

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

MEGACOLON ADQUIRIDO. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Jesús de Armas Prado¹, Dr. Rodolfo Morales Valdés² y Lourdes de Armas Álvarez³

1. Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente. Profesor principal de la Cátedra de Cirugía del Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. Villa clara.
2. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. ISCM-VC.
3. Alumna de 5to año de Medicina. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:
MEGACOLON

Subject headings:
MEGACOLON

En esta denominación se agrupan distintas afecciones del intestino grueso, en el que el mismo aparece marcadamente dilatado, y se acompañan de un notable estreñimiento.

Por su origen se clasifican en congénitos y adquiridos. En el megacolon adquirido no existe aganglionismo, salvo en la enfermedad de Chagas, donde las neurotoxinas liberadas por el parásito *Trypanosoma cruzi* producen un aganglionismo secundario; además, no existe anomalía motora congénita del colon^{1,2}. El mismo se caracteriza por presentar un origen generalmente psicógeno. En los estudios radiológicos el diámetro transversal del colon es mayor de 5,5 cm en vistas simples y mayor de 6,5 en las contrastadas. En ocasiones no sólo existe dilatación, sino elongación (dolicomegacolon), lo cual lo hace propenso a la volvulación³.

Existen múltiples enfermedades que causan esta variedad de megacolon; se destacan el origen psicógeno, atrofia de la musculatura lisa, enfermedades metabólicas, neurológicas, inflamatorias, obstructivas y otras^{1,4}.

El megacolon psicógeno del adulto generalmente afecta a pacientes con enfermedad mental grave, en particular la depresión, que varía desde la neurosis hasta la psicosis⁴.

Presentación de un paciente:

Paciente MBC de 19 años de edad, natural de Benguela, República de Angola, la cual disfruta de una vida normal, sin padecimiento alguno, hasta el año 1998 en que la familia sufre una criminal agresión por parte de la UNITA, donde se producen pérdidas significativas de familiares, (padres, hermanos, etc) que obliga a los sobrevivientes a emigrar a Luanda, la capital del país.

A partir de este momento la paciente comienza a presentar alteraciones del hábito intestinal, caracterizado fundamentalmente por constipación, y en ocasiones llega a defecar solamente una o dos veces por mes. Por este motivo visita a varios facultativos, los cuales le indican tratamientos diversos, sin éxito alguno.

Dos años después acude al Hospital Militar Principal de Luanda, a la consulta externa de cirugía, donde al examen físico se comprueba:

1. Gruesa tumoración abdominal que ocupa el hemiabdomen izquierdo, movable, no dolorosa, que a la palpación digital deja godet, por lo que se considera clínicamente que se trata de un fecaloma.
2. Al tacto rectal se comprueba la presencia de heces fecales duras (fecaloma).
3. El resto del examen físico es negativo.

Se realizan los estudios hematológicos con resultados normales. Se indica además el estudio radiológico de abdomen simple de pie, donde se observa la presencia de radioopacidad heterogénea que ocupa el hemiabdomen izquierdo, en correspondencia con la tumoración visible y palpable en el abdomen, al realizar examen físico (Fig 1).



Fig 1 Rayos X de abdomen simple donde se observa el enorme fecaloma en el hemiabdomen derecho.

Dados los datos clínicos anteriores se plantea la hipótesis de un megacolon, por lo que se le realiza un enema baritado, para lo cual se requirió internar a la paciente y evacuar el enorme fecaloma mediante enemas evacuantes seriados (Figs 2, 3 y 4).

