



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**
Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

P-366 - COLITIS NECRÓTICA IZQUIERDA POR ENEMA DE AGUA CALIENTE

M.Á. Jiménez Ballester, M. Mengual Bellester, J. Miguel Perrelló, J.A. García Marín, M.Á. Verdú Fernández, E. González Sánchez-Migallón, G. Valero Navarro y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: La colitis por quemadura tras un enema casero es un cuadro muy infrecuente, que suele afectar a pacientes de edad avanzada. Presentamos el caso de una lesión térmica de colon sigmoideo tras un enema con agua muy caliente, aceite y manzanilla, que produjo lesiones graves en sigma, con sobreinfección bacteriana añadida, que se resolvieron de forma conservadora. Posteriormente se produjo una estenosis crónica sintomática que requirió tratamiento endoscópico, con dilataciones con balón y colocación de una prótesis biodegradable.

Caso clínico: Varón de 77 años, sin antecedentes médicos de interés, y con una situación basal buena para actividades habituales. El paciente acude a Urgencias, por un cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución, que se inicia tras administración de un enema casero (aceite, manzanilla y agua muy caliente). Se descartó perforación intestinal. Con el diagnóstico radiológico (TAC) de colitis por quemadura por administración de enema con agua caliente e infección bacteriana añadida, se decidió ingreso hospitalario. Al tercer día se le realizó una rectosigmoidoscopia encontrando en la unión rectosigmoidea lesiones necróticas de aspecto sobreinfectado que ocupa el 100% de la circunferencia de sigma y progresa próximamente unos 15 cm. Las lesiones impresionaban de colitis necrótica secundaria al enema. Durante su estancia el paciente evolucionó a la mejoría clínica y recuperación del tránsito siendo alta al décimo quinto día del ingreso. Al mes del alta, el paciente presentaba tenesmo rectal, con hábito intestinal conservado, y episodios de diarreas por rebosamiento. Se le realizó colonoscopia donde se apreció a unos 10-12 cm del margen anal tejido de aspecto inflamatorio-isquémico que provocaba estenosis puntiforme infranqueable con el endoscopio. Se realiza Colono-TC donde se aprecia una estenosis de unos 4 mm de diámetro y de 3 cm de longitud. Tras dos intentos de dilatación con balón endoscópico infructuosos, se indicó entonces la colocación de una prótesis biodegradable (PBD). Se posicionó a los 3 meses del ingreso, estando el paciente asintomático a la semana de la colocación y a los tres meses tras la degradación de la prótesis biodegradable.

Discusión: La lesión térmica en el tracto gastrointestinal superior es poco frecuente, debido principalmente a que cualquier sustancia caliente que llegar a la boca es expulsada inmediatamente. Sin embargo, el recto no es sensible a estímulos térmicos y el segmento colorrectal es muy vulnerable a lesiones térmicas, tales como objetos y enemas calientes introducidos en el recto. Algunos casos pueden llevar a la perforación o a la estenosis cicatricial, como el caso que presentamos. En el caso de estenosis establecidas el desenlace puede ser la dilatación, el stent o, en último caso, la cirugía. El uso de PBD para el tratamiento de las estenosis cicatriciales benignas en general está en auge. En nuestra experiencia, el uso de PBD tras un primer intento fallido con dilatación con balón puede ser una técnica eficaz y alternativa a la cirugía.