Cartas al Director

Perforación estercorácea de sigma: una entidad con características propias

Palabras clave: Perforación estercorácea. Estreñimiento crónico. Colon.

Stercoral perforation. Chronic constipation. Colon.

Sr. Director:

La perforación estercorácea del colon es el resultado de la necrosis isquémica de la pared del intestino grueso secundaria a la presión ejercida por las masas fecales o también denominada "úlceras de decúbito" del colon. Su incidencia es baja y entre los factores predisponentes destacan el estreñimiento crónico, medicación astringente como el hidróxido de aluminio, la codeína y ciertos narcóticos, y alteraciones motoras intestinales.

La forma de presentación es poco característica y con frecuencia resulta difícil realizar el diagnóstico etiológico preoperatorio por lo que el tratamiento de elección debe ser siempre quirúrgico y precoz. El dolor y los signos de irritación peritoneal integran la sintomatología habitual. Los mejores resultados se han obtenido con el procedimiento de Hartmann o resección del segmento afecto con cierre del muñón distal y colostomía proximal.

La mortalidad global postoperatoria del 35% se debe a la edad avanzada y la situación crítica que suelen tener estos pacientes.

Debe ser cuidadosamente diferenciada de la perforación idiopática y espontánea con las que comparte ciertas características y de las perforaciones colónicas traumáticas o secundarias a patología isquémica o diverticular. Basándonos en nuestro caso clínico y revisando la literatura, intentaremos ofrecer criterios diagnósticos para proporcionar entidad propia a este cuadro clínico.

Caso clínico

Mujer de 86 años que consulta en Urgencias presentando dolor, distensión abdominal y deterioro del estado general. Asocia estreñimiento y vómitos en posos de café.

Entre los antecedentes personales destacar la realización de apendicectomía 30 años atrás.

A la exploración física destaca el mal estado general de la paciente con respiración disneica, y la presencia de un abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda especialmente en flanco izquierdo.

La temperatura es de 36 °C y la Sat O₂ 90% manteniendo tensiones de 110/80. El aspirado gástrico muestra aislados "posos de café" y al tacto rectal la ampolla se encuentra vacía sin palpar masas ni tumoraciones.

En la radiografía simple de abdomen se observa dilatación de asas de delgado con niveles hidroaéreos en bipedestación, compatible con cuadro suboclusivo. No existe neumoperitoneo. Las cifras analíticas muestran leucocitos dentro de la normalidad (10.300), neutrofilia (N 90,1%), hiperglucemia (270 mg/dl), hiperfibrinogenemia (838 mg/dl) y cifras de urea y creatinina de 207 y 2,2 mg/dl respectivamente.

Con el diagnóstico de abdomen agudo se interviene quirúrgicamente, objetivándose una peritonitis purulenta generalizada. A unos 15 cm de la reflexión peritoneal pélvica, en colon sigmoideo, se observa una perforación de 2-3 cm de diámetro mayor localizada en el borde antimesentérico y múltiples formaciones pétreas constituidas por escóbalos que emergen por la perforación. Todo el colon se encuentra repleto de heces de consistencia dura. Se realiza resección segmentaria del sigma afecto con colostomía terminal y cierre del muñón distal (procedimiento de Hartmann). Tras lavado abundante de la cavidad se colocaron drenajes multitubo en fondo de saco de Douglas y en gotera parietocólea izquierda saliendo por contraincisión en ambas fosas iliacas.

La evolución de la paciente fue satisfactoria, permaneciendo afebril, con tránsito intestinal restablecido, colostomía funcional y normalización de las cifras analíticas. El estudio histopatológico informó de perforación de 2 cm de diámetro con marcada inflamación aguda y cambios isquémicos transparieta-

les sin existencia de divertículos ni ningún otro tipo de patología.

Discusión

La perforación estercorácea del colon es una entidad poco frecuente. Desde que Berry en 1894 describiera el primer caso, se han publicado menos de 100 en la bibliografía. Sin embargo, la verdadera incidencia de la perforación estercorácea de colon parece estar infravalorada. La razón, podría ser, la falta de criterios diagnósticos bien definidos para esta patología. Así, algunos autores han establecido criterios válidos para diagnosticar la perforación estercorácea (1): a) perforación colónica ovoide, mayor de 1 cm de diámetro y localizada en el borde antimesentérico; b) presencia de fecalomas en colon, emergiendo por la perforación o en cavidad abdominal; y c) microscópicamente existe necrosis o úlcera por presión e inflamación crónica en la pared colónica. Se excluyen la perforación de colon asociada a trauma abdominal u otra patología colónica como obstrucción, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, vasculopatía mesentérica, etc.

