



## 160/1289 - Importancia del seguimiento en atención primaria tras un screEning poblacional positivo

S. Pardo del Olmo Saiz<sup>a</sup>, M.S. Piris Santamaría<sup>b</sup>, A. Santos Urrutia<sup>c</sup>, M.Á. Ruíz Guerra<sup>c</sup>, R. Grande Grande<sup>d</sup>, F.B. del Rivero Sierra<sup>e</sup>, F. Gómez Molleda<sup>e</sup>, V. Santos Urrutia<sup>d</sup> y S. Pellejero Pacheco<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Castro Interior. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Campoo. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arrayanes. Linares. Jaén. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ramales. Cantabria. <sup>f</sup>Enfermera. Centro de Salud Montaña. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 67 años con antecedentes de hiperuricemia, asintomático que tras screening poblacional positivo se realiza colonoscopia con resección de cinco pólipos hiperplásicos y biopsia de pólipo rectal voluminoso no resecable endoscópicamente con diagnóstico de displasia ligera. Se realiza polipectomía transanal. A los tres días del alta el paciente acude a la consulta por febrícula y dolor abdominal. Derivó a urgencias del hospital donde se realiza un TAC abdominal con signos de perforación a nivel del recto y retroneumoperitoneo. Se le pauta siete días tratamiento antibiótico endovenoso y se le traslada a su domicilio. A la semana vuelve a acudir a la consulta por persistencia de la fiebre y dolor en FID. Vuelvo a remitir al hospital con diagnóstico de absceso pararectal bajo y nuevo ingreso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Endoscopia: resección de pólipos milimétricos en colon ascendente con biopsia de pólipos adenomatosos con displasia ligera, en margen anal pólipo voluminoso de 5 cm con biopsia de adenoma tabuloveloso con displasia ligera. TAC abdominal: retroneumoperitoneo que se extiende hasta fosa renal. Signos de dehiscencia/perforación a nivel del recto. TAC abdominal a la semana: colección pararectal baja adyacente a la zona de perforación previa compatible con absceso.

**Juicio clínico:** Perforación rectal. Retroneumoperitoneo. Absceso pararectal.

**Diagnóstico diferencial:** Diverticulitis. Gastroenteritis. Peritonitis. Apendicitis.

**Comentario final:** Es muy importante la evolución y control en atención primaria de una colonoscopia por posibles complicaciones. El seguimiento del paciente con vigilancia de la fiebre, dolor y distensión abdominal. Realizar una prueba de imagen, Rx donde se va a ver gas extraluminal en el 100% de los casos. Importante el seguimiento del tratamiento conservador con el antibiótico para prevenir ingresos y complicaciones importantes con retraso en el diagnóstico.

### BIBLIOGRAFÍA

1. García Martínez MT, Ruano Poblador A, Galán Raposo L, Gay Fernández AM, Casal Núñez JR. Perforación tras colonoscopia: experiencia en 16 años. Rev Enferm Dig. 2007;99.