

SUMARIO

TRABAJOS DE INVESTIGACION

1. PERFORACION DE SIGMA POR SONDAJE RECTAL.

Fernández López, Antonio José, González Valverde Francisco Miguel, Pastor
Pérez Patricia, Albarracín Marín Blázquez Antonio.

Revista Española Mundo Sanitario

Revista Nacional dedicada a aspectos clínicos, experimentales y básicos de la ciencia Sanitaria.

Director

Cristina de Prados González

Comité Editorial

Manuel Moreno Alfaro (Murcia)

Antonio José Fernández López (Murcia)

Antonio Boluda Aparicio (Islas Canarias)

Esther Medina Manuel (Murcia)

Redactor jefe

Cristina de Prados González

Consejo de Redacción:

María del Mar García Giménez

Micaela López Ruiz

Editorial MAJ

Revista Española Mundo Sanitario

C/Corazón de Jesús. N°7. 1°. CP: 30832

Murcia (España)

Título: PERFORACION DE SIGMA POR SONDAJE RECTAL.

Title: SIGMOID COLON PERFORATION BY RECTAL CATHETER.

Autores:

Fernández-López, Antonio José. *

González-Valverde, Francisco Miguel.**

Pastor-Pérez, Patricia.**

Albarracín-Marín BA.**

*** Residente**

**** Especialista en Cirugía General.**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General

Universitario Reina Sofía de Murcia.

No existe conflicto de intereses ni financiación de ningún tipo

Correspondencia:

Antonio José Fernández López.

Servicio de Cirugía General. Avenida Intendente Jorge Palacios. Nº1. C.P:

30003. Murcia.

Teléfono: 639-441-240.

Fax: 968-359-655

Correo electrónico: fernandezlopezaj@gmail.com

RESUMEN

Antecedentes: las lesiones iatrogénicas por sondaje para enema de limpieza son excepcionales, a pesar de ser este un procedimiento muy habitual en la práctica clínica diaria.

Caso clínico: varón con cuadro de estreñimiento durante ingreso por infección respiratoria e infección urinaria nosocomial, que tras sondaje rectal comenzó con dolor abdominal y distensión. La tomografía computarizada evidenció signos compatibles con perforación. La cirugía urgente reveló perforación a nivel de sigma. Se realizó resección segmentaria y colostomía terminal, falleciendo el paciente tres días más tarde.

Discusión: El diagnóstico de las perforaciones por sondaje rectal es clínico, ayudado de pruebas analíticas y radiológicas, siendo la TC abdomino-pélvica la prueba más precisa. Lo más importante es no retrasar la cirugía si es que la misma está indicada. El pronóstico de las perforaciones colorrectales depende principalmente de la comorbilidad del paciente, estado hemodinámico, lesiones asociadas, tiempo de evolución e instauración de tratamiento antibiótico y tiempo hasta la cirugía.

Conclusión: para disminuir la morbimortalidad de las perforaciones tras enema de limpieza es fundamental no retrasar su diagnóstico, debiendo de individualizar el tratamiento quirúrgico en función del paciente y de las características de la lesión.

ABSTRACT

Background: Iatrogenic injury from a cleansing enema tube is exceptional despite this being a common procedure in daily clinical practice.

Case report: A male with constipation during his admission for respiratory infection and nosocomial urinary tract infection developed abdominal pain and distention after

rectal intubation. A computerized tomography scan revealed signs consistent with perforation. Urgent surgery revealed a perforation of the sigma. The patient died three days after segmental resection and terminal colostomy.

Discussion: The recognition of perforation from rectal intubation is based on clinical manifestations supported by laboratory and radiographic tests, with abdominopelvic CT being most accurate among the latter. Most importantly, surgery must not be delayed when indicated. The prognosis of colorectal perforation primarily depends on patient comorbidity, hemodynamic status, associated damage, evolution time, antibiotic therapy onset, and time to surgery.

Conclusion: In order to reduce morbidity and mortality for perforation resulting from a cleansing enema it is key that diagnosis be not delayed, and surgery should be tailored to patient and injury characteristics.

ANTECEDENTES

Los traumatismos rectales y colónicos son, en general, poco frecuentes pero potencialmente graves y asocian una mortalidad cercana al 50%¹. En España, las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico y las lesiones iatrogénicas durante el curso de colonoscopias o enemas opacos, si bien su prevalencia exacta es difícil de establecer. La etiología de los traumatismos colorrectales es muy variada pero, a grandes rasgos, se pueden dividir en accidentales e iatrogénicos. Según el tipo de lesión se clasifican en traumatismo penetrante, cerrado, iatrogénico y por cuerpo extraño. Las perforaciones rectales por cuerpos extraños suponen menos del 5%², siendo las de colon aún menos frecuentes. En concreto, las lesiones iatrogénicas por sondaje para enema de limpieza

son excepcionales, a pesar de ser este un procedimiento muy habitual en la práctica clínica diaria.

CASO CLINICO

Varón de 72 años con antecedentes de cardiopatía hipertensiva, EPOC estadio GOLD IV e insuficiencia respiratoria crónica por tromboembolismo pulmonar bilateral 8 años antes. Durante un ingreso por infección respiratoria e infección urinaria nosocomial presentó cuadro de estreñimiento, por lo que se aplicó un enema de limpieza a través de una sonda rectal flexible. Inexplicablemente, la sonda se mantuvo en recto en lugar de retirarla. A las dos horas el paciente comenzó con un cuadro de dolor epigástrico que fue en aumento al mismo tiempo que se generalizaba al resto del abdomen, acompañado de empeoramiento respiratorio y hemodinámico. A la exploración el abdomen estaba distendido y doloroso de forma difusa con discretos signos de peritonismo. En todo momento se mantuvo afebril y sin alteraciones analíticas. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal en la que se evidenció gas extramural y afectación de la grasa mesentérica pélvica debido a una perforación sigmoidea en relación con la sonda, que aún permanecía en el recto (figura 1A).