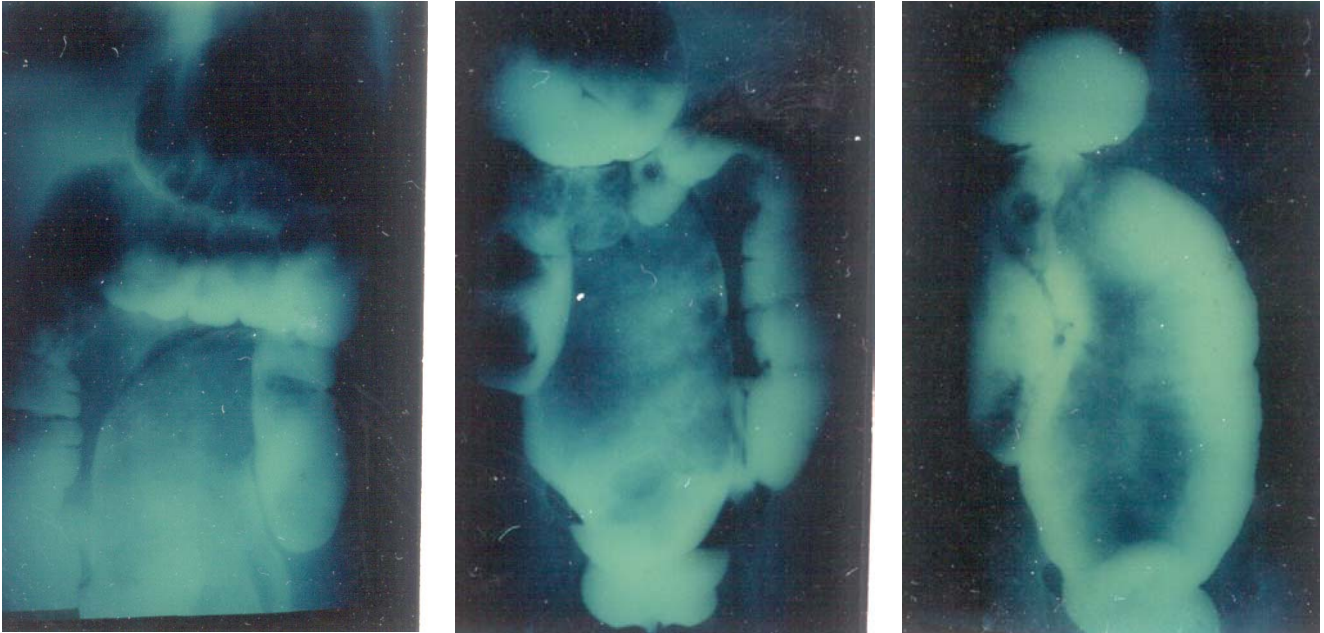


Fig 2, 3 y 4 Rayos X de colon por enema. Obsérvese el dolicomegacolon.

Dada la negatividad del resto de los exámenes complementarios y la historia clínica de la paciente, se diagnostica este cuadro clínico como un megacolon adquirido del adulto, de causa psicógena, por lo que se inicia el siguiente tratamiento:

1. Higiénico-dietético.
2. Atención psiquiátrica y psicológica, por la intensa depresión que padece.
3. Uso de enemas evacuantes varias veces al día, cada seis horas inicialmente.
4. Uso de laxantes.

Con el régimen anteriormente expuesto, la paciente inicia su hábito intestinal, y aproximadamente al mes de tratamiento logra una defecación útil una vez por día, ayudada por un enema evacuante diario, sin retención de heces fecales. A los dos y medio meses de evolución la enferma logra defecar diariamente, sin apoyo terapéutico alguno.

Comentario:

El megacolon adquirido es una entidad que se observa como consecuencia de múltiples enfermedades que provocan la distensión y elongación del colon. El origen psicógeno del mismo es la causa más frecuente; y en el adulto, la neurosis y la depresión tienen importante papel en su aparición.

Debe destacarse que el tratamiento de ésta es esencialmente médico y no quirúrgico.

Su presentación después de un psicotrauma severo puede observarse, como sucedió a esta paciente.

Referencias bibliográficas

1. Crawford JM. Aparato gastrointestinal. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins patología estructural y funcional. 6^a ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2000. p. 839-40.
2. Leech JH, Peterson C. Infections caused by protozoa. En: Stein JH. Internal medicine. 4^a ed. St Louis: Mosby Years Book; 1994. p. 490-6.
3. Moreno Rangel C, Taja JC, Martín M, Elonza OE. Megacolon y feocromocitoma. Una asociación excepcional. Rev Clin Esp 2003; 202:674-5.
4. Schwartz SI. Colon, recto y ano. En: Principios de cirugía. 5^a ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2001. p. 1362-69.