



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-758 - PERFORACIÓN COLÓNICA IATROGÉNICA: ¿ES SEGURO EL MANEJO CONSERVADOR?

Blanco Elena, Juan Antonio; Robles Quesada, Teresa; Plata Rosales, José; Fuentes Molina, Sofía; Granados García, José; Ruiz Navarro, Pedro; del Rosal Palomeque, Rafael; León Salinas, Carlos

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: La perforación de la pared colónica en el transcurso de una colonoscopia es una complicación poco frecuente pero de consecuencias potencialmente deletéreas e incluso letales. Su incidencia oscila entre el 0,016 y el 0,19%. No se han descrito diferencias significativas en relación a su incidencia en función de la finalidad diagnóstica o terapéutica de la exploración. El diagnóstico se suele realizar de forma precoz a raíz de un cuadro dominado por dolor abdominal y distensión con timpanismo marcado, siendo infrecuente las complicaciones sépticas como debut de la clínica. El manejo de esta patología resulta controvertido. A continuación describimos, mediante la recopilación de tres casos recientes y casi coincidentes en el tiempo, la experiencia en nuestro centro en referencia al manejo conservador de la perforación iatrogénica de colon.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer de 76 años, alérgica a betalactámicos, con antecedente de DM, HTA, EPOC severo y cardiopatía isquémica, con pólipo sesil extenso en fondo de saco cecal que precisó resección submucosa amplia. La paciente comienza con dolor brusco a las 12 horas de la exploración. Tras 10 días de antibioterapia y reposo intestinal se reintroduce dieta oral, sin incidencias. Caso 2. Mujer de 49 años, sin antecedentes de interés, sometida a polipectomía endoscópica por múltiples lesiones pediculadas infracentimétricas. Comienza con dolor abdominal y distermia a las 36 horas de la exploración, evidenciándose en TC de urgencias importante retroneumoperitoneo que diseca ambas celdas renales. Tras 7 días de antibioterapia intravenosa se reinicia dieta progresiva con buena evolución. Caso 3. Mujer de 59 años, con antecedente de diverticulitis aguda complicada con plastrón sigmoideo y fístula enterocutánea. Presenta a las 20 horas de la exploración endoscópica diagnóstica importante distensión abdominal con disnea secundaria por hipomotilidad diafragmática que requiere evacuación del neumoperitoneo mediante punción. Tras completar antibioterapia es dada de alta pendiente de intervención programada por fístula enterocutánea.

Discusión: Aunque las perforaciones por colonoscopia son infrecuentes, la morbilidad y mortalidad postoperatorias pueden ser significativas. No existe consenso unánime en la literatura sobre cuál debe ser el manejo óptimo de estos pacientes, ya que mientras algunas series reseñan una tasa de curación del 100% de los enfermos con medidas conservadoras o mínimamente invasivas, existen series recientes que documentan un fracaso de dicha estrategia entre el 33 y el 100% de los enfermos, que precisarían una laparotomía urgente tras el diagnóstico. En nuestra experiencia, en

pacientes estables, sin datos de sepsis y con cuadros no evolucionados es factible un tratamiento conservador. El tratamiento conservador es una herramienta valiosa para el abordaje de esta complicación.