

## Cartas al Director

### Isquemia colónica secundaria a obstrucción intestinal por bariolito

*Palabras clave:* Ischemic colitis. Bowel obstruction. Bariolites.

*Key words:* Colitis isquémica. Obstrucción intestinal. Bariolitos.

*Sr. Director:*

El estudio radiológico con contraste baritado es una práctica rutinaria para el examen del tracto gastrointestinal. Las complicaciones obstructivas derivadas de su uso, aunque infrecuentes, ya eran conocidas durante la primera mitad del siglo XX (1). Con la aparición de una nueva generación de productos baritados a principios de los años 80, el problema se creía resuelto (2). Sin embargo, el caso que presentamos a continuación debe llamar nuestra atención sobre la posibilidad de aparición de un cuadro de obstrucción intestinal, que aun de manera excepcional, puede precisar tratamiento quirúrgico.

Se trataba de una mujer de 77 años que consultó en el servicio de urgencias por dolor abdominal acompañado de vómitos, ausencia de deposición y de tránsito para gases en los días previos. Se mantuvo afebril y negaba síndrome constitucional. Entre sus antecedentes destacaba la presencia de una fibrilación auricular, de hipotiroidismo y un síndrome depresivo, todos ellos en tratamiento. En la exploración, llamaba la atención un abdomen distendido, timpanizado, doloroso de manera difusa, y con defensa a la palpación a nivel de fosa iliaca derecha. En la analítica presentaba una discreta leucocitosis con neutrofilia y un leve aumento de creatinina en plasma. La radiografía simple de abdomen mostraba en ángulo esplénico una imagen radiopaca a partir de la cual, de manera retrógrada, producía una dilatación importante del marco cólico hasta la válvula ileocecal, con un diámetro máximo a nivel de ciego de 13 cm. Interrogada de manera dirigida refería la realización de un tránsito gastrointestinal ocho semanas antes dentro del estudio por un cuadro inespecífico de

dolor abdominal. Se pidió un enema opaco (Fig. 1) que no reveló ningún defecto de repleción hasta la lesión radiopaca descrita previamente, que impedía el paso de contraste más allá de la misma. Con el diagnóstico de obstrucción intestinal se intervino quirúrgicamente a la paciente con carácter de urgencia. Durante la cirugía se objetivó que el proceso obstructivo colónico estaba causado por la impactación de una concreción baritada a nivel del ángulo esplénico y que producía retrógradamente una importante dilatación del colon con sufrimiento tipo isquémico del mismo. Se practicó una colecto-

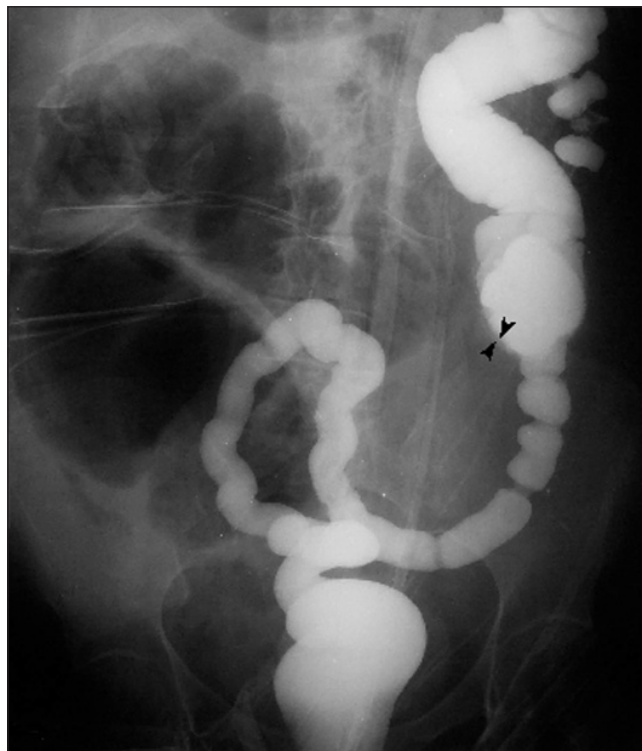


Fig. 1.

mía subtotal y anastomosis íleo-rectal. El postoperatorio evolucionó sin complicaciones.

