

Colección abscesificada en pared abdominal secundaria a polipectomía colonoscópica. Manejo radiológico



Abdominal wall abscess secondary to colonoscopic polypectomy. Radiological management

La colonoscopia terapéutica es un procedimiento invasivo no exento de complicaciones. Presentamos el caso de un varón que presentó una colección abscesificada en pared abdominal tras polipectomía endoscópica. Pone de relieve una de las raras formas de presentación de las perforaciones colonoscópicas, y ofrece el manejo conservador como una opción viable.

Varón de 73 años al que se realizó colonoscopia donde se extirparon, con asa diatermia, 2 pólipos en colon ascendente de 5 y 6 mm, uno en colon transverso de 5 mm, y otros 2 a 40 cm y 30 cm de margen anal, de 12 mm y 9 mm, respectivamente (todos «Is» según la clasificación de Paris). Todos ellos fueron esclerosados con adrenalina (diluida al 1:10.000 en suero fisiológico), y se aplicaron *clips* en las escaras de los pólipos de mayor tamaño (12 y 9 mm), quedando

las heridas visualmente bien selladas. Dos semanas más tarde, el paciente consultó en urgencias por dolor en flanco izquierdo y fiebre. A la exploración se apreció tumoración de la pared abdominal a ese nivel, con celulitis y fluctuación asociada, con el resto de la exploración abdominal anodina. Una ecografía objetivó una colección de hematoma de $4,2 \times 9,1 \times 10,3$ cm en el espesor del músculo transverso abdominal (fig. 1A). Se solicitó TC abdominal con contraste intravenoso y rectal (figs. 1B y c), que mostró una colección hipodensa con realce periférico situada en la pared abdominal lateral izquierda, que rechazaba medialmente al peritoneo parietal. Contactaba íntimamente con el colon descendente proximal al que desplazaba, sin identificar una comunicación con el mismo o fuga de contraste desde el colon a la colección. Se drenó la colección con catéter radiológico guiado por TC, donde se obtuvo material achocolatado purulento maloliente cuyo cultivo aisló *Escherichia coli*, *Klebsiella oxytoca* y *Proteus mirabilis*. El paciente ingresó en planta de cirugía con piperacilina-tazobactam como antibiótico intravenoso empírico. La evolución fue favorable, desapareciendo la fiebre y los signos externos de infección. En todo momento fueron correctos el tránsito digestivo y la tolerancia oral. Se retiró el drenaje por escaso débito previo control radiológico (fig. 1D) y fue dado de alta al 6.º día.

