Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):506

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-133 - CIRUGÍA TRAS PERFORACIÓN IATROGÉNICA POR COLONOSCOPIA: LAPAROTOMÍA VS LAPAROSCOPIA

E. Colás Ruiz, J.A. Rueda Orgaz, L. Vega López, S. Linacero Martín, E. Celi Altamirano, L. Martín Prieto, P. Dujovne y J.M. Fernández Cebrián

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Resumen

Objetivos: En los últimos años ha aumentado la realización de colonoscopías, y con ello las complicaciones. Una de ellas es la perforación del colon, con una prevalencia entre el 0,03-0,9% en las exploraciones diagnósticas y de hasta un 3% en las terapéuticas, con tasas de morbilidad (20-40%) y mortalidad (0-25%). La actitud ante la perforación iatrogénica de colon es diversa y todavía, sin existir guías específicas que definan el tratamiento a seguir en cada caso para realizar un manejo óptimo. El tratamiento quirúrgico laparoscópico es una de las alternativas actuales que todavía no ha sido bien evaluada.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de urgencia desde enero de 2009 a enero de 2014 por perforación iatrogénica por colonoscopia.

Resultados: Durante este periodo se intervinieron 13 pacientes, 8 varones y 5 mujeres, con una edad media de 67,1 años (rango 39-87). Seis de los casos fueron por colonoscopías diagnósticas y en los otros siete casos se realizaron maniobras terapéuticas. En 7 casos (54%) el diagnóstico se realizó en las primeras 8 horas, y en 6 de ellos la perforación fue sospechada por el mismo endoscopista. Otros tres pacientes fueron diagnosticados entre las 8-24 horas, y el resto, pasadas las 24 horas. En 12 de los 13 (92%) se realizó TC preoperatorio, en 5 casos (41,5%) confirmaban la localización de la perforación, en 5 casos (41,5%) la sugerían, y en 2 (17%) no determinaban la localización exacta. La localización más frecuente fue en sigma (7 casos), seguido del ciego (5 casos) y un caso en el recto alto. En todos ellos se realizó tratamiento quirúrgico (7 procedimientos mediante laparotomía y 6 por laparoscopia, sin necesidad de reconversión), cuya opción técnica más frecuente fue el cierre primario más epiploplastia (6 casos), 5 de ellos por laparoscopia. El otro procedimiento por laparoscopia fue una hemicolectomía derecha. Los casos por laparotomía fueron: 2 Hartmann, una sigmoidectomía con anastomosis 1º, una hemicolectomía derecha, una colectomía subtotal, un cierre primario más epipoplastia y una resección ileocecal. En 4 pacientes se dejó estoma, 1 de ellos lo presentaba previo a la cirugía, sólo uno de ellos en procedimiento laparoscópico. Ninguno de los pacientes precisó de reintervención, aunque 5 pacientes presentaron alguna complicación (IHQ, RAO, íleo postquirúrgico...). No hubo ningún exitus. La estancia hospitalaria media fue de 11,7 días (con un rango desde los 6 a los 38), siendo la estancia hospitalaria media 3 días menos en los procedimientos realizados por laparoscopia.

Conclusiones: Para seleccionar un tratamiento óptimo debemos considerar la patología subyacente a toda perforación iatrogénica, el tipo de perforación, el tiempo de evolución, la preparación intestinal previa, el grado de peritonitis y la situación clínica del paciente. El tratamiento laparoscópico es una buena alternativa

como tratamiento inicial, siempre que la situación clínica lo permita. La reparación primaria por laparoscopia es un procedimiento factible y seguro, en pacientes con buena situación clínica y con una buena preparación de colon, y siempre depende de la experiencia del cirujano que la vaya a realizar.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados