



CASO CLÍNICO

Nonagenario con perforación intestinal y evolución atípica

Nonagenarian with intestinal perforation and atypical course

Maria Elena Castro Vilela*, Miguel Sánchez Ortiz, Maria Bernardino Cano y Carlos Gala Serra

Servicio de Geriátría, Hospital San José, Teruel, España

Paciente varón de 91 años, capaz de caminar con andador, precisa ayuda para vestido, aseo y ducha; institucionalizado; con deterioro cognitivo leve; con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca, encefalopatía vascular crónica, insuficiencia renal crónica estadio IV, enfermedad de Parkinson, artrosis y hernias discales lumbares. Tratamiento habitual con furosemida, espirolonactona, bisoprolol, rasagilina, acenocumarol, omeprazol, hierro, fentanilo parche y pregabalina.

Ingresa por caída accidental con traumatismo en región lumbar. A la exploración de ingreso, destaca dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares inferiores y en radiografía lumbar se observa acúñamiento osteoporótico L4 de probable evolución crónica. Traumatología recomienda ortesis lumbar semirrígida y seguimiento ambulatorio. Durante su estancia presenta deposición muy escasa y líquida. Tras 5 días ingresado, se objetiva distensión abdominal, aumento de timpanismo y disminución de peristaltismo, sin dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal, sin náuseas, ni vómitos; el tacto rectal evidencia heces blandas y salida de gas. En la TAC abdominal se describe neumoperitoneo, abundante gas en región epigástrica por delante del epiplón mayor, sin poder identificar causa o sitio de la perforación; estómago colapsado; marco duodenal conservado, asas de intestino delgado sin alteraciones; colon prácticamente colapsado con engrosamiento mural en colon ascendente y ángulo hepático, de aspecto inflamatorio; la presencia de pequeñas burbujas de gas a nivel del hipocondrio izquierdo y de cambios inflamatorios en la grasa a este nivel indican que el sitio de perforación pueda estar a nivel del ángulo esplénico del colon o en algún asa yeyunal proximal. En analítica sanguínea se observa elevación de PCR y procalcitonina sin leucocitosis asociada. Tras reunión con paciente y familiares y dado el alto riesgo quirúrgico del paciente, se descarta intervención quirúrgica y se decide tratamiento conservador, manteniendo tratamiento antibiótico de amplio espectro (meropenem y vancomicina), analgesia y nutrición parenteral periférica. Dada la mejoría clínica progresiva, sin empeoramiento de la clínica abdominal, se decidió de forma consensuada, tras 20 días desde el diagnóstico, iniciar dieta oral de

forma progresiva con dieta líquida y suplementos hasta alcanzar la consistencia triturada. Debido a la larga estancia el paciente, presentó desacondicionamiento físico por lo que se realizó fisioterapia, siendo capaz de deambulación con andador y ayuda. No se objetivaron otras complicaciones relevantes, siendo dado de alta a su residencia.

La perforación intestinal supone la causa del 90% de los neumoperitoneos. Sin embargo, en el 10% restante se engloban los neumoperitoneos espontáneos no quirúrgicos¹. La perforación colónica es una entidad frecuente, como consecuencia de complicaciones de diverticulitis, carcinomas, colitis ulcerosa, vólvulos, colitis isquémica, colitis pseudomembranosa, etc. Excepcionalmente se puede producir por la presión ejercida por heces sobre la pared del colon (perforación estercorácea)^{2–4}. A pesar de que la perforación intestinal puede presentarse en cualquier grupo de edad, en los ancianos es más frecuente y letal. El cuadro clínico en ancianos puede ser poco específico y manifestarse con confusión, inquietud motora, distensión abdominal o una caída, y en algunos pacientes pueden no desarrollar síntomas ni presentar hallazgos llamativos al examen físico. En el caso de nuestro paciente, además el uso de opioides para manejo del dolor pudo haber enmascarado la clínica. En consecuencia, estos pacientes tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticados en forma tardía y de morir⁵. La perforación estercorácea de colon es una entidad rara de la que apenas se encuentran algunos casos descritos en la literatura médica. Puede ocurrir en personas mayores con historia de estreñimiento crónico⁶. En nuestro paciente, si bien no se detectó en el tacto rectal la presencia de fecaloma ni se describió en el estudio de imágenes, sí que presentaba antecedentes de estreñimiento, empeorado por el uso de parches de fentanilo e inmovilización por dolor, lo cual podría indicar algún componente fisiopatológico de la perforación estercorácea, que en nuestro caso solo es una hipótesis difícil de corroborar. La principal razón que nos motiva a esta publicación es que existen muy pocos casos en la literatura científica que describan el manejo conservador en pacientes ancianos con una perforación intestinal que resulte en una evolución favorable⁷. Se desconoce también cuál es el momento más adecuado para intentar reiniciar la tolerancia oral, dado el alto riesgo de complicaciones. En este caso fue precisa una adecuada comunicación con el paciente, sus familiares y el equipo sanitario para una correcta toma de decisiones

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: marieca19@hotmail.com (M.E. Castro Vilela).

compartida, eje fundamental en casos en los que la evidencia científica es escasa o nula. La descripción y publicación de casos similares podría servir de ayuda para la toma de decisiones y manejo clínico de casos complicados como el descrito.

Bibliografía

1. Ueda T, Tanaka T, Yokoyama T, Sadamitsu T, Harada S, Yoshimura A. Spontaneous pneumoperitoneum with duodenal diverticulosis in an elderly patient: A case report. *Surg Case Rep*. 2020;6:3, <http://dx.doi.org/10.1186/s40792-019-0769-4>.
2. Chen AZL, Jayakody S, Toh JWT. Stercoral perforation due to chronic constipation. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6:252, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00001-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00001-7).
3. Moon JY, Hong SS, Hwang J, Lee HK, Choi KC, Cha H, et al. Differentiation between stercoral perforation and colorectal cancer perforation. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65:191–7, <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.65.2.191>.
4. Marcote E, Segarra M, Manzanet G, Pellicer V, Torner A, Canales M, et al. Perforaciones colónicas. Factores pronósticos. *Cir Esp*. 2000;68:39–43.
5. Céspedes-Rodríguez H, Bello-Carr A, Fernández-Pérez R. Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico. *Revista Cubana de Cirugía [Internet]*. 2020;59 [citado 1 Ago 2022] Disponible en: <http://www.revcirologia.sld.cu/index.php/cir/article/view/923>.
6. Castilla Guerra L, Fernández Moreno MC, Castilla Guerra J, Martín Guerrero J, López Chozas JM. Perforación estercorácea de colon de presentación atípica en un paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37:260–2.
7. Merello de Miguel A, Mateos del Nozal J, Hernández Sánchez L, Albéniz López J, Fernández Montalvan P, Cruz Jentoft AJ, et al. Peritonitis y neumoperitoneo masivo secundario a perforación de víscera hueca tratado de forma conservadora: a propósito de un caso. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53 Supl. 1: 106.