

ENFISEMA SUBCUTÁNEO, COMPLICACIÓN INUSUAL DE LA EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA

A. Alcalde-Vargas, C. Trigo-Salado, E. Leo-Carnerero

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

La perforación es una complicación poco frecuente tanto en la colonoscopia diagnóstica como en la terapéutica, aunque su tasa de incidencia está aumentando en relación al mayor número de exploraciones que se realizan hoy día. La perforación puede ser intraperitoneal o extraperitoneal, siendo esta última muy rara, con muy pocos casos en la literatura. Las consecuencias de esta infrecuente, pero grave complicación, pueden llegar a ser letales.

Nosotros presentamos un rarísimo caso de perforación extraperitoneal, manifestado con enfisema subcutáneo supraclavicular, neumomediastino y neumotórax tras la realización de una colonoscopia diagnóstica.

Palabras clave: Colonoscopia, colitis ulcerosa, neumomediastino

CORRESPONDENCIA

Claudio Trigo Salado
Hospital Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot s/n. 41013. Sevilla. España.
Telephone number: (34)955 012 251.

ctrigosalado@gmail.com

Summary

Perforation is a rare complication of colonoscopy both diagnostic and therapeutic, although its incidence rate is increasing in relation to the greater number of scans that are performed today. The perforation may be intraperitoneal or extraperitoneal, the latter being very rare, with very few cases in the literature. The consequences of this rare but serious complication can become lethal.

We report a rare case of extraperitoneal perforation, said supraclavicular subcutaneous emphysema, pneumomediastinum and pneumothorax after diagnostic colonoscopy.

Introducción

La perforación es una complicación poco frecuente tanto en la colonoscopia diagnóstica como en la terapéutica, aunque su tasa de incidencia está aumentando en relación al mayor número de exploraciones que se realizan hoy día. La perforación puede ser intraperitoneal o extraperitoneal, siendo esta última muy rara, con muy pocos casos en la literatura. Las consecuencias de esta infrecuente, pero grave complicación, pueden llegar a ser letales.

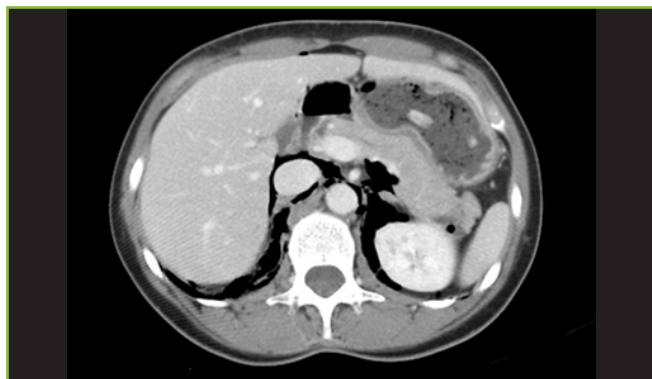


Figura 1

Gas que diseca planos retroperitoneales a ambos lados. Gas disecando cava inferior y en espacio perirenal derecho.

Nosotros presentamos un rarísimo caso de perforación extraperitoneal, manifestado con enfisema subcutáneo supraclavicular, neumomediastino y neumotórax tras la realización de una colonoscopia diagnóstica.

Descripción

Presentamos una paciente de 50 años, con pancolitis ulcerosa de más de 20 años de evolución en tratamiento de mantenimiento con azatioprina, que acude por presentar molestias y aumento de volumen en cuello y cara tras la realización de una colonoscopia dos días antes (no presentó síntomas inmediatamente después de la prueba). No refería dolor abdominal ni disnea, y en la exploración cervicotorácica presentaba crepitación subcutánea desde región supraclavicular hasta mandíbula. En la analítica solo destaca una leucocitosis de 12220 con neutrofilia (88%). En la radiografía de tórax se aprecian imágenes sugestivas de enfisema subcutáneo y neumomediastino. En la TAC de tórax-abdomen (**Figura 1**) se observa en colon sigmoideo una solución de continuidad con neumatosis en este segmento. Presenta una colección adyacente, que diseca a través del neosigma las distintas estructuras del retroperitoneo, rodeando los grandes vasos y pasando a caja torácica, donde se observa neumomediastino y mínimo neumotórax izquierdo-derecho inferior al 25%. Presenta además mínimas burbujas de neoperitoneo. Todos los hallazgos radiológicos eran compatibles con perforación sigmoidea, por lo que se realizó hemicolectomía izquierda con colostomía terminal, así como un manejo conservador en cuanto a las complicaciones asociadas a la perforación extraperitoneal, con antibioterapia y seguimiento clínico estrecho, con buenos resultados. Cuatro días después del ingreso, y tras la buena evolución clínica, la paciente se va de alta, siendo revisada posteriormente en consultas sin complicaciones asociadas.

