

MEGACOLON ADQUIRIDO POR AGANGLIONOSIS IDIOPÁTICA

**González Sáez, Luis A.; Mella García, Inés; Bahamonde Calvelo, Francisco; Arnal Monrreal, Francisco
Hospital Juan Canalejo. La Coruña**

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

El megacolon adquirido por alteraciones degenerativas en los plexos neuronales del colon y recto, con aganglionosis e hipoganglionosis, es una entidad de presentación excepcional en nuestro medio y mas aún, cuando se descartan causas neurológicas, endocrinometabólicas y enfermedades que afectan a la musculatura de la pared intestinal, es decir cuando su etiología la tenemos que calificar de idiopática.

MATERIAL Y METODOS

Presentamos el caso clínico de una paciente de 61 años, que ingresa de urgencia con cuadro clínico de dolor y distensión abdominal, nauseas y vómitos, ausencia de deposiciones desde hace más de dos semanas y pérdida de peso. Entre sus antecedentes personales destacamos dos laparotomías de urgencia por abdomen agudo. La primera hace 4 años por microperforación yeyunal y la segunda hace 2 años por salpingitis purulenta. Desde hace 4 años estreñimiento pertinaz y varias crisis suboclusivas que motivaron su ingreso hospitalario en cinco ocasiones. La exploración clínica es la de una paciente con signos de desnutrición y un abdomen muy distendido y timpanizado visualizándose los movimientos peristálticos a través de la pared intestinal. La radiografía simple de abdomen muestra dilatación de asas de intestino delgado y sobre todo colon hasta el sigmoides. Se practica cirugía de urgencia y se halla un gran dolicomegacolon con áreas deserosadas por la gran dilatación, que alcanza los 16 cm. de diámetro y a pesar de que no encontramos obstrucción orgánica, practicamos colectomía subtotal y anastomosis ileosigmoidea laterolateral, dado el estado de la pared del colon y el antecedente de estreñimiento severo. El estudio anatomopatológico muestra una pieza de 150 cm. de longitud con marcada dilatación de la luz y adelgazamiento de la pared intestinal. La paciente evoluciona favorablemente y reingresa al mes con cuadro clínico de suboclusión intestinal. Se instaura tratamiento conservador y se da de alta con medicación procinética. A las pocas semanas reingresa con clínica similar, estreñimiento y desnutrición severa. Se realizan estudios radiográficos de todo el tubo digestivo, endoscopia digestiva alta y colonoscopia, no objetivándose lesión estenosante. Sospechando entonces una enfermedad como el Hirschsprung, pero en el adulto, le decimos al patólogo que revise la pieza y nos informa que tras la coloración con hematoxilina-eosina hay una ausencia de células ganglionares en uno de los extremos intestinales; dicho hallazgo se corrobora con técnicas de inmunohistoquímica utilizando enolasa. Solicitamos una manometría anorrectal que pone de manifiesto una ausencia del reflejo rectoanal inhibitorio. Decidimos relaparatomizar a la paciente y reseca la anastomosis ileosigmoidea, dejando una ileostomía terminal y un grapado del muñón colónico distal, completando la intervención con una biopsia de pared rectal de espesor total. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico de la pared rectal mostró una severa hipoganglionosis oligoneuronal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La paciente evolucionó satisfactoriamente. Los estudios analíticos y neurológicos no hallaron ninguna causa que justifique este proceso, por lo que hoy en día tenemos que considerarlo idiopático.