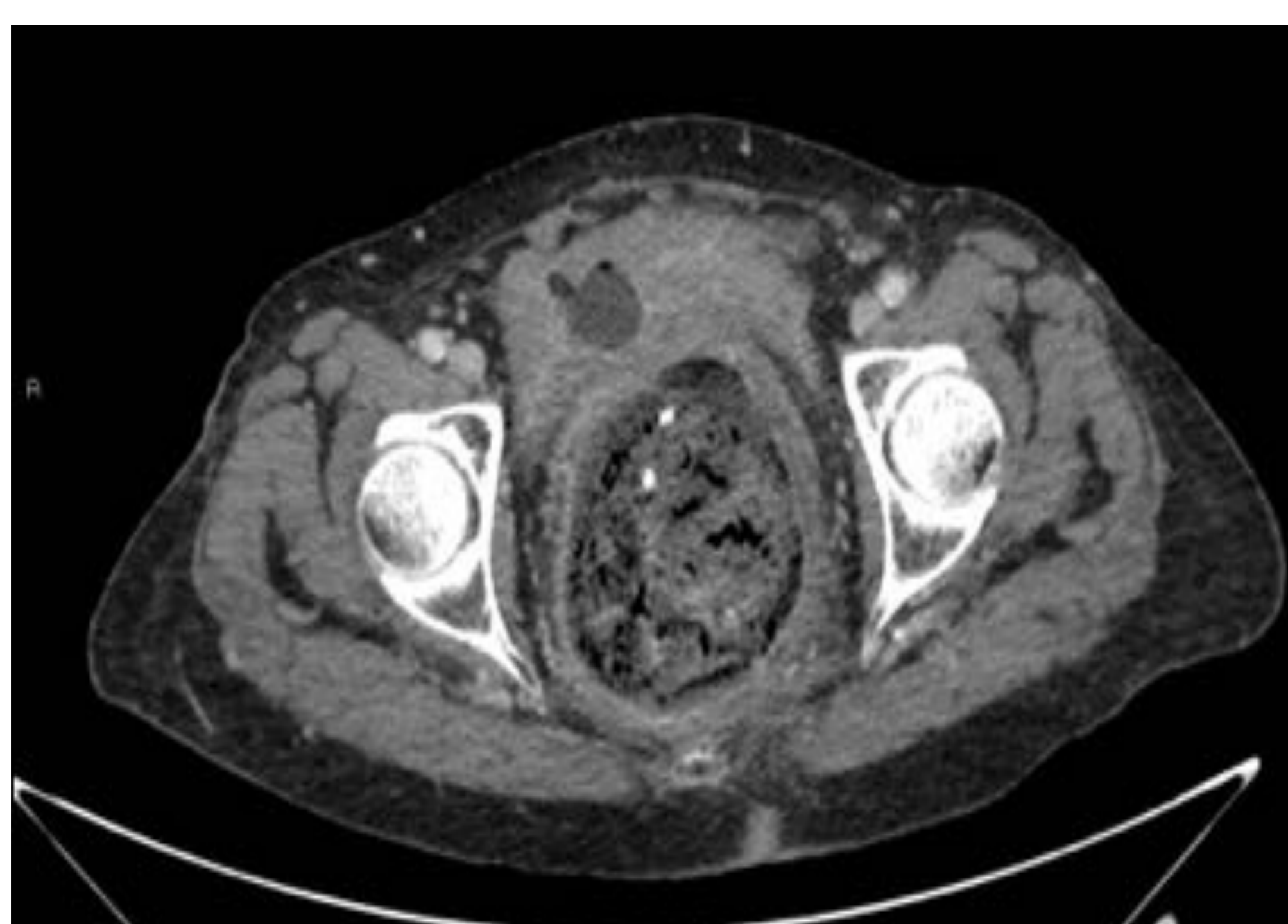
Si la isquemia progresa puede llevar a la necrosis y ulceración parietal, pudiendo observar otros hallazgos asociados como son:

- Defectos de perfusión en la pared del colon, hemorragia mucosa y/o neumatosis intestinal (colitis estercorácea necrótica).
- Burbujas de aire extraluminal o abscesos, que se dan cuando se ha producido la ulceración, evidenciándose la presencia de material fecal en la proximidad de la ulceración.
 - El neumoperitoneo o los abscesos pericolónicos son indicativos de perforación intestinal (Fig 7-8).
 - En estos casos el diagnóstico diferencial debe hacerse con otras patologías que causen perforación, generalmente a nivel de colon izquierdo, como son tumores malignos, diverticulitis, traumatismos e isquemia. También hay que tener en cuenta algunas causas de perforación a nivel de hemicolon derecho como la enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis y los traumatismos penetrantes.
 - La presencia de material fecal en la cavidad peritoneal, secundaria a la perforación, se evidencia muy cerca del lugar de la perforación. Este hallazgo, junto con un engrosamiento de la pared, con o sin absceso, nos puede ayudar a predecir el lugar de la perforación, visualizándose en ocasiones directamente la discontinuidad de la pared.

