



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-389 - PERFORACIÓN ESTERCÓREA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Rodríguez, Juan José; San Antón Beranoaguirre, Joana; Moreno Olivieri, Alberto Arturo; Utrillas Martínez, Ana Cristina; Oset García, Mónica; Rodríguez Artigas, Juan Miguel; Fernández Pera, Diego; Moreno Muzas, Celia

Hospital Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: La perforación de colon se puede producir por múltiples causas, entre las cuales la perforación estercórea es una causa muy poco frecuente. Se produce por la presión directa de un fecaloma gigante en la pared del colon, ocasionando una isquemia y necrosis de la pared intestinal, y como consecuencia, una perforación de la misma. Se presenta un caso clínico junto con una revisión de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 74 años, con antecedentes a destacar de estreñimiento crónico y fractura supracondílea de fémur derecho tras caída accidental hace un mes. Acude a urgencias por estreñimiento de 8 días de evolución, asociado a dolor en hemiabdomen inferior de tipo opresivo. A la exploración, abdomen doloroso a la palpación difusa, poco depresible, peristaltismo presente sin ruidos metálicos, timpánico. Al tacto rectal, se aprecia fecaloma abundante de consistencia blanda, que se extrae parcialmente. Analíticamente se observa leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva (PCR) > 270, y cualitativo de orina con nitritos positivo. La paciente ingresa en Medicina Interna con diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU). Durante su ingreso, presenta empeoramiento de la clínica, con distensión y aumento del dolor abdominal, a la exploración Blumberg positivo, peristaltismo ausente, por lo que se sospecha peritonitis aguda y se solicita TAC abdominopélvico. En el TAC se evidencia neumoperitoneo, y que todo el colon se halla ocupado por fecaloma, más evidente a nivel recto-sigmoideo, con gran distensión que incluye a la ampolla rectal, alcanzando los 10 cm de diámetro. Se realiza laparotomía media urgente, observándose líquido purulento al abrir peritoneo y sigma muy distendido, con perforación a nivel posterior, que expulsa material fecaloideo con la movilización. Se decide realizar intervención de Hartmann, dada la alta probabilidad de dehiscencia de anastomosis. Tras 11 días de ingreso, la paciente tolera dieta oral y la colostomía es funcionante.

Discusión: La perforación estercórea consiste en una ruptura de la pared intestinal en una zona con úlcera estercórea subyacente, causada por la presión directa de un fecaloma en la pared del colon. Se trata de una entidad clínica poco frecuente, y actualmente los casos descritos en la literatura no llegan apenas a los 200. Suele presentarse en pacientes mayores de 70 años con estreñimiento crónico grave, debilitados y/o hospitalizados que se encuentran inmóviles. Después de la perforación, el paciente puede desarrollar rápidamente síntomas y signos de peritonitis difusa como dolor abdominal, rigidez muscular involuntaria y Blumberg +. Las radiografías de abdomen pueden

mostrar la presencia de aire libre en cavidad peritoneal. En la tomografía axial computarizada, se puede observar un fecaloma protruyendo a través de la pared de colon, engrosamiento focal de la pared de colon sigmoide, burbujas de gas extraluminales y/o neumoperitoneo moderado. El tratamiento se basa en la reanimación preoperatoria, cirugía con eliminación de restos fecales y resección de colon afectado, más la terapia antibiótica. La reanimación del paciente y el tratamiento quirúrgico deben ser lo más temprana y agresiva posible, a fin de disminuir la elevada mortalidad de esta patología.