

facilitarían su impactación, dificultando cualquier manipulación o extracción y finalmente provocando la rotura de la pared y la perforación. En otros casos, el comprimido atraviesa el esófago sin complicaciones, alcanzando el estómago o el intestino⁸⁻¹⁰. La fina hoja de aluminio que sirve de cierre tiene una baja radiodensidad por lo que el blíster escaparía a la detección mediante exploraciones radiológicas convencionales⁶.

Las causas de los errores de medicación son multifactoriales y generalmente son resultado de una concatenación de errores en diferentes niveles del sistema de utilización de medicamentos. Los envases tipo blíster han aportado indudables ventajas, garantizando la conservación de los fármacos y facilitando su manipulación y dispensación, pero su utilización en el medio hospitalario requiere algunas precauciones. La lámina plástica que constituye el blíster no debería recortarse para separar los comprimidos ya que al cortarla se exponen sus bordes afilados y angulosos que resultarían más dañinos en caso de ingestión, como han señalado otros autores⁶. Por último, los comprimidos o cápsulas siempre deberían ser extraídos del blíster antes de su dispensación al paciente.

La aplicación de estas sencillas medidas ayudaría a mejorar la seguridad del paciente y a evitar la posibilidad de una ingestión accidental con graves consecuencias.

Bibliografía

1. Digoy GP. Diagnosis and management of upper aerodigestive tract foreign bodies. *Otolaryngol Clin North Am*. 2008;41:485-96.
2. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg*. 2004;77:1475-83.
3. Gelfand MD, Durning Jr RB. Esophageal dysphagia from ingestion of foil packaging of tablet. *Ann Intern Med*. 1978;89:940.
4. Wecksell A, Lane E, Greenfield E. Odynophagia caused by inadvertent blister pack ingestion: a case report. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995;112:747-9.
5. Bour B, Blanchi A. [Unpackaging drugs: a necessity for elderly people. 3 cases of esophageal impaction]. *Presse Med*. 1993;22:131.
6. Yip LW, Goh FS, Sim RS. "I've got a UFO stuck in my throat!" - an interesting case of foreign body impaction in the oesophagus. *Singapore Med J*. 1998;39:121-3.
7. Gupta NM, Gupta V, Gupta R, Sudhakar V. Esophageal perforation caused by a blister-wrapped tablet. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2002;10:87-8.
8. Lurton A, Ntiruhungwa J, Saillant H, Surugue J. Stomach perforation by a blister-wrapped capsule. *N Engl J Med*. 1996;335:754.
9. Norstein J, Krajci P, Bergan A, Geiran O. Intestinal perforation after ingestion of a blister-wrapped tablet. *Lancet*. 1995;346:1308.
10. Tadic M, Kujundzic M, Babic Z, Banic M, Vukelic-Markovic M, Curic J. Acute lower gastrointestinal bleeding after ingestion of blister-wrapped tablet. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:2863-5.

Joaquín Campos Franco^{a,*}, Raimundo López Rodríguez^a, Anxo Martínez De Alegría^b, Cristina Dios Loureiro^c, Rosario Alende Sixto^a y Arturo González Quintela^a

^a Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

^b Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

^c Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xkamos@hotmail.com (J. Campos Franco).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.03.027

Apendicitis aguda posterior a colonoscopia: ¿casualidad o causalidad?

Acute appendicitis after colonoscopy: coincidence or cause?

Sr. Director:

A pesar de los grandes avances en las últimas décadas en el diseño del endoscopio, la instrumentación y la preparación intestinal, los efectos adversos y complicaciones de las colonoscopias todavía ocurren, aunque sean poco frecuentes y se considere una de las técnicas invasivas más seguras¹. Las complicaciones más frecuentes y graves son las perforaciones y la hemorragia, sin embargo hay otras mucho menos frecuentes, con solo comunicaciones de casos, como el de apendicitis aguda posterior a colonoscopia.

Mujer de 50 años sin antecedentes patológicos de interés a la que se realiza fibrocolonoscopia de control por ade-

noma tubulovelloso ubicado a 20 cm del margen anal que fue resecado endoscópicamente 3 meses antes, observándose tumoración en zona de poliplectomía previa la cual se biopsia y es negativa para malignidad, siendo la exploración completa, de una duración de 20 min, sin hallarse otras alteraciones en el resto del colon y se le da el alta sin complicaciones inmediatas a la exploración.