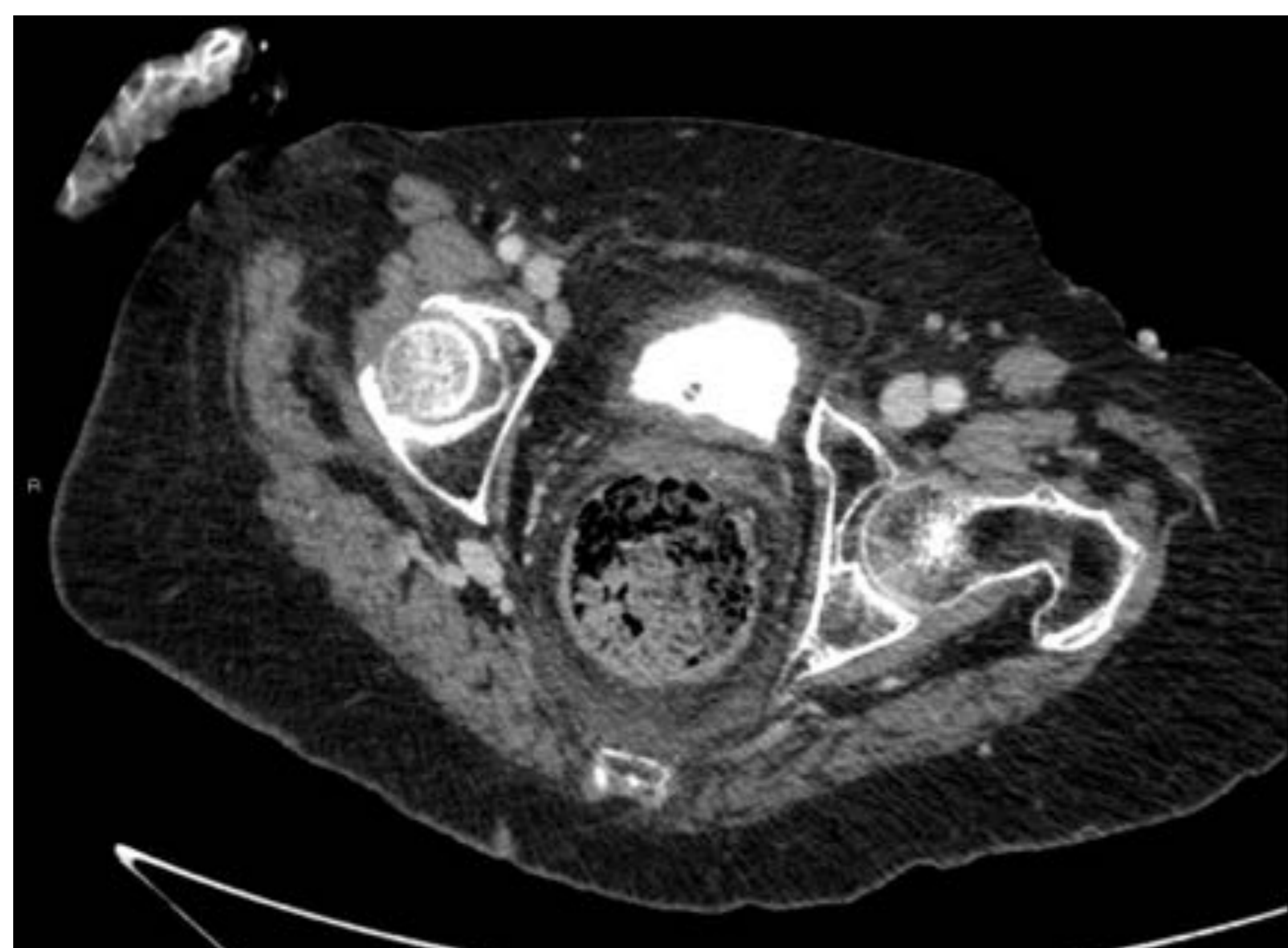
El tratamiento suele ser conservador, siendo quirúrgico cuando hay signos de necrosis o perforación.



Figuras 1, 2 y 3: Marcada dilatación de la ampolla rectal, con abundante contenido fecal en su interior (fecaloma), y de asas proximales, que asocia reticulación de la grasa del meso adyacente y engrosamiento parietal y de la fascia del mesorrecto, en relación con cambios inflamatorios, en el contexto de colitis estercorácea.



Figuras 3; 4 y 5: Dos casos de colitis estercorácea donde se observa abundante contenido fecal en ampolla rectal (fecaloma) con dilatación de asas proximales, que asocia reticulación de la grasa del meso adyacente y engrosamiento parietal y de la fascia del mesorrecto, en relación con cambios inflamatorios. En el segundo caso, se observa leve cantidad de líquido libre en mesorrecto.



Figuras 7 y 8: Perforación estercorácea secundaria colitis por impactación fecal en ampolla rectal (fecaloma), con presencia de alguna pequeña burbuja aérea extraluminal adyacente y signos de neumoperitoneo.

**Conclusiones:**

La colitis estercorácea es una entidad infrecuente pero grave que debemos sospechar cuando en la TC se evidencie un fecaloma con engrosamiento parietal colónico y estriación de grasa pericolónica, siendo importante descartar signos de isquemia y perforación intestinal.

El engrosamiento mural es un hallazgo frecuente pero muy inespecífico, por lo que es importante conocer los diferentes hallazgos radiológicos expuestos y establecer un diagnóstico precoz lo más preciso posible para el adecuado manejo terapéutico.