

Caso	(709) Fecaloma como causa de perforación, perforación estercorácea.
Autores	Samer Abiad Sosa, Beatriz Martos Rodriguez, Lucía Montesinos Aguayo, Susana Rico Gala, Borja Fernández Gordillo
Centro	Hospital Universitario Nuestra Señora De Valme

EXPOSICIÓN DEL CASO

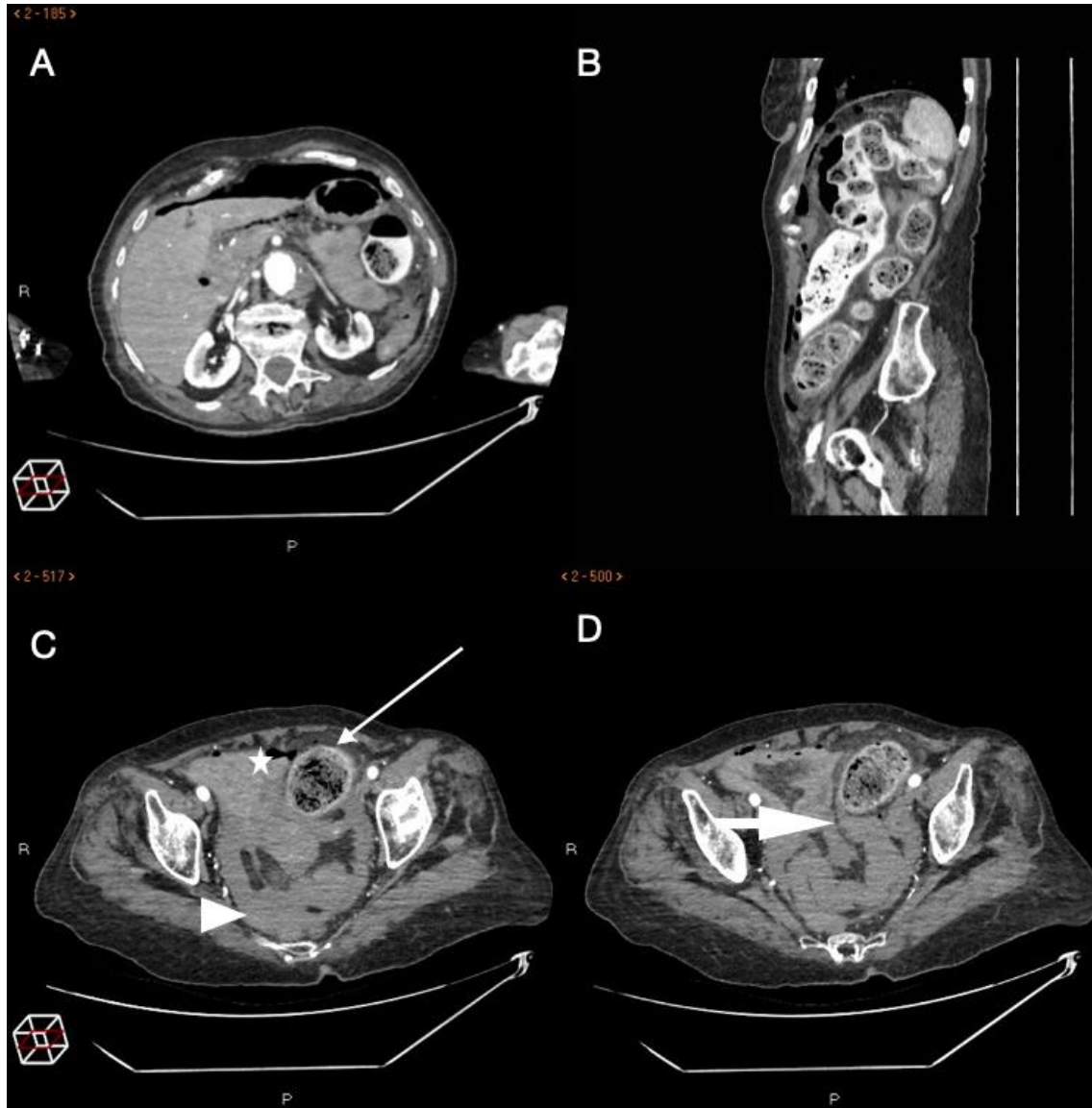
Paciente de 84 años. Acude a urgencia por dolor abdominal de un día de evolución, asociando vomitos. No presentó fiebre ni otros. Ultima deposición hace 10 días. En la Rx simple abdomen observamos una ligera distensión de asas intestinales sin otros hallazgos de interés. Realizamos TC de abdomen con contraste donde se apreció abundante material fecal en colon descendente y sigma, asociado a engrosamiento de la mucosa adyacente y ligera disminución de la captación de contraste en la pared anterior de dicha asa, sin otros signos inflamatorios. Además se visualizo disección aortica abdominal focal de un segmento de 4,5 cm, con ramas principales naciendo de su luz verdadera. La paciente ingresa en planta y en las siguiente 24 h presento deterioró brusco del estado general con signos de shock. Repetimos TC donde se evidenció correcta perfusión de asas intestinales, con abundante gas extraluminal. En recto-sigma se identificó fecaloma impactado con engrosamiento de la pared intestinal a dicho nivel, con trabeculación de la grasa adyacente. La paciente fue intervenida de urgencia observándose perforación de la pared anterior de asa de recto-sigma, con presencia de fecaloma subyacente, que contenía el orificio de perforación, sin material fecaloideo a nivel extraintestinal

