

Cartas al Editor

Primera complicación grave descrita tras hemorroidopexia de Longo

Palabras clave: Hemorroidopexia de Longo. Neumo-retroperitoneo. Neumoperitoneo. Neumodiastino. Neumotórax. Enfisema subcutáneo. Tratamiento conservador.

Key words: Longo hemorrhoidopexy. Pneumoretroperitoneum. Pneumoperitoneum. Pneumodiastinum. Pneumothorax. Subcutaneous emphysema. Conservative treatment.

Sr. Editor:

La hemorroidopexia de Longo consiste en una sutura mecánica circular, descrita para el prolapso mucoso hemorroidal, con menor dolor postoperatorio, estancia hospitalaria y tasa de complicaciones respecto a la hemorroidectomía clásica (1). Sin embargo, están descritas un 0,5% de dehiscencias con peritonitis (2), un 10% de proctalgias persistentes (3), además de incontinencias temporales, tenesmo, *skin tags*, fisuras anales, hematomas rectales y trombosis hemorroidales (4). La tasa de recidivas es del 5,1% (5).

Caso clínico

Presentamos el segundo caso de neumoperitoneo, neumo-retroperitoneo, neumomediastino y neumopericardio tras hemorroidopexia de Longo (6), pero el primero en el que además presenta neumotórax y enfisema subcutáneo.

Mujer de 36 años, intervenida de hemorroidopexia de Longo por hemorroides grado III. A las 48 horas presenta dolor torácico

opresivo irradiado a cuello y disfonía con crepitantes cervicales. En la analítica destacaba 14.400 leucocitos (97,2% neutrófilos, 2% linfocitos), 336.000 plaquetas, fibrinógeno 458 mg/dl y PCR 11,7 mg/l. La radiografía de tórax mostraba enfisema subcutáneo en cuello, neumomediastino y neumoperitoneo. La TAC toraco-abdominal objetivaba masivo neumomediastino, neumoperitoneo y neumo-retroperitoneo. Cambios postquirúrgicos en recto, con aire perirrectal, sin dehiscencia ni cambios inflamatorios.

A pesar de la estabilidad hemodinámica, ante los hallazgos iconográficos, se ingresó en Unidad de Intensivos con imipenem, vancomicina y ceftazidima empíricos, manteniéndose estable sin dolor abdominal ni celulitis perianal, con lactato de 0,5 y procalcitonina < 0,05 ng/ml, sin leucocitos. La TAC al tercer día presentaba disminución del neumomediastino, neumoperitoneo y del neumo-retroperitoneo con aumento del enfisema subcutáneo. Apareció un pequeño neumotórax anterior en base pulmonar derecha y mínimo derrame pleural bilateral con atelectasias pasivas bibasales (Fig. 1). Con hemocultivos negativos y sin parámetros de sepsis, se decidió mantener sólo imipenem durante 10 días y se trasladó a planta.

La evolución fue favorable, la TAC al décimo día objetivaba disminución del neumomediastino, neumoperitoneo, neumo-retroperitoneo y enfisema subcutáneo con resolución completa del neumotórax, del derrame pleural y de las atelectasias. Tras finalizar el tratamiento antibiótico fue alta. En los controles en consultas, sigue asintomática.

Discusión

Con hemocultivos negativos y sin signos de sepsis, se postuló que el neumo masivo podría ser causado por barotrauma.

Una línea de grapas demasiado baja, por debajo de los 2-3 cm recomendados por encima de la línea dentada, en combinación con una sutura demasiado profunda incluyendo el pliegue peritoneal, hubiera permitido la entrada del aire libre alrededor del recto.

Este se extendería a través de la fascia rectal hacia el retroperitoneo y entraría en el peritoneo a través de la raíz del mesenterio o a través de los propios vasos mesentéricos y por el hiato eso-

