

Cartas al director



Neumoperitoneo, neumomediastino y enfisema cervical subcutáneo tras colonoscopia

Sr. Director:

La colonoscopia flexible representa una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades del tracto digestivo. Las perforaciones iatrogénicas

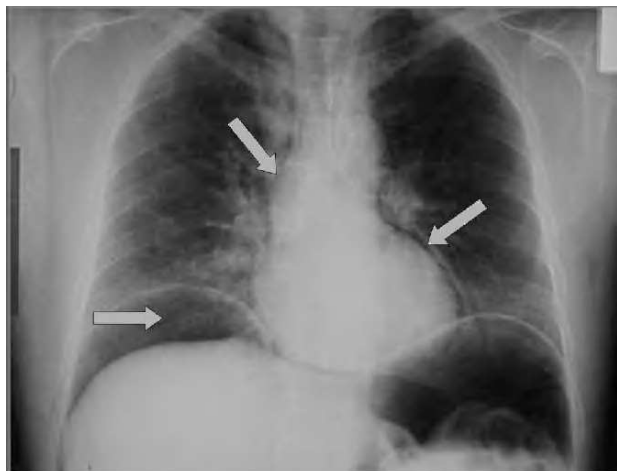


Fig 1. Neumoperitoneo, neumomediastino.

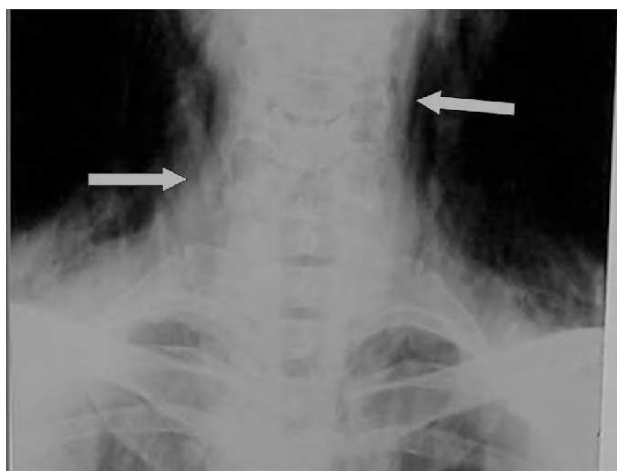


Fig 2. Enfisema cervical subcutáneo.

cas suponen la principal complicación derivada de la técnica¹.

Presentamos el caso de un varón de 46 años, que tras una colonoscopia con polypectomía terapéutica presenta, en las horas posteriores, un enfisema subcutáneo cervical, torácico y en ambos flancos, sin sintomatología abdominal, que se mantiene estable y sin signos de irritación peritoneal. No existe leucocitosis ni anemia. La radiografía muestra un enfisema cervical, neumomediastino y neumoperitoneo llamativos (figs. 1 y 2). El paciente ingresa con tratamiento conservador (dieta absoluta, fluidoterapia y antibioterapia). Presenta buena evolución clínica, y es dado de alta en el quinto día del ingreso.

Las perforaciones instrumentales suponen entre el 0,1 y el 1% de las exploraciones diagnósticas, y llegan al 3% cuando se realizan procedimientos terapéuticos¹⁻³. El mecanismo fisiopatológico se debe a las fuerzas mecánicas durante la introducción, el barotrauma o las lesiones producidas por el electrocauterio. En nuestro caso, la salida del gas a la cavidad peritoneal y/o el retroperitoneo difunde al mediastino e incluso a la zona cervical.

Existe controversia sobre su tratamiento, y en la bibliografía no existe evidencia científica que establezca la mejor opción de tratamiento. Sin embargo, las grandes series de pacientes publicadas hacen referencia a pacientes tratados con éxito de forma conservadora¹⁻⁴.

Perforaciones pequeñas, con una correcta preparación colónica, ausencia de patología asociada, buenas condiciones del paciente o incluso peritonitis localizada, pueden permitir un tratamiento conservador, bajo vigilancia adecuada^{1,2}. La cirugía está indicada cuando existe un cuadro de abdomen agudo, según el tamaño y la localización de la perforación, o la enfermedad subyacente del colon.

Bruno Juan Menchén-Trujillo, Juan Manuel Molina-Martín de la Sierra, Carmen Manzanares-Campillo, Fernando Martínez de Paz, Pedro Villarejo-Campos, Roberto de la Plaza-Llamas, Alberto Jara-Sánchez, Antonio Lopez-Useros, David Padilla-Valverde, Ricardo Pardo-García, Teofilo Cubo-Cintas^a y Jesús Martín-Fernández

Cirugía General. Hospital General. Ciudad Real. España.

Bibliografía

1. Putcha RV. Management of iatrogenic perforation. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:1289-309.
2. Chistie JP, Marrazzo J. "Mini-perforation" of the colon- not all post-polypectomy perforations require laparotomy. *III. Dis Colon Rectum.* 1991;34:132-5.
3. Araghizadeh FY, Timmcke AE, Opelka FG, Hicks TC, Beck DE, et al. Colonoscopic perforations. *Dis Colon Rectum.* 2001;44:713-6.
4. Nivatvongs S. Complications in colonoscopic polypectomy: lessons to learn from an experience of 1576 polyps. *Am Surg.* 1988;54: 61-3.