DISCUSIÓN

Diagnóstico: Perforación estercorácea de colon. A pesar de ser una patología poco frecuente (en torno al 2,3%), debe entrar dentro del diagnóstico diferencial ante la presencia de neumoperitoneo en población anciana. La presión persistente derivada de la impactación fecal sobre el colon genera un proceso de ulceración, necrosis y posterior perforación de su pared, siendo más frecuente en el borde antimesentérico de sigma y recto-sigma, debido a que es la región del colon de menor calibre, con menor grado de vascularización y donde la heces presentan una mayor compactación. Los principales factores de riesgo son el estreñimiento crónico, edad avanzada y tratamiento con fármacos que disminuyan la motilidad intestinal y favorezcan la formación de fecalomas. La placa simple de abdomen es poco útil, donde únicamente podremos observar neumoperitoneo y dilatación de sas. En la TC con contraste intravenoso debemos buscar los hallazgos característicos para su diagnóstico tales como la impactación del fecaloma, engrosamiento focal de la pared del colon, trabeculación de la grasa adyacente, presencia de gas extraluminal o neumoperitoneo, así como la existencia de material fecal en pelvis. Presenta una alta mortalidad debido a la peritonitis fecaloidea que conlleva en la mayoría de los casos así como la edad avanza y las comorbilidades asociadas que presentan estos pacientes. El tratamiento es quirúrgico.

CONCLUSIÓN

La perforación estercorácea debe de entrar dentro de nuestro diagnóstico diferencial ante la sospecha de perforación de víscera hueca en pacientes con fecaloma, principalmente en paciente mayores de 70 años, institucionalizados y polimedicados. En este grupo de pacientes debemos prestar especial atención a los hallazgos característicos de la TC, con el fin de realizar un diagnóstico precoz y así condicionar un mejor pronóstico.



A y B-Reconstrucción axial y parasagital de TC donde se observa gran cantidad de heces y gas extraluminal, indicando la presencia de perforación de víscera hueca. C y D-Reconstrucción axial de TC donde se demuestra engrosamiento y tenue disminución de realce del medio de contraste de la pared anterior de sigma asociando (flecha fina) junto con fecaloma impactado que provoca cambio de calibre y colapso de asas distales (Flecha gruesa).Se observa además estriación de la grasa pericolónica, ascitis (punta flecha) y presencia de gas extraluminal (estrella).

BIBLIOGRAFÍA

-Vilallonga R, Armengol M. Perforación estercorácea de colon. Rev Esp Enferm Dig 2009;101(2):145-52.

-Kwag SJ, Choi SK, Park JH, Jung EJ, Jung CY, Jung SH, Ju YT. A stercoral perforation of the rectum. Ann Coloproctol. 2013 Apr;29(2):77-9.

-Kim YW, Kwon HJ, Kim IY. Stercoral perforation of the colon in sigmoid colostomy patients: Two case reports. Int J Surg Case Rep. 2013;4(11):1038-40.