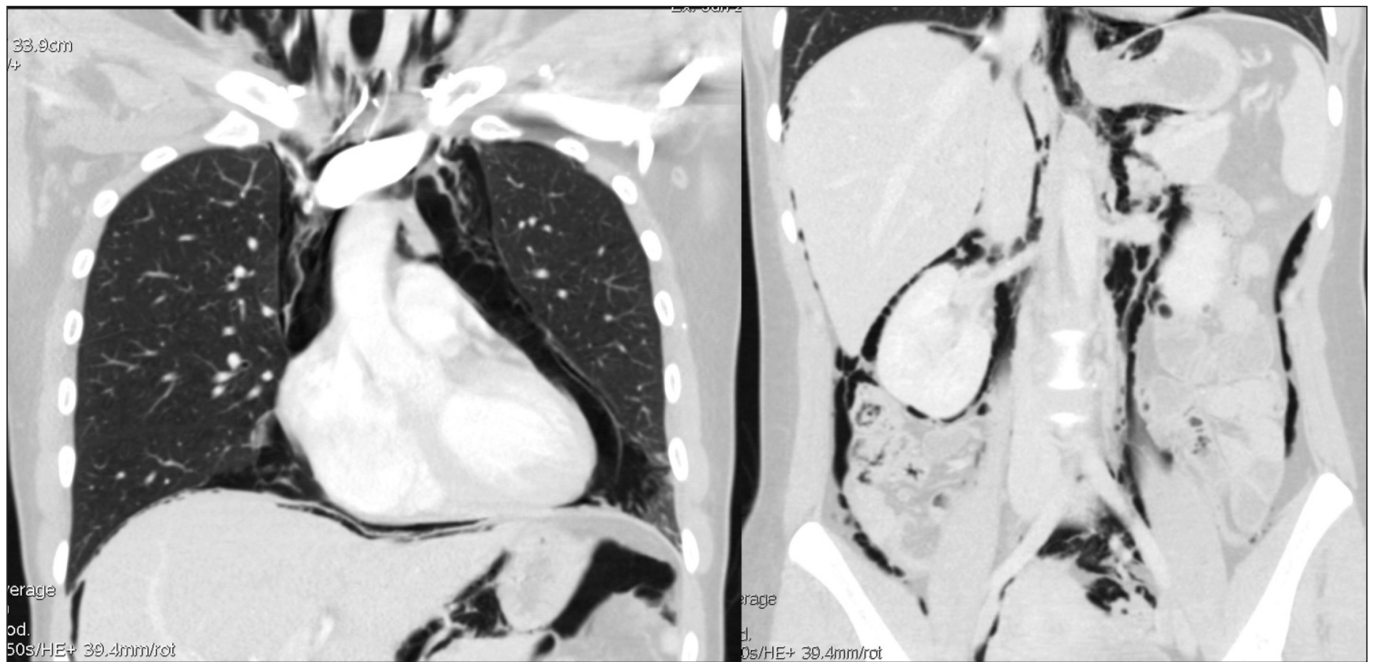


Fig. 1. TAC toracoabdominal que muestra neumomediastino, neumotórax, neumoperitoneo y neumo-retroperitoneo.

fágico alcanzaría el mediastino. Desde el peritoneo también se extendería al mediastino a través de los defectos diafragmáticos o al pericardio por la vía de la vena cava inferior a través del diafragma. Desde el mediastino el aire disecaría los planos fasciales del cuello, entraría en el espacio pleural a través de la pleura parietal mediastínica y en el pericardio a través de la reflexión del pericardio de las venas pulmonares (7).

En conclusión, en casos seleccionados, el aire masivo pararectal, peritoneal, retroperitoneal, mediastínico, pericárdico y subcutáneo que puede aparecer como una complicación potencialmente grave tras la hemorroidopexia de Longo que, con extrema vigilancia clínica, puede tratarse médicamente de forma conservadora sin requerir medidas quirúrgicas.

Mireia Botey, Marta Piñol, José Troya,
Miguel Ángel Pachá, Sandra Vela, Jordi Navinés,
Henrik Haetta y Jaime Fernández-Llamazares

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.
Badalona, Barcelona*

Bibliografía

1. Grigoropoulos P, Kalles V, Papapanagiotou I, Mekras A, Argyrou A, Papageorgiou K, et al. Early and late complications of stapled haemorrhoidopexy: a 6-year experience from a single surgical clinic. *Tech Coloproctol* 2011;15(Supl. 1):S79-81.
2. Faucheron JL, Voirin D, Abba J. Rectal perforation with life-threatening peritonitis following stapledhaemorrhoidopexy. *Br J Surg* 2012. doi: 10.1002/bjs.7833 [Epub ahead of print].
3. Lpmanto D, Katara A. Stapled haemorrhoidopexy for prolapsed haemorrhoids: short and long-term experience. *Asian J Surg* 2007; 30(1):29-33.
4. Bove A, Bongarzone G, Palone G, Chiarini S, Calisesi EM, Corbellini L. Effective treatment of haemorrhoids: early complication and late results after 150 consecutive stapled haemorrhoidectomies. *Ann Ital Chir* 2009;80(4):299-303.
5. Mlakar B, Kosorok P. Complication and results after haemorrhoidopexy as a day surgical procedure. *Techn Coloproctol* 2003;7(3):164-7.
6. Halberg M, Raahave D. Perirectal, retroperitoneal, intraperitoneal and mediastinal gas after stapled haemorrhoidopexy. *Ugerskr Laeger* 2006;168(37):3139-40.
7. Mirzayan R, Cepkinian V, Asensio JA. Subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, pneumopericardium, and pneumoperitoneum from rectal barotrauma. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care* 1996;41(6):1073-5.