

PERITONITIS FECALOIDEA TRAS PERFORACIÓN DE COLON ASCENDENTE POR TUMOR ESTENOSANTE

Fecaloid peritonitis after perforation of the ascending colon due to stenosing tumor

Garrido Márquez I, Torrecillas Cabrera MM, Pérez Naranjo P
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

La peritonitis fecaloidea es una entidad que se relaciona principalmente con la perforación de colitis estercorácea, colitis ulcerosa o diverticulitis aguda perforada, existiendo pocos casos descritos en la literatura de peritonitis fecaloidea asociada a perforación por carcinoma colorrectal. Esto suele ser un hallazgo muy tardío que condiciona una alta morbimortalidad dado que se provoca una sepsis abdominal que hay que diagnosticar a tiempo mediante pruebas de imagen como la tomografía computarizada (TC) para así realizar una cirugía temprana.

Los hallazgos a tener en cuenta en la TC son gas extraluminal con patrón “en miga de pan” que corresponde con las heces, y engrosamiento mural de un segmento de colon que corresponderá con el proceso neoformativo.

Es importante que no se demore más allá de las 24 horas, debido a que el pronóstico dependerá directamente del intervalo de tiempo entre la perforación y el tratamiento.

Palabras clave: peritonitis fecaloidea, colon, neumoperitoneo, radiología.

Abstract

Fecaloid peritonitis is an entity that is mainly related to perforation of stercoraceous colitis, ulcerative colitis or acute perforated diverticulitis, with few cases described in the literature of fecal peritonitis associated with perforation due to colorectal carcinoma. This is usually a very late finding that conditions a high morbidity and mortality since it causes abdominal sepsis that must be demonstrated in time by imaging tests such as computed tomography (CT) in order to perform early surgery.



Irene Garrido Márquez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.
igamar26@gmail.com
@IreneGamar

The findings to take into account in the CT are extraluminal gas with a “breadcrumb” pattern that corresponds to feces, and wall thickening of a segment of the colon that corresponds to the neoplastic process.

It is important that it is not delayed beyond 24 hours, since the prognosis depends directly on the time interval between the perforation and the treatment.

Keywords: fecaloid peritonitis, colon, pneumoperitoneum, radiology.

Introducción

La peritonitis fecaloidea consiste en la contaminación de la cavidad peritoneal por perforación de una viscera hueca, con la consiguiente salida del contenido fecal. Constituye una causa frecuente de sepsis en las unidades de cuidados críticos asociada a una alta mortalidad.

Presentación del caso

Presentamos a un varón de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, EPOC y apendicectomía, que acude a urgencias por dolor abdominal de un mes de evolución asociado a cambios en el hábito intestinal (tanto estreñimiento como diarrea) y vómitos el día previo, sin otros síntomas asociados. A la exploración presentaba abdomen blando y depresible sin defensa, con analítica mostrando proteína C reactiva de 39 mg/l (normal 0-5 mg/l), procalcitonina 15 ng/ml (normal 0,02-0,5 ng/ml) y neutrofilia del 86%. Tras la administración de tramadol, el paciente muestra sudoración profusa y mareo, por lo que se suspende la medicación y se solicita una prueba de imagen.

La radiografía simple de abdomen en bipedestación muestra gas infradiaphragmático derecho, lo que sugiere neumoperitoneo (**Figura 1**). Se realiza una TC abdominopélvica con contraste iv en fase venosa, visualizando hallazgos compatibles con perforación en colon ascendente-ciego con signos de peritonitis fecaloidea (**Figura 2A**), probablemente secundaria a proceso neoplásico a nivel de ángulo hepático del colon (**Figura 2B**). Tras el informe del radiólogo, se contacta con el servicio de Cirugía para intervención urgente.

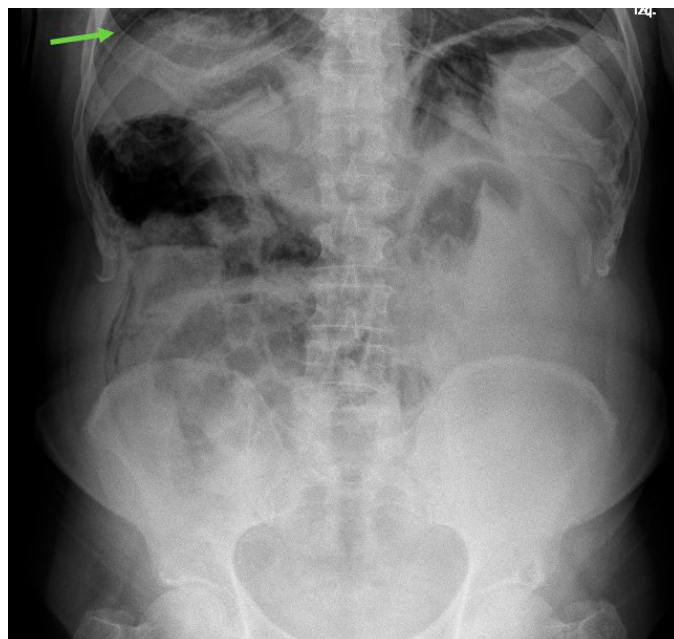


Figura 1

Radiografía simple de abdomen en bipedestación. La flecha indica gas de localización infradiaphragmática derecha, lo que sugiere neumoperitoneo. Igualmente, no se observa gas en ampolla rectal.