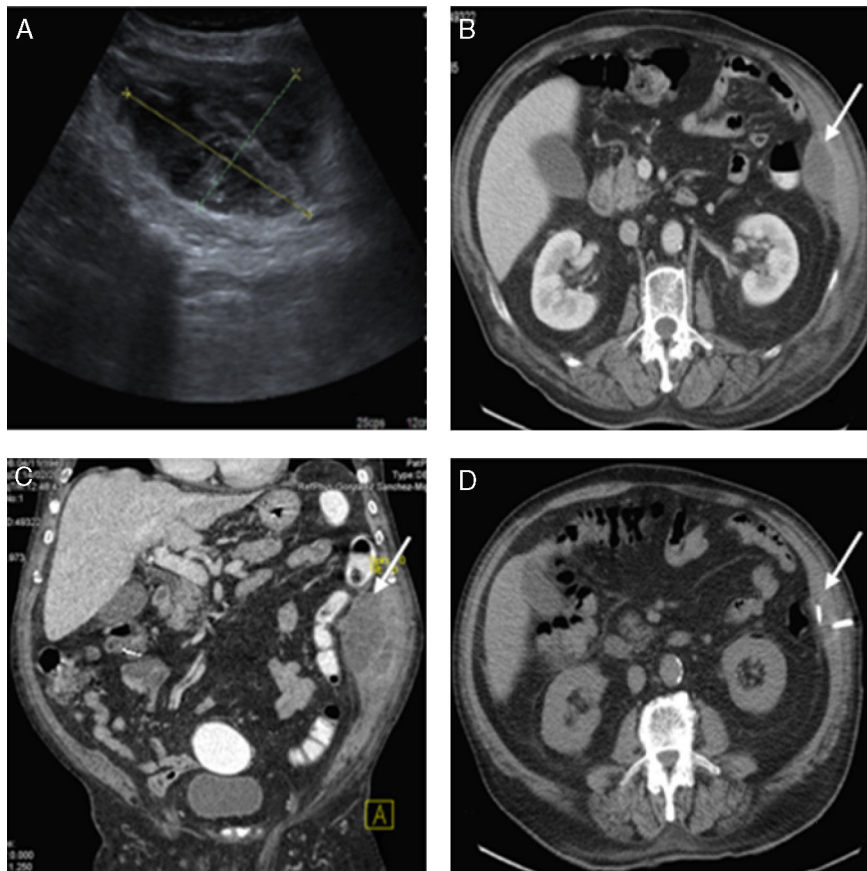


Figura 1 A) Ecografía abdominal: colección $4,2 \times 9,1 \times 10,3$ cm. B) TC abdominal con contraste iv y rectal (corte axial), colección hipodensa con realce periférico situada en la pared abdominal lateral (flecha blanca). C) TC abdominal con contraste iv y rectal (corte sagital), la colección descrita en B (flecha blanca), sin fuga de contraste rectal. D) Drenaje radiológico guiado por TC en el espesor de la colección.

Las complicaciones de la polipectomía incluyen, además de las complicaciones de la colonoscopia diagnóstica, otros eventos adversos directamente relacionados con la polipectomía como son: hemorragia aguda o tardía (0,65%), perforación en el sitio de la polipectomía (0,06%) y el denominado síndrome postpolipectomía o de quemadura transmural del colon. La tasa de complicaciones serias supera el 2,3%¹. Aunque hay algún caso aislado comunicado de absceso retroperitoneal²⁻⁴, de acuerdo con una revisión exhaustiva de la literatura (las bases de datos Medline y Embase), creemos que es el primer caso descrito en España de absceso parietal abdominal, que además se ha podido resolver de manera conservadora, evitando una cirugía, con buena evolución clínica.

En esta ocasión, el diagnóstico de absceso de pared abdominal fue basado en las evaluaciones clínicas y radiológicas. Parece razonable relacionar este absceso con una perforación de colon por la presencia de enterobacterias, lo que apunta a su origen intestinal. Además, no existían otras causas coincidentes de absceso retroperitoneal o parietal como pueden ser la manipulación ureteral diagnóstica o terapéutica o un traumatismo. Lo más probable es que tras la polipectomía, se produjera una microperforación hacia retroperitoneo lateral que ocasionó el absceso de pared abdominal, sin tener lugar una perforación libre. Así lo hace pensar la cronología de los acontecimientos clínicos.

En la literatura, con más fuerza cada día, se encuentra que la exéresis de pólipos de más de 2 cm es uno de los factores principales de riesgo de perforación⁵⁻⁷. También lo son la existencia de un pedículo corto y la transmisión excesiva de calor o necrosis más allá de la base del pólipo cuando se realizan técnicas de electrocoagulación. Aunque el riesgo es mayor en el colon derecho debido al menor grosor de la pared a ese nivel, el sitio más común de perforación endoscópica es el sigma^{6,8}. La mayor parte de las perforaciones son intraperitoneales, con un cuadro clínico manifiesto y la existencia de neumoperitoneo. Suelen ocurrir y descubrirse durante la colonoscopia o dentro de las primeras 24 h después del procedimiento. Por el contrario, las perforaciones extraperitoneales son menos frecuentes y, al igual que en nuestro paciente, los síntomas clínicos son generalmente leves o ausentes. También existen perforaciones tardías, que resultan del daño térmico de la submucosa, y pueden progresar a lesiones transmural con el paso del tiempo, debido a que el tejido adiposo del mesenterio o del epiplón cubre parcialmente el defecto. Estas lesiones tardías son más pequeñas y tienen menos repercusión clínica.

