



## P-358 - COMPLICACIÓN TARDÍA DE CIRUGÍA DE COLON: OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO Y DE COLON SECUNDARIO A FÍSTULA ANASTOMÓTICA SUBCLÍNICA

Gutiérrez Cayuso, Marta; Díaz Rivero, Miguel Ángel; Escudero, Carlos; Camaces de Arriba, Mar; Menéndez Dízy, Consuelo; Quintela Baizan, Isabel; Rubio, Julio; Fernández, Fernando

Hospital Valle del Nalón, Riaño.

### Resumen

**Introducción:** Las complicaciones de colon tempranas o tardías están relacionadas con el tipo de cirugía realizada, pero podemos hablar de complicaciones comunes en cirugía colorrectal, dentro de las complicaciones tardías son las más habituales cuadros subocclusivos intestinales adherenciales, estenosis anastomóticas, fistulas con órganos vecinos, eventraciones, recidivas. En este caso presentamos una complicación poco frecuente obstrucción crónica simultánea de intestino delgado y colon por la misma causa: plastrón inflamatorio secundario a fistula anastomótica subclínica en postoperatorio inmediato.

**Caso clínico:** Varón de 51 años, sin antecedentes de interés, salvo sigmoidectomía programada por neoplasia de colon sigmoides hace 3 años (AP: adenocarcinoma bien diferenciado pT1pN0), como única complicación postoperatoria cuadro subocclusivo secundario a plastrón inflamatorio en FII en posible relación con microescape anastomótico, resuelto con tratamiento conservador. En seguimiento en la consulta sin datos de recidiva tumoral. En último TAC realizado hace 1 año se aprecia estenosis a nivel de ángulo esplénico a descartar estenosis anastomótica, se realiza colonoscopia posterior donde se visualiza anastomosis, pero donde no se puede progresar por estar ocupada por restos de heces. El paciente acude al Servicio de Urgencias por cuadro progresivo de dolor y distensión abdominal de 4 días, que en las últimas 48 horas se acompaña de vómitos y ausencia de tránsito intestinal. Refiere en el último año hábito intestinal estreñido y episodios de distensión abdominal. En la exploración presenta exploración compatible con cuadro obstructivo. Analítica con elevación de reactantes de fase aguda, leucocitosis con desviación izquierda e insuficiencia renal, como datos relevantes. En la radiografía de abdomen se observa patrón obstructivo intestinal. Se completan pruebas con scanner, donde se aprecia marcada dilatación de intestino delgado y marco cólico hasta colon descendente, donde existe estenosis crítica en forma de pico de pájaro que produce el cuadro obstructivo. Por lo que se decide realizar cirugía urgente con la sospecha clínica y radiológica de obstrucción intestinal. Los hallazgos intraoperatorio fueron de plastrón en hemiabdomen izquierdo formado por colon descendente, anastomosis y asas de ileón proximal que condiciona estenosis completa con importantísima dilatación yeyuno-ileal y de colon, desde ángulo esplénico hasta ciego, que se encuentra deserosado por válvula ileocecal competente. Se realiza resección de yeyuno implicado en plastrón con anastomosis mecánica yeyuno-yeyunal y colectomía subtotal hasta recto superior. En el momento de realizar anastomosis ileorrectal el paciente está inestable hemodinámicamente por lo que se decide ileostomía terminal y cierre del muñón rectal. Anatomía patológica: sin malignidad. Postoperatorio tórpido por ileo paralítico adinámico mantenido 3 semanas, precisando nutrición parenteral.

**Discusión:** Este caso clínico se pone de manifiesto una complicación tardía poco frecuente de una fistula anastomótica subclínica, porque el cuadro de obstrucción crónica no es únicamente de colon si no que el intestino delgado también está afecto. Además de la importancia de la evaluación minuciosa de las pruebas que se realizan durante el seguimiento posterior y la realización de anamnesis dirigidas a descartar complicaciones tras cirugía de colon. De esta manera podremos detectar dichas complicaciones de una manera precoz.