

# COLOSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PACIENTE CON PSEUDO-OBSTRUCCIÓN COLÓNICA RECIDIVANTE.

Villanueva R\*, Bergal GJ\*\*, González PS\*, Pérez F\*, Ynfante M\*, Legaz ML\*, Roncero O\*, Bernardos E\*, Aoufi S\*, Sánchez-Manjavacas N\*, Ruiz F\*.

\*Servicio Aparato Digestivo y

\*\*Servicio Urgencias Complejo Hospitalario
La Mancha Centro, Alcázar de San Juan

### RESUMEN

La colostomía endoscópica percutánea es una alternativa terapéutica útil en el tratamiento de cuadros recurrentes de pseudo-obstrucción intestinal. Presentamos el caso de una paciente a la que se le realiza una colostomía endoscópica percutánea tras episodios recidivantes de pseudo-obstrucción colónica (síndrome de Ogilvie), a pesar del tratamiento médico conservador y con alto riesgo quirúrgico.

# INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ogilvie es una entidad poco común que consiste en la pseudo-obstrucción del colon sin evidencia de bloqueo mecánico distal. Aunque de causa poco esclarecida, más del 90% de los casos está asociado a una condición médica subyacente (infecciones, neoplasias, alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas, y otras) y al post-operatorio (sobre todo de cirugía ortopédica, gineco-obstétrica, urológica, torácicacardiaca); por otro lado la edad avanzada, la obesidad, la inmovilidad y el uso de algunos medicamentos como los opioides y las benzodiacepinas se han identificado como factores de riesgo para su aparición. El diagnóstico es clínico (abdomen distendido y timpánico) y radiológico, objetivándose distensión gaseosa segmentaría del colon. La mayoría de los casos responden a tratamiento conservador (reposo digestivo, corrección de posibles causas, supresión de fármacos desencadenantes, reposición hidroelectrolítica y sondaje nasogástrico, uso de fármacos procinéticos). Otras medidas que se pueden utilizar son la colonoscopia descompresora (con

una tasa de resolución del 80% y una recurrencia de hasta 40%) y la cirugía, esta última en casos refractarios y/o complicados.  $^{(1,2)}$ 

Una técnica que es útil en estos cuadros es la colostomía endoscópica percutánea (PEC por sus siglas en inglés), que consiste en la colocación en el colon de una sonda percutánea que actúa como un canal de descompresión, evitando la dilatación del intestino grueso y por tanto los episodios recurrentes. (3-5)

Presentamos el caso de una paciente con episodios de pseudo-obstucción intestinal recidivantes, refractario al tratamiento médico conservador y con alto riesgo quirúrgico.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años de edad, hipertensa y diabética de larga data, colecistectomizada, herniorrafia umbilical, artrodesis de columna lumbar por estenosis en el canal hace 16 años; en tratamiento crónico con tramadol 37,5 mg/8h por lumbalgia. Institucionalizada, vida cama sillón, incontinencia urinaria; deterioro cognitivo severo. Diagnosticada en noviembre de 2011 de síndrome de Ogilvie tras cuadro de distensión y dolor abdominal, anorexia y ausencia de deposición de 48 horas de evolución; que remite tras tratamiento conservador (reposo digestivo, sonda nasogástrica, procinéticos, reposición hidroelectrolítica, suspensión de opioide) y colonoscopia descompresora, dándose alta a los 6 días de hospitalización sin incidencias. Reingresa a los 11 días por cuadro clínico similar, requiriendo 7 días de hospitalización, con igual evolución al tratamiento conservador. Una semana después reingresa nueva vez presentando distensión y dolor abdominal generalizado tipo cólico, vómitos biliosos y ausencia de deposición a pesar del uso en domicilio de procinéticos, laxantes y enemas. En la exploración física destaca: deshidratación moderada, abdomen muy distendido, con disminución de los ruidos hidroaéreos, timpanismo generalizado y doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal. La analítica destaca: Hb: 11.1, Hto.: 34.3, Leucocitos 8300 con 87% de neutrófilos, K: 1.9. La Radiografía de abdomen mostró dilatación de asas de delgado y colon, objetivándose en el ciego un diámetro de 12.7cm (ver Figura 1). Se realiza colonoscopia aspirándose 1000 ml de heces líquidas y abundante aire.

Debido a los episodios de pseudo-obstrucción recurrentes de la paciente, se realiza evaluación conjunta con el Servicio de Cirugía y, considerando la situación basal y los antecedentes patológicos de la paciente, se decide la colocación de PEC; se informa a la familia quienes autorizan el procedimiento.

Tras la limpieza con enemas, se introdujo el colonoscopio hasta 45 cm del margen anal, lográndose transiluminación en zona correspