

## **PERFORACION INTESTINAL POR COLITIS ULCEROSA.**

AGUILERA TAPIA B.<sup>1</sup>, E DORADO FERNÁNDEZ E.<sup>2</sup>

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria del intestino grueso, de etiología no bien aclarada (infecciosa, genética, alérgica, inmunológica). Presenta dos picos de mayor incidencia, entre los 20-40 años y entre los 60-80. Aunque afecta con mayor frecuencia a la zona rectosigmoidea, puede evolucionar a una pancolitis.

Es una patología excepcional entre las causas de estudio médico judicial, ya que generalmente es de curso crónico, siendo diagnosticada y tratada incluso en sus formas agudas.

No obstante, entre las posibles complicaciones graves destaca el megacolon tóxico, con dilatación aguda de todo el colon o de una porción del mismo. Este se produce por la exposición de la muscular propia y el plexo mientérico a las heces con pérdida de la función neuromuscular. Sobre este cuadro, cabe la posibilidad de perforación de la pared, con peritonitis fecaloidea y muy elevada tasa de mortalidad llegado este extremo o de gangrena.

Por tanto, sólo una complicación de estas características, sin asistencia médica o con un diagnóstico inadecuado, con resultado de muerte, sería el supuesto que previsiblemente podría abocar en la intervención judicial. El caso que presentamos reúne estas circunstancias.

Se trata de un varón de 49 años, con antecedentes de colitis ulcerosa diagnosticada veinte días antes del fallecimiento a través de la clínica (diarrea y rectorragia de días de evolución), videocolonoscopia (colitis ulcerosa) y anatomía patológica biopsia (colitis ulcerosa activa en muestras de biopsia).

El día del fallecimiento comenzó con sensación de plenitud gástrica y malestar que fueron progresivamente en aumento. A las 6 horas de su inicio, tras consulta médica telefónica, toma un analgésico y 2 horas más tarde un espasmolítico. Transcurridas aproximadamente 11 horas desde el inicio del cuadro pierde la conciencia súbitamente. Cuando acuden los servicios médicos de urgencias sólo pueden certificar la muerte.

En el estudio autópsico destaca una marcada distensión abdominal (Fig. 1), comprobándose el neumoperitoneo correspondiente al iniciar la apertura. El material fecaloideo inunda la cavidad peritoneal -peritonitis fecaloidea- (Fig. 2), con exudado blanquecino sobre la serosa de asas intestinales, adherencias incipientes y un foco de salida a nivel del colon transversal (Fig. 3). Tras la apertura del colon transversal se evidencian dos zonas perforadas, amplia dilatación del ciego y del colon en su porción esplénica, e imagen características de pseudopólipos producida por la coexistencia de zonas preservadas de mucosa eritematosa

1 Anatomopatóloga. INTCF.

2 Médico forense. UAH.

y regenerativa con otras denudadas por la ulceración (Fig. 4).

En el análisis histopatológico se comprueban perforaciones en ciego y colon transverso, así como presencia de exudado blanquecino (malla de fibrina con PMN) sobre la serosa de ambos intestinos grueso y delgado. Se visualizan abscesos en las criptas que rompen la submucosa y comprometen la capa muscular. Llegando al diagnóstico de forma fulminante de colitis ulcerosa con megacolon y perforaciones.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. H Oliva, L Moreno, E Alonso: Intestino. En: H Oliva. Anatomía patológica especial. 1 ed. Edit Ergon, Madrid, 2004. pp 287-290.
2. J Panés: Enfermedad inflamatoria del intestino. En: Farrera P, Rozman C. Medicina Interna. 14 ed. Edit Elsevier, Madrid, 2000. pp 211-222.