Discusión

La perforación es una complicación rara de la colonoscopia, cuya incidencia varía del 0.016% al 0.19% de las exploraciones realizadas¹ siendo algo más alta en los casos de terapéutica endoscópica. A pesar de su infrecuencia, sus consecuencias pueden ser muy graves e incluso letales, requiriendo frecuentemente intervención quirúrgica². El origen de la perforación puede ser por el trauma mecánico del endoscopio contra la mucosa, generalmente en zonas de debilidad de la pared colónica, por barotrauma o en relación con la terapéutica³, las cuales suelen ser de menor tamaño y de reconocimiento más tardío⁴. En los casos de barotrauma, se produce por un aumento de la presión intraluminal (al alcanzar los 202 ± 15 mmHg), que provoca la herniación de la mucosa a través de la capa muscular, pudiéndose perforar a cavidad peritoneal (cuando la presión alcanza 226 ± 14 mm Hg)⁵. El colon sigmoideo es el lugar más frecuente de la perforación (el 65% de los casos)⁷, siendo más frecuente por mecanismo traumático⁵. En cambio, cuando el origen de la perforación es por barotrauma, es más frecuente la perforación a nivel cecal⁷. Entre los factores de riesgo más reconocidos, se encuentra el antecedente de cirugía abdominal o radiación pélvica previa o la enfermedad inflamatoria intestinal^{4, 7-9}. La perforación puede ser intraperitoneal (lo más común), extraperitoneal, o ambas (ésta última rarísima). La presencia de aire libre subdiafragmático sugiere una perforación intraperitoneal, en cambio, el neumoretroperitoneo, neumomediastino, neumotórax o enfisema subcutáneo sugieren una perforación extraperitoneal. En nuestro caso, la paciente presentó perforación extraperitoneal con neumomediastino, neumotórax, así como aire en retroperitoneo, tratándose de una complicación extremadamente inusual y que generalmente cursa con una clínica poco evidente. Parece existir relación entre la localización del enfisema subcutáneo y el lugar de la perforación. Así, su aparición en pared abdominal anterior está en relación con perforación de intestino delgado, el enfisema subcutáneo en escroto o miembro inferior con perforación de recto, diverticulitis o apendicitis y el enfisema subcutáneo supraclavicular o cervical con recto-sigma¹⁰, como ocurrió en nuestra paciente. El enfisema subcutáneo cervical se produce por la conexión anatómica entre el mediastino posterior y el retroperitoneo a través del hiato aórtico y se debe, a la disección de los mesos por el aire retroperitoneal, que tras pasar a la cavidad torácica produce el neumomediastino. Desde mediastino posterior, el aire va disecando los tejidos blandos profundos del cuello originando el enfisema subcutáneo cervical y supraclavicular.

En la mayoría de los casos (90%), la perforación se manifiesta en las primeras 48 horas, siendo el dolor abdominal el síntoma principal⁸, sobre todo en los casos de perforación intraperitoneal. En cambio, como ocurrió en nuestra paciente, la perforación extraperitoneal puede ser silente⁷ y no presentar clínica de dolor abdominal. En cuanto al manejo de esta

complicación, cuando es intraperitoneal suele presentar datos de peritonitis que requiere una intervención urgente, y en estos casos, la mortalidad está más en relación con el estado general del paciente que con la técnica quirúrgica que se realice, con una mortalidad que va del 0% al 14% según las series⁷. Como hemos comentado, en las perforaciones extraperitoneales puede aparecer neumomediastino y neumotórax. El manejo de este último va a depender de la gravedad del mismo, variando desde la vigilancia clínica estrecha, a la colocación de un tubo de drenaje o incluso intubación orotraqueal. En el caso del neumomediastino y neumoretroperitoneo, el manejo puede ser conservador, dependiendo de la clínica y el estado general del paciente.

Nuestra paciente se intervino de urgencia de la perforación en colon sigmoide, pero las complicaciones asociadas (neumomediastino, neumotórax) fueron manejadas de forma conservadora con éxito. Por tanto, el manejo en estos casos deber ser seleccionado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson ML, Pasha TM, Leighton JA. Endoscopic perforation of the colon: Lessons from a 10 year study. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3418-22.
2. Dafnis G, Ekbom A, Pahlman L, et al. Complications of diagnostic and therapeutic colonoscopy within a defined population in Sweden. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:302-309.
4. Epstein O. Guidelines on complications of gastrointestinal endoscopy: Complications of colonoscopy. 2006. Nov
5. Coob WS, Heniford T, Sigmon LB, Hasan R, Simms C, Kercher KW, et al. Colonoscopic perforations: Incidence, management and outcomes. *Am Surg* 2004; 70: 750-7.
6. Brayko CM, Kozarek RA, Sanowski RA, Howells T. Diverticular rupture during colonoscopy: fact and fancy? *Dig Dis Sci.* 1984;29:427-431
7. Anderson ML, Pasha TM, Leighton JA. Endoscopic perforation of the colon: lesson from 10-year study. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:3418-3422.),
8. Orsoni P, Berdah S, Verrier C, Caamano A, Sastre B, Boutboul R, et al. Colonic perforation due to colonoscopy: A retrospective study of 48 cases. *Endoscopic* 1997; 29: 160-4.
9. Farley DR, Bannon MP, Zietlow SP, Pemberton JH, Ilstrup DM, Larson DR. Management of colonoscopic perforations. *Mayo Clin Proct* 1997; 72: 729-33
10. M. T. García Martínez, A. Ruano Poblador, et all. Perforation after colonoscopy - our 16 year experience. *Revista Española de enfermedades digestivas* 2007 Oct: 99(10):588-92
11. M.diez tie, A.rodriuez rivera, et all; Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema as signs of colon perforation. *Emergencias* Vol. 10 N°2 Abril 1998.