En cuanto al manejo de las lesiones de colon tras colonoscopia es aun controvertido. Si durante el procedimiento la lesión es identificada, el tamaño no es demasiado grande y las condiciones del paciente lo permiten, puede intentarse su sellado mediante la colocación de *clips*. En el caso de que el sellado no fuera el adecuado por *clips*, o la escara fuera de un tamaño importante, se podría utilizar el sistema OVESCO, que consigue un cierre más eficaz al capturar 2 o 3 de las capas de la pared (frente a los *clips* que solo consiguen la aposición de la mucosa con

mucosa), permitiendo un sellado más preciso⁹. En circunstancias contrarias deberá remitirse al paciente a cirugía para tratamiento quirúrgico urgente. En cuanto al caso que presentamos, por ser una complicación inusual, no encontramos referencias en cuanto a su manejo. Una alta sospecha clínica, la realización de las pruebas diagnósticas precisas y el manejo radiológico intervencionista son los 3 pilares fundamentales para la resolución satisfactoria de este evento adverso.

Bibliografía

1. Rutter MD, Nickerson C, Rees CJ, Patnick J, Blanks RG. Risk factors for adverse events related to polypectomy in the English Bowel Cancer Screening Programme. *Endoscopy*. 2014;46:90-7.
2. Ostyn B, Bercoff E, Manchon ND, Louvel JP, Janvresse A, Michot F, et al. Retroperitoneal abscess complicating colonoscopy polypectomy. *Dis Colon Rectum*. 1987;30:201-3.
3. Lee SH, Kim KJ, Yang DH, Jeong KW, Ye BD, Byeon JS, et al. Post-polypectomy fever, a rare adverse event of polypectomy: Nested case-control study. *Clin Endosc*. 2014;47:236-41.
4. Ramsingh J, Ali A, Al-Ani A, Denys G. Surgical emphysema following therapeutic colonoscopy. *J Surg Case Rep*. 2013. 16; 2013(12).
5. Moon HS, Park SW, Kim DH, Kang SH, Sung JK, Jeong HY. Only the size of resected polyps is an independent risk factor for delayed postpolypectomy hemorrhage: A 10-year single-center case-control study. *Ann Coloproctol*. 2014;30:182-5.
6. Anderloni A, Jovani M, Hassan C, Repici A. Advances, problems, and complications of polypectomy. *Clin Exp Gastroenterol*. 2014;30:285-96.
7. Pérez Roldán F, González Carro P, Legaz Huidobro ML, Villafañez García MC, Soto Fernández S, de Pedro Esteban A, et al. Endoscopic resection of large colorectal polyps. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:36-47.
8. Wada Y, Kudo SE, Tanaka S, Saito Y, Iishii H, Ikematsu H, et al. Predictive factors for complications in endoscopic resection of large colorectal lesions: A multicenter prospective study. *Surg Endosc*. 2015;29:1216-22.
9. Junquera F, Martínez-Bauer E, Miquel M, Fort M, Gallach M, Brullet E, et al. OVESCO: A promising system for endoscopic closure of gastrointestinal tract perforations. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:568-72.

María Luisa García-García^{a,b},
Miguel Ángel Jiménez-Ballester^{a,b,*},
Enrique Girela-Baena^{a,b} y José Luis Aguayo-Albasini^{a,b}

^a Servicio de Cirugía General y Radiología, Hospital Universitario Morales-Meseguer, Instituto de Investigación IMIB-Arrixaca, Universidad de Murcia, Murcia, España
^b Mare Nostrum International Excellence Campus, Murcia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: majb8a@gmail.com
(M.Á. Jiménez-Ballester).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.06.002>
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.