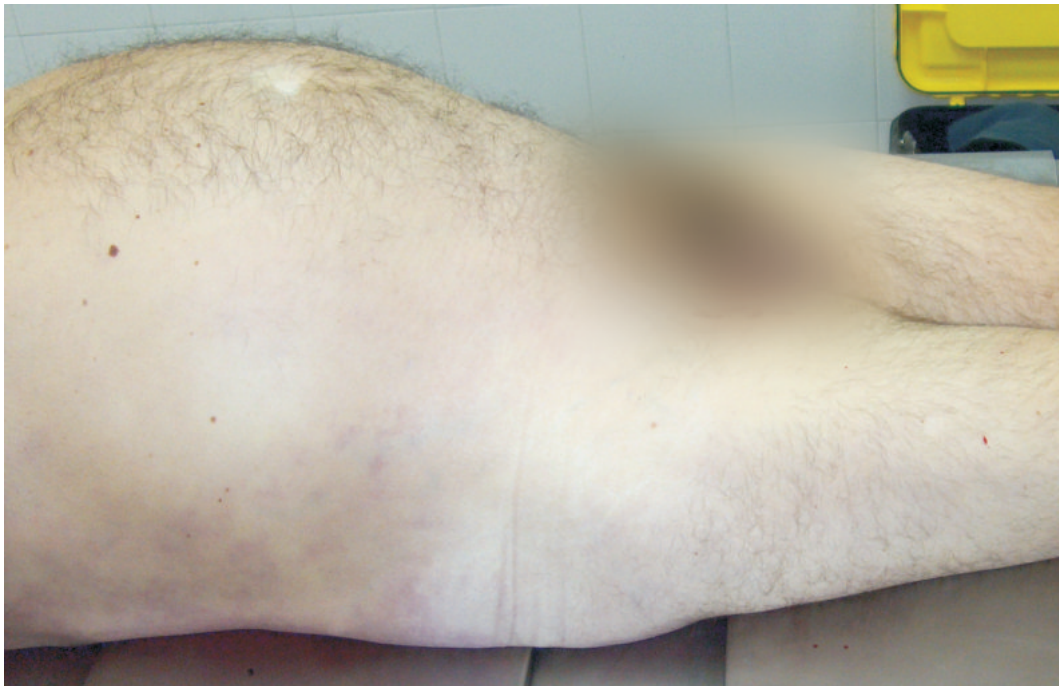


Fig. 1. Distensión abdominal

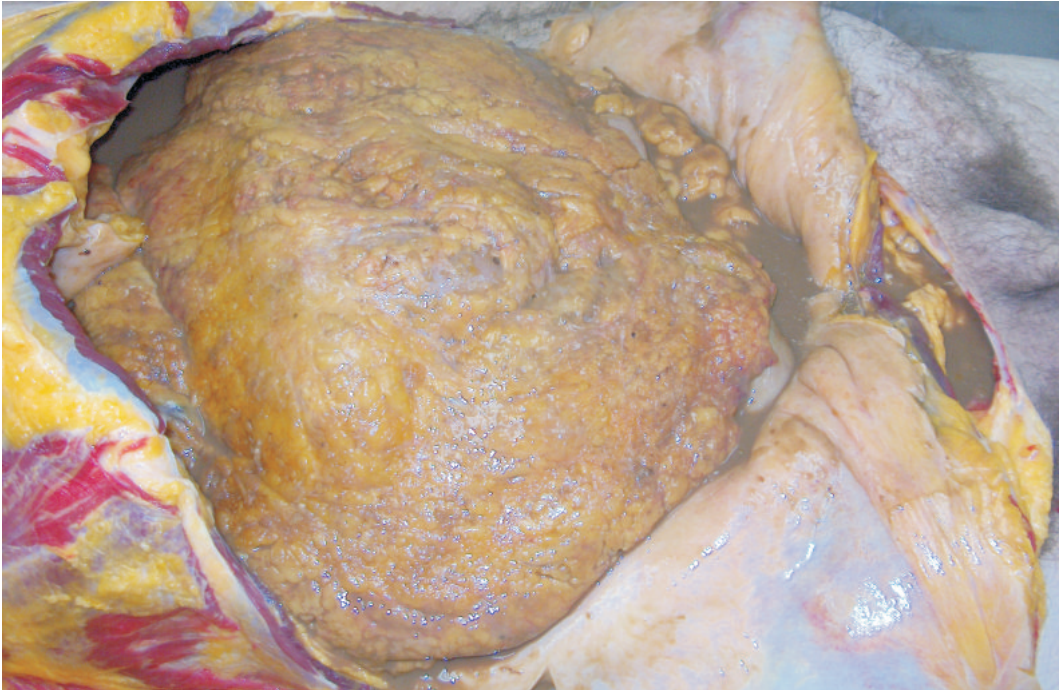


Fig. 2 Material fecaloideo intraperitoneal.

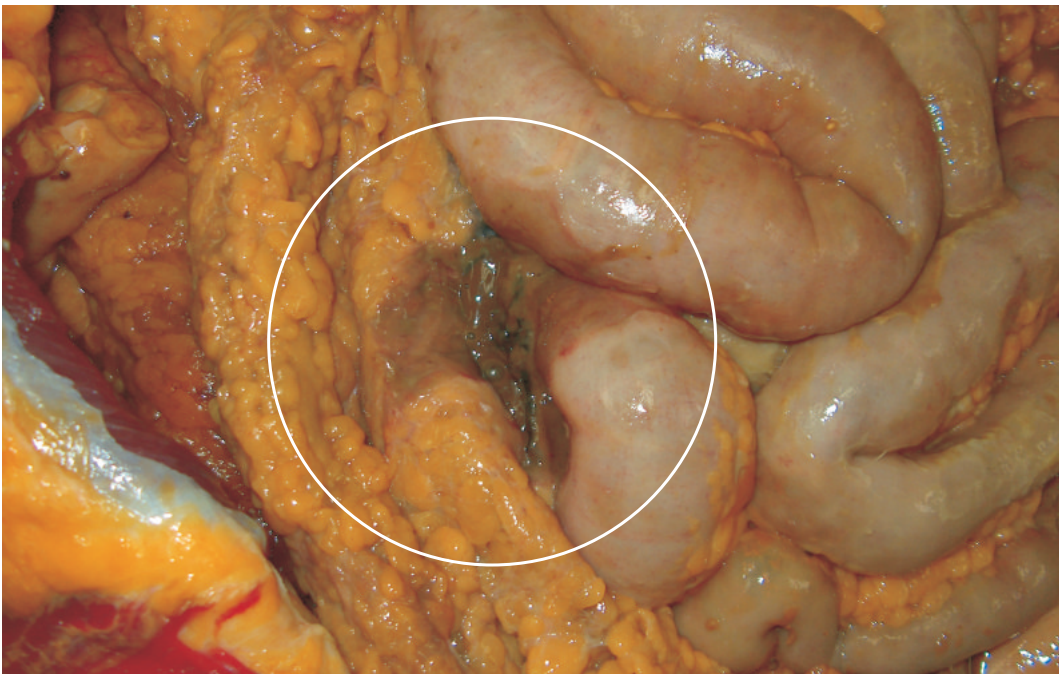


Fig. 3 Rotura en colon transverso Fibrina sobre asas intestinales.

Perforación intestinal por colitis ulcerosa.  
AGUILERA TAPIA B., DORADO FERNÁNDEZ E.



Fig. 4. Mucosa con lesiones características de colitis ulcerosa