



## PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA

**Sr. Director:** La cocaína produce preferentemente alteraciones cardiovascular o neurológicas, y las digestivas son excepcionales. Entre éstas se incluyen las úlceras gástricas, los infartos viscerales, la isquemia intestinal, la perforación de víscera hueca y la fibrosis retroperitoneal<sup>1</sup>. Presentamos un caso de un varón de 41 años que ingresa en nuestro hospital por una parada respiratoria de origen desconocido. Entre sus antecedentes destaca la adicción a drogas por vía parenteral e inhalatoria y ser VIH<sup>+</sup>. Durante su estancia hospitalaria comienza con dolor abdominal brusco de intensidad creciente, que se acompaña de distensión abdominal. Tras la realización de una radiografía simple de tórax y abdomen se evidencian un neumoperitoneo con sospecha de perforación de víscera hueca (fig. 1). Ante los hallazgos descritos se decide una intervención quirúrgica urgente donde se aprecian microperforaciones colónicas de probable origen isquémico, por lo que se realizó una colectomía subtotal y una ileostomía. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa de una colopatía isquémica grave compatible con isquemia por cocaína. Presenta una evolución postoperatoria sin incidencias, con posterior seguimiento en consultas, y está pendiente de reconstrucción del tránsito intestinal.

El aumento del consumo de cocaína en nuestro país, que actualmente es el mayor consumidor mundial (prevalencia del consumo anual del 26% de la población), hace que las complicaciones asociadas sean cada vez más numerosas y frecuentes<sup>2</sup>.

El consumo de cocaína favorece la vasoconstricción de las arterias esplánicas, la formación de trombos y la agregación plaquetaria. Su mecanismo fisiopatológico se realiza a través del bloqueo de la reabsorción de neurotransmisores, lo que provoca un aumento de la estimulación de los receptores alfaadrenérgicos<sup>3</sup>.

Las perforaciones intestinales asociadas al consumo de cocaína son más frecuentes en el intestino delgado que en el colon, sin asociación aparente con la vía de administración<sup>4</sup>.

Se debe sospechar ante cualquier dolor abdominal en un paciente joven con historia de consumo habitual de cocaína, para lo cual es útil el test de detección en orina<sup>5</sup>.

LUIS TALLÓN AGUILAR<sup>a</sup>,  
MARÍA DOLORES CASADO MAESTRE<sup>a</sup>,  
FRANCISCO LÓPEZ BERNAL<sup>a</sup>,  
ANTONIO MANUEL PUPPO MORENO<sup>b</sup>  
Y JOSÉ MARÍA SOUSA VAQUERO<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

<sup>b</sup>Unidad de Cirugía General. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

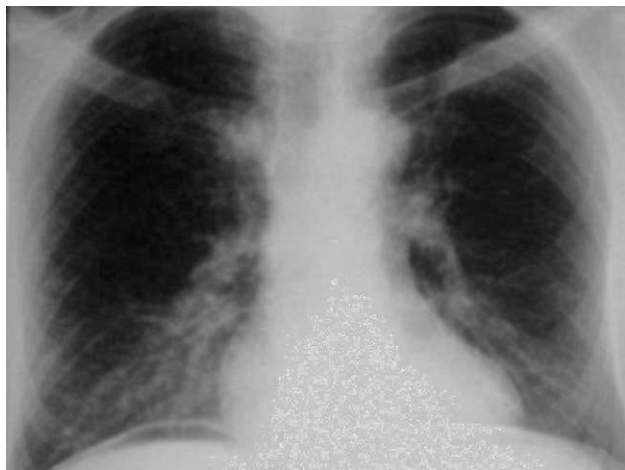


Fig. 1. Radiografía de tórax donde se aprecia un neumoperitoneo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez AB, Linares P, Vivas S, Castañón C, Herrera A, López-Cuesta D, et al. Isquemia intestinal en un adulto joven asociada al consumo de cocaína. *Gastroenterol Hepatol*. 2002;25:639.
- Memoria anual de la Fiscalía Antidroga 2004.
- Priego P, Rodríguez G, Galindo J, García D, Losa N, Cabañas J, et al. Isquemia de tronco celiaco y mesentérica superior tras ingesta de cocaína. *Rev Esp Enf Dig*. 2006;98:964-8.
- Ruiz M, Catá T, Moll JL, Puella JM. Cocaína e isquemia intestinal: aportación de un caso y revisión de la bibliografía. *Cir Esp*. 2003;73:136-7.
- Glauser J, Queen JR. An overview of non-cardiac cocaine toxicity. *JEM*. 2007;32:181-6.



## FÍSTULA COLOCUTÁNEA TRAS LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

**Sr. Director:** La fístula colocutánea es una complicación infrecuente de la realización de una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), cuyos síntomas pueden presentarse inmediatamente o tras el recambio de ésta<sup>1-3</sup>. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de esta rara complicación.

Varón de 89 años de edad, con enfermedad de Alzheimer, sin otros antecedentes de interés, portador de una PEG. El paciente fue remitido a nuestra unidad de endoscopia para el recambio de la PEG 6 meses después de su colocación. Tres días después del recambio, el paciente fue remitido de nuevo a nuestro hospital al presentar diarrea grave tras la administración de nutrición por sonda y salida de material fecal a través de ésta, sin signos de peritonitis. Se realizó un estudio radiográfico con gastrografía a través de la sonda que demostró su localización dentro del colon transverso, sin comunicación con el peritoneo ni con el estómago (fig. 1). Con el



Fig. 1. Estudio radiográfico que muestra el paso de contraste directamente al colon a través de la gastrostomía endoscópica percutánea.