A dicha concreción intraluminal, formada por sulfato bariado y heces tras el estudio radiológico realizado con productos baritados, se la conoce con el término de "bariolito". Dicho término fue acuñado por Valladares en 1950 (3), tras publicar diez cuadros intestinales obstructivos ocasionados por este motivo, de los cuales, en tan sólo dos existía una causa orgánica obstructiva previa. Se estima que en más de la mitad de los pacientes, el bario se ha eliminado por completo del colon a la semana de la realización del estudio radiológico, y en el resto de los pacientes antes de cuatro semanas (4). Hoy en día, las complicaciones derivadas del uso de contrastes baritados para los exámenes radiológicos son excepcionales, aunque se han comunicado cuadros de apendicitis (5), intususcepción, volvulación (6), ulceración, isquemia (7) y perforación de colon (8) tras su uso. Como factores predisponentes se han enumerado alguna de las siguientes causas: enfermedad obstructiva subyacente (9), pacientes con pobre estado general, ancianos con ingesta hídrica limitada (10), pacientes con toma de medicamentos que provocan disminución de la motilidad intestinal, enfermedades sistémicas con enlentecimiento del tránsito intestinal (mixedema, fibrosis quística, escleroderma) o alteración de la anatomía intestinal tras cirugía (11). La mayoría de los cuadros obstructivos con bariolitos se resuelven con éxito con medidas médicas conservadoras, tales como la administración de laxantes y enemas, o mediante descompresión y desfragmentación mediante colonoscopia. En el caso que comunicamos, la edad avanzada de la paciente, su enfermedad endocrina, su escasa movilidad, la pobre ingesta hídrica y la toma de medicamentos con efectos anticolinérgicos, fueron, sin duda, los factores que contribuyeron a un tránsito intestinal lento y a la formación subsecuente del bariolito. El presente caso debe recordarnos que existe una población con mayor riesgo de desarrollar esta complicación, potencialmente grave, y en los que las medidas profilácticas, entre las que se citan la administración de una dieta pobre en residuos los días previos al estudio, la incentivación de la in-

gesta de líquidos, así como el uso de laxantes tipo lactulosa, deben observarse más estrechamente.

R. Marcos Hernández, D. Sánchez López, F. Aguilera<sup>1</sup>,  
J. Martín Fernández, M. M. Díez Alonso, A. Gutiérrez Calvo y  
F. J. Granell Vicent

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. <sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid*

### Bibliografía

1. Golob M. The advisability of immediate colonic irrigation following barium enema. *Radiology* 1934; 22: 486-9.
2. Ott DJ, Gelfand DW. Gastrointestinal contrast agents. *JAMA* 1983; 249: 2380-4.
3. Valladares CDP. Bariolitos. *Rev Brasil Gastroenterol* 1950; 2: 595-608.
4. Borden AGB, Herwel MB. Barium fecoliths following gastrointestinal radiography. *Am J Gastroenterol* 1959; 32: 573-6.
5. Gubler JA, Kukral AJ. Barium appendicitis. *J Int Coll Surgeons* 1954; 21: 379-84.
6. Blackeborough A, Sheridan M, Chapman AH. Complications of barium enema examination: a survey of UK consultant radiologists 1992 to 1994. *Clin Radiol* 1997; 52: 142-8.
7. Chapman AH, El-Hasani S. Colon ischaemia secondary to barolith obstruction. *Brit J Radiol* 1998; 71: 983-4.
8. Violon D, Steppe R, Potvliege R. Barium impaction and colonic perforation after barium meal. *Belgisch Tijdschr Radiol* 1980; 63: 607-10.
9. Killingback M. Acute large bowel obstruction precipitated by barium X-Ray examination. *Med J Aust* 1964; 2: 503-6.
10. Prout BJ, Datta SB, Wilson TS. Colonic retention of barium in the elderly after barium meal examination and its treatment with lactulosa. *Br Med J* 1972; 4: 530-3.
11. Saunders MP. Large bowel obstruction due to an impacted barolith- a delayed complication of a barium study. *Postgrad Med J* 1990; 66: 684-5.