A las 6 horas de la prueba, refiere molestias abdominales que van en aumento por lo que consulta a urgencias refiriendo dolor abdominal hipogástrico. En la exploración física destaca defensa en hemiabdomen inferior, predominantemente derecho y sin signos de irritación peritoneal. Se le realiza analítica sanguínea presentando leucocitosis de 15 mil U/L con neutrofilia y radiografías de tórax y abdomen que no muestran anomalías significativas.

Dada la sospecha de perforación por la prueba diagnóstico-terapéutica realizada, se decide realización de TC abdominal en la que se observa (fig. 1) la presencia del apéndice cecal aumentado de tamaño, hasta un diámetro



Figura 1 TC abdominal donde se observa la presencia del apéndice cecal aumentado de tamaño.

de 13 mm y con paredes engrosadas, observándose en su interior contenido líquido y una imagen hiperdensa compatible con un apendicolito. Además se observa trabeculación flemonosa de la grasa periapendicular, mínima cantidad de líquido libre en Douglas, todo ello compatible con apendicitis aguda sin signos de complicación.

La paciente es intervenida quirúrgicamente, y se encuentra un apéndice cecal flemonoso, realizándose apendicectomía abierta. Cursa con un postoperatorio sin incidencias y es dada de alta al tercer día de la cirugía.

La colonoscopia es una herramienta diagnóstica y terapéutica muy útil en las enfermedades colorrectales, siendo un procedimiento relativamente seguro. Las complicaciones más importantes y frecuentes son las perforaciones y las hemorragias.

Pero se han descrito otras de menor frecuencia como diverticulitis, hernia incarcerada, síndrome postpolipectomía, neumomediastino, neumotórax, enfisema subcutáneo, rotura esplénica, íleo paralítico y alteraciones cardiovasculares y cerebrovasculares¹.

La apendicitis aguda posterior a colonoscopia es una complicación extremadamente rara, sin poder determinar su verdadera incidencia ya que solo existen reportes de casos. Hasta el momento se han comunicado 13 casos en la literatura anglosajona postulándose distintas hipótesis que explicarían este fenómeno²⁻⁵:

- Patología subclínica del apéndice.
- Barotrauma resultante de la sobreinsuflación.
- Impactación de fecalito o materia fecal dentro del apéndice cecal.

- Intubación accidental del apéndice.
- Lesión mucosa alrededor del orificio apendicular que provocaría edema y obstrucción de la luz apendicular.

En nuestro caso la paciente no refería sintomatología previa a la exploración y durante el procedimiento no se encontraron hallazgos patológicos cecales. Las características epidemiológicas y de presentación de los casos reportados coinciden con las del nuestro, siendo la edad promedio de 53,6 años (coincidiendo con la década más frecuente de realización de colonoscopias), la sintomatología comienza entre pocas horas y 5 días después de la realización de la exploración (siendo más de la mitad de los casos en las primeras 24 h), en el 69% (9 de los 13 casos) de los pacientes la colonoscopia fue terapéutica (polipectomía y/o biopsias) y el método de diagnóstico utilizado fue la TC en la mayoría de los casos (6 de 7 descritos).

En conclusión, a pesar de ser una complicación extremadamente rara y fácil de confundir con otras complicaciones de la colonoscopia, la aparición de dolor abdominal y fiebre posterior a la exploración debería hacer pensar en el diagnóstico de esta enfermedad. El reconocimiento temprano de la sintomatología es esencial para un tratamiento efectivo.

Bibliografía

1. Waye J, Rex D, Williams C, editores. *Colonoscopy: Principles and Practice*. 2nd edition. New York: Wiley-Blackwell; 2009. p. 703–16.
2. Izzedine H, Thauvin H, Maisel A, Bourry E, Deschamps A. Postcolonoscopy appendicitis: case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:2815–7.
3. Vender R, Larson J, Garcia J, Topazian M, Ephraim P. Appendicitis as a complication of colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 1995;41:514–6.
4. Pellish R, Ryder B, Habr F. An unusual complication: postcolonoscopy appendicitis. *Endoscopy*. 2007;39:E138.
5. Johnston P, Maa J. Perforated appendicitis after colonoscopy. *J Society Laparoendosc Surg*. 2008;12:335–7.

Carlos Rodríguez-Otero Luppi, Javier Salas Muñoz, Eduardo M. Targarona*, Manuel Rodríguez Blanco, Jesús Bollo y Manel Trias

Departamento de Cirugía General, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: etargarona@santpau.cat (E.M. Targarona).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.04.004