



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-426 - PERFORACIÓN POSCOLONOSCOPIA EN COLON EXCLUIDO

González Alcolea, Natalia; Alonso Sebastián, Isabel; Jiménez Cubedo, Elena; Serrano González, Javier; Calvo Espino, Pablo; Muñoz Rodríguez, Joaquín Manuel; Bennazar Nin, Rosaura; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de mortalidad en paciente con perforación poscolonoscopia de colon excluido que se manifiesta al restablecer el tránsito.

Caso clínico: Varón de 55 años con antecedente de polio y episodio previo de diverticulitis, sin colonoscopias previas, que es intervenido de urgencia por cuadro de obstrucción intestinal. En la cirugía se objetiva la presencia de una tumoración en ángulo hepático del colon y diverticulitis perforada a nivel del sigma. Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa, sigmoidectomía con anastomosis colorrectal e ileostomía lateral de protección. La anatomía patológica refleja un tumor pT4a pN1a M0, desestimándose adyuvancia por el riesgo de neurotoxicidad en paciente con secuelas de polio. El TC de control a los tres meses de la intervención no muestra datos de diseminación a distancia ni complicaciones intraabdominales por lo que ingresa para completar estudio con colonoscopia e intervención quirúrgica de cierre de ileostomía. Se realiza colonoscopia, dificultosa, que muestra las dos anastomosis previas con buen paso, sin otros hallazgos. Se realiza cierre de la ileostomía lateral de protección 48 horas tras la colonoscopia. El paciente evoluciona de forma tórpida desde el primer día postoperatorio, refiriendo dolor abdominal persistente, sin fiebre, con tránsito y sin alteraciones analíticas hasta el cuarto día postoperatorio, en el que se objetiva leucopenia. Se inicia antibioterapia intravenosa empírica con piperacilina-tazobactam y se solicita TC de abdomen urgente, en el que se aprecia colección intraabdominal sin líquido libre. Se decide cirugía urgente, comprobando la ausencia de dehiscencia de la anastomosis íleo-ileal, anastomosis previas con buen aspecto y, en colon transverso, zona de perforación en cara antimesentérica con reacción inflamatoria afectando a asas de yeyuno. Se realiza cierre primario del defecto e ileostomía lateral proximal a la anastomosis íleo-ileal. Mala evolución posterior, con shock séptico refractario, falleciendo al cuarto día de la reintervención.

Discusión: La perforación poscolonoscopia es una entidad bien conocida y en general, bien tolerada por el paciente, pudiendo realizarse en la mayoría de las ocasiones tratamiento conservador, ya que se trata de una perforación que suele ser de pequeño tamaño, en un colon preparado previamente. Menos descrito en la literatura es el comportamiento de las perforaciones que tienen lugar en un colon excluido, probablemente por la escasa repercusión que tienen al estar excluido el tránsito. En nuestro caso el paciente se mantuvo asintomático tras la colonoscopia, con la perforación en el colon excluido, a pesar de ser un colon no preparado; manifestándose únicamente una vez cerrada la ileostomía lateral de protección, es decir, una vez restablecido el tránsito a través de la zona de la

perforación. Así, no sería conveniente realizar la colonoscopia para valoración de un colon no estudiado previamente, cercana a la cirugía. De esta forma, en caso de complicación durante el procedimiento, ésta pueda resolverse en la mayoría de los casos de forma conservadora antes de restablecer el tránsito.