Se indicó cirugía urgente, encontrando una colección fecaloidea en relación con una perforación de unos 2-3 cm sobre la cara lateral de sigma debida al trauma directo de la punta de la sonda (figura 1B). Se realizó resección segmentaria y colostomía terminal. El paciente salió del quirófano inestable hemodinámicamente y falleció tres días más tarde por shock séptico y fallo multiorgánico.

DISCUSION

Aunque la aplicación de un enema es un procedimiento rutinario y seguro, no está exento de complicaciones, incluyendo: mareos o síncope, alteraciones electrolíticas, bacteriemia, perforación intestinal, dolor rectal o sangrado, arritmias cardíacas, compromiso hemodinámico y anafilaxia³.

El mecanismo de las perforaciones aúna el efecto mecánico-traumático de la sonda de punta rígida con una pared de colon anómala, ya sea por degeneración asociada a la edad o por una patología subyacente (enfermedad inflamatoria, colitis isquémica, neoplasias, diverticulitis, etc.).

Los síntomas de las perforaciones colorrectales son poco específicos, ya que dependen del mecanismo lesional y del estado del paciente. Toda perforación supone una salida de microorganismos a la cavidad abdominal⁴, de ahí la importancia de la sospecha diagnóstica precoz, pues un retraso empeora el pronóstico. La combinación de las heces con el líquido jabonoso de limpieza es particularmente irritante con lo que las perforaciones libres evolucionan rápidamente a un cuadro abdominal severo.

Actualmente las causas más frecuentes de perforación colónica son el cáncer de colon y la diverticulitis complicada.

El diagnóstico es clínico, ayudado de pruebas analíticas y radiológicas⁵, siendo la TC abdomino-pélvica la prueba más precisa. A pesar de todo, sólo un 5% de las perforaciones se diagnostican antes de la cirugía².

Peterson⁶ clasificó, con interés diagnóstico, pronóstico y terapéutico, las perforaciones tras enema opaco en 5 grupos: I) localizadas en el canal anal por debajo del plano de los elevadores; II) perforaciones incompletas; III) perforaciones al retroperitoneo; IV) perforaciones transmurales a una víscera adyacente; y, V) perforaciones a cavidad libre.

El tratamiento se ha de individualizar según las particularidades de cada caso. La cirugía urgente se indica, con raras excepciones en las perforaciones tipo IV y V de Peterson y suele consistir, en función de la situación del paciente, en una resección anterior del recto-sigma y una colostomía terminal tipo Hartmann o bien, en casos seleccionados, un simple lavado con drenaje y colostomía de diversión. La mayoría de los casos tipo I y II, por el contrario, se solucionan de forma exitosa con tratamiento conservador (antibioterapia de amplio espectro, medidas de soporte y reposo digestivo) y la mayor variabilidad se centra en los pacientes tipo III; solamente en los casos con gran extravasación de contenido, asociación de colecciones retroperitoneales no drenables o afectación del estado general se indica la cirugía urgente¹.

El pronóstico de las perforaciones colorrectales depende principalmente de la comorbilidad del paciente, estado hemodinámico, lesiones asociadas, tiempo de evolución e instauración de tratamiento antibiótico y tiempo hasta la cirugía.

La mortalidad global de los traumatismos colorrectales ha descendido desde un 90% a un 6%^{1,4}, si bien la morbimortalidad es todavía muy elevada. Este descenso se debe principalmente a la mejora global del manejo perioperatorio del paciente así como al de las técnicas quirúrgicas, fundamentalmente la colostomía derivativa.

CONCLUSION

Los traumatismo colorrectales son una entidad poco frecuente con alta mortalidad, sobre todo cuando se retrasa el diagnóstico o el tratamiento indicado. Lo más importante es individualizar el tratamiento quirúrgico en función del paciente y de las características de la lesión. En nuestro caso se trató de una perforación tipo V de

Peterson con extravasación de heces y gas al espacio perisigmoideo asociado a un deterioro general del paciente, estando la cirugía de urgencias indicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López-Berna F, Ramírez-Plaza CP, Flores-Cortés M, García-Cabrera AM, Prendes-Sillero EJ, Pareja-Ciuró F. Tratamiento conservador de perforación rectal transmural por enema opaco. *RAPDonline*. 2011; 34 (1):54-55.
2. Pujadas PM, Cazador CA. Traumatismos de colon, recto y ano. En: Ortiz-Hurtado H, editor. *Cirugía colorrectal. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos*. Madrid: Arán Ediciones; 2012. p. 369-376.
3. Vilke GM, DeMers G, Patel N, Castillo EM. Safety and efficacy of milk and molasses enemas in the emergency department. *J Emerg Med*. 2015; 48(6): 667-70.
4. Yamamoto T, Kita R, Masui H, Kinoshita H, Sakamoto Y, Okada K, Et al. Prediction of mortality in patients with colorectal perforation based on routinely available parameters: a retrospective study. *World J Emerg Surg*. 2015; 10 (24).
5. Codina-Cazador A, Rodríguez-Hermosa JI, Pujadas PM, Martín-Grillo A, Farrés-Coll R, Olivet-Pujol F. Estado actual de los traumatismos Colorrectoanales. *Cir Esp*. 2006; 79(3):143-148.
6. Peterson N, Rohrmann CA, Lennard Es. Diagnosis and treatment of retroperitoneal perforation complicating the double-contrast barium enema examination. *Radiology*. 1982; 144 (2): 249-252.