



## P-465 - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL TARDÍO SECUNDARIO A UBICACIÓN COLÓNICA DE CATÉTER DE DERIVACIÓN LUMBOPERITONEAL

Franco Chacón, Mario; Memba Ikuga, Robert; Llàcer-Millán, Erik; Estalella Mercadé, Laia; Morató Redondo, Olga; Pavel, Mihai-Calin; Díaz Padillo, Alba; Jorba Martín, Rosa

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

### Resumen

**Introducción:** La perforación intestinal en pacientes portadores de una derivación ventrículo o lumboperitoneal es una complicación infrecuente, con consecuencias potencialmente fatales. El diagnóstico, puede suponer un reto en algunos casos, siendo importante el conocimiento de esta complicación, pues un diagnóstico temprano y un manejo adecuado son clave para mejorar el pronóstico.

**Caso clínico:** Mujer de 51 años con hipertensión intracraneal benigna que precisó de colocación de catéter de derivación lumboperitoneal en marzo de 2014. No presentó complicaciones y la evolución neurológica fue favorable. En junio de 2018 ingresó en otro centro por absceso de pared abdominal sin causa objetivada. En agosto de 2018 reconsultó por extrusión espontánea del catéter por ano, asociando fiebre y absceso de pared en flanco derecho, sin presentar irritación meníngea ni sintomatología abdominal. Se inició antibioterapia de amplio espectro, se revisó TC abdominal del ingreso previo, evidenciándose perforación de colon por catéter y trayecto fistuloso desde colon transverso hasta tejido celular subcutáneo. Se derivó al servicio de urgencias de nuestro hospital, donde se practicó nuevo TC que informó de trayecto fistuloso siguiendo el camino previo del catéter con formación de colección a nivel de la pared abdominal derecha y restos del mismo en tejido subcutáneo sin evidenciar el catéter en la luz del colon. Se intervino urgentemente en colaboración de Neurocirugía y Cirugía General. Se retiró el catéter mediante acceso lumbar obteniendo muestras de líquido cefalorraquídeo para cultivo y se realizó desbridamiento del absceso. La evolución posterior fue favorable, sin complicaciones desde el punto de vista neurológico ni abdominal. En el cultivo del líquido cefalorraquídeo se evidenció crecimiento de *Escherichia coli*, coincidiendo con los resultados del cultivo del absceso.

**Discusión:** La perforación intestinal tras derivación ventrículo o lumboperitoneal es una complicación poco frecuente. Pese a poderse dar en cualquier parte del tracto gastrointestinal, el colon es el tramo más afectado. La mortalidad global es alta, cercana al 18%, viéndose incrementada en presencia de infección activa, bien del sistema nervioso central (22%) o intraabdominal (33%). En términos de morbilidad, esta complicación puede suponer disfunción del catéter con empeoramiento de la clínica neurológica, ascitis, dolor abdominal, etc. En cuanto al diagnóstico clínico, un 44% de los pacientes debuta con un cuadro de dolor abdominal, vómitos y fiebre, y un 50% presenta signos de meningitis. Casi la mitad de los pacientes pueden no presentar dolor abdominal ni signos de infección, lo que puede dificultar el diagnóstico. Un reto adicional de esta complicación es la naturaleza retardada de su aparición con respecto a la cirugía inicial. El manejo de estos casos ha de ser individualizado y depende de la clínica. La exteriorización del catéter es obligada. Si existe importante repercusión intraabdominal, el método elegido es la laparotomía, que además permite reparar la

lesión intestinal. Si el estado general del paciente lo permite, se puede proceder a una exéresis del catéter vía endoscópica o como describimos en nuestro caso desde un acceso lumbar tras aislarlo primeramente del sistema nervioso central. En estos casos la perforación suele cerrar sin necesidad de cirugía.