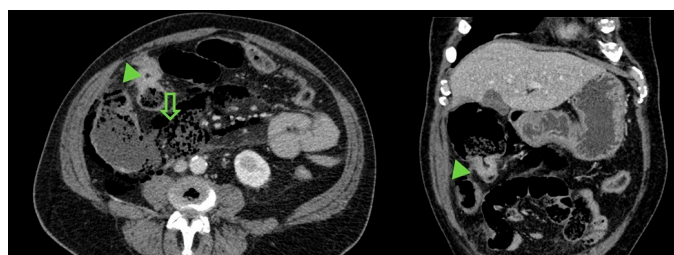


Figura 2

Imágenes de TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase venosa, corte axial (A) y coronal (B). La flecha hueca señala la perforación del colon ascendente con patrón “en miga de pan” extraluminal que sugiere material fecaloideo en peritoneo con aumento de densidad del mismo. La cabeza de flecha muestra engrosamiento parietal de unos 11 mm de espesor y unos 4 cm de longitud en ángulo hepático del colon, sugestivo de proceso neoplásico, que condiciona punto de cambio de calibre con distensión retrógrada de colon ascendente.

En la cirugía, se observa colon derecho dilatado con ciego con paredes de aspecto isquémico, así como perforación hacia retroperitoneo de la pared del colon ascendente, con salida de abundante cantidad de material fecaloideo espeso. Se identifica una formación tumoral excrecente a

aproximadamente 28 cm del margen de resección proximal, que estenosa la luz colónica aproximadamente un 90%. Por tanto, se lleva a cabo hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral mecánica.

A los dos días de la cirugía, durante su ingreso en Reanimación, presenta mala evolución clínica con dolor y distensión abdominal, sospechando dehiscencia de sutura, que se descarta con nuevo estudio de imagen (TC abdominal).

Tras tratamiento con Meropenem + Linezolid, el paciente muestra mejoría con alta a los 15 días y confirmación del proceso neoplásico por parte de Anatomía Patológica.

Apache II, la insuficiencia renal y la disfunción cardiovascular desarrolladas durante la primera semana de admisión en unidades de críticos, la hipotermia, el hematocrito bajo y la bradicardia⁵.

Su tratamiento será quirúrgico urgente, consistente en cierre del punto de perforación con resección del segmento de colon afecto, junto con antibioterapia empírica. Es importante que no se demore más allá de las 24 horas, debido a que el pronóstico dependerá directamente del intervalo de tiempo entre la perforación y el tratamiento.

Discusión

La peritonitis fecaloidea es una entidad que se relaciona principalmente con la perforación de colitis estercorácea, colitis ulcerosa o diverticulitis aguda perforada. Existen pocos casos descritos en la literatura de peritonitis fecaloidea asociada a perforación por carcinoma colorrectal, dado que el diagnóstico del mismo suele ser más precoz.

Similar a la colitis estercorácea, si hay una lesión neoplásica estenosante en el colon, las heces se acumulan causando distensión colónica y ejerciendo efecto de presión sobre la pared intestinal, comprometiendo el suministro de sangre y haciéndolo vulnerable a la isquemia. Si el efecto de presión y el compromiso vascular persisten durante mucho tiempo sin tratamiento, se puede llegar a la necrosis isquémica, ulceración, perforación y peritonitis¹.

La prueba de imagen que se utiliza en la urgencia será inicialmente la radiografía simple en bipedestación y posteriormente la TC. Los hallazgos consisten en dilatación del colon afectado con engrosamiento de la pared colónica que sugiere edema agudo o inflamación¹, con rarefacción de la grasa pericólica que lo acompaña con gas extraluminal y patrón típico “en miga de pan” en relación con las heces². En ocasiones se podrá visualizar la solución de continuidad entre el colon y el peritoneo, referente al punto de perforación.

El pronóstico de la peritonitis fecaloidea es malo, con una alta mortalidad reportada³. Estudios recientes demuestran que, en unidades de críticos, la mortalidad a los 28 días fue del 19,1%, aumentando a un 31,6% a los 6 meses⁴. Los factores independientes asociados con la mortalidad fueron la edad, el

Bibliografía

1. Tajmalzai A, Najah DM. Stercoral colitis due to massive fecal impaction: a case report and literatura review. *Radiol Case Rep.* 2021;16:1946–1950.
2. Ünal E, Onur MR, Balci S, Görmez A, Akpınar E, Böge M. Stercoral colitis: diagnostic value of CT findings. *Diagn Interv Radiol.* 2017;23(1):5–9.
3. Heffernan C, Pachter HL, Megibow AJ, Macari M. Stercoral colitis leading to fatal peritonitis: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:1189–93 PMID:15788592 .
4. Tridente A, Clarke GM, Walden A, McKechnie S, Hutton P, Mills GH, et al. Patients with faecal peritonitis admitted to European intensive care units: an epidemiological survey of the GenOSept cohort. *Intensive Care Med.* 2014;40(2):202-10.
5. Gómez Garrido M, Rodilla Fiz AM, Jiménez Vizuete JM. Epidemiología de la peritonitis fecaloidea en las unidades de críticos. *Rev Elect Anestesiár.* 2015;7(4):1.