La perforación estercorácea representa el 1,2% de todos los procedimientos de cirugía colorrectal de urgencias y el 2,3% de todas las perforaciones de colon, de las que tiene que ser claramente diferenciada (1). La perforación idiopática es un desgarró en la pared del colon sin alteración macro ni microscópica; no existen cambios inflamatorios ni presencia de fecaloma y generalmente no existe ninguna patología que sea causa aparente de la misma. La diverticulitis perforada casi siempre se localiza por debajo de un apéndice epiploico o hacia el mesocolon, raramente sobrepasa 1 cm de diámetro y con frecuencia se acompaña de flemón. La perforación colónica en el síndrome de Ogilvie ocurre principalmente en el hemicolon derecho y transversal por isquemia secundaria a la dilatación del colon. La colitis isquémica con perforación a menudo viene precedida por dolor abdominal y hemorragia digestiva baja y usualmente no existe fecaloma. El término "perforación espontánea" no debería usarse para describir una perforación del colon puesto que solamente describe el mecanismo de la perforación y no la causa subyacente.

El factor fundamental predisponente es el estreñimiento crónico (2,3) y cualquier factor favorecedor del mismo como la ingestión de antiácidos (hidróxido de aluminio) codeína y narcóticos. Se han descrito perforaciones estercoráceas en pacientes con insuficiencia renal crónica y trasplante renal (4,6) y tras la ingesta de bario al actuar como núcleo de endurecimiento de las heces (5).

La localización más habitual de la perforación estercorácea es a nivel de sigma y rectosigma, como en nuestro caso, con 47 y 30% respectivamente según Serpell (2) por ser la zona de menor calibre de todo el marco cólico, con vascularización más escasa en personas de edad avanzada y donde las heces se encuentran más endurecidas, alcanzando altas presiones intraluminales (2).

La forma de presentación no es característica. El dolor, los signos de irritación peritoneal y, ocasionalmente, la existencia de una masa abdominal palpable integran la sintomatología ha-

bitual. Es poco frecuente la aparición de rectorragia que se debe a la ulceración de la mucosa producida por la presión de las masas fecales. El diagnóstico etiológico de la perforación antes de la laparotomía es difícil y tiene lugar sólo en el 11% de los casos (2), generalmente se orienta hacia patología más frecuente como diverticulitis o neoplasia colorrectal complicada.

Las exploraciones complementarias son poco definitivas excepto la presencia de neumoperitoneo y/o escófalos en la radiografía simple de tórax y abdomen. Si se practica enema opaco baritado o con Gastrografin® es posible visualizar la salida del contraste fuera del colon y sugerir el diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico ha de ser precoz y los mejores resultados se han obtenido mediante procedimiento de Hartmann o resección de la zona afectada, cierre del muñón distal y colostomía proximal, debido al mal estado general de los pacientes y la presencia de peritonitis fecaloidea (3,6). La resección del colon tiene que ser generosa ya que la necrosis e inflamación no se circunscriben a la zona perforada, sino que se extienden al área adyacente (3) y se recomienda tras intenso lavado de la cavidad abdominal, la limpieza y extracción de escófalos del resto del colon para evitar la perforación estercorácea como complicación postoperatoria tras colostomía (2).

Otras opciones terapéuticas pueden ser la simple exteriorización de la perforación o el cierre de la perforación con colostomía proximal de protección con una mortalidad de 43 y 57% respectivamente frente a 32% con el procedimiento de Hartmann (2). El lavado intraoperatorio y la anastomosis primaria con colostomía de protección ofertaría la posibilidad de reconstruir fácilmente el tránsito intestinal (5).

La mortalidad es elevada y puede deberse a la existencia de una peritonitis fecaloidea franca en la mayoría de los casos, en pacientes de edad avanzada y con múltiples enfermedades.

C. Rodero Astaburuaga, F. Dobón Giménez y D. Rodero Rodero

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Bibliografía

1. Maurer CA, Renzulli P, Mazzucchelli L, Egger B, Sella CA, Büchler MW. Use of accurate diagnostic criteria may increase incidence of stercoral perforation of the colon. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 991-8.
2. Serpell J, Nicholls R. Stercoral perforation of the colon. *Br J Surg* 1990; 77: 1325-9.
3. Cobos JM, González R, González JA, López-Ríos F, Parada R, Miguel JE, et al. Perforación estercorácea de colon. *Rev Esp Enferm Dig* 1993; 84: 71-2.
4. Morcillo M, García Espinosa R, Moliner C, Pallardó L, Planells M, Rodero D. Perforación cólica en pacientes con trasplante renal. *Rev Esp Enferm Dig* 1990; 77: 49-51.
5. Fernández R, Álvarez J, Camarero E, Martín M, Jover JM, Moreno M. Perforación estercorácea relacionada con la ingesta de bario. *Rev Esp Enferm Dig* 1993; 83: 141-2.
6. Bueno J, Serralta A, Planells M, Rodero D. Perforación estercorácea de sigma. Aportación de dos casos. *Rev Soc Val Patol Dig* 2001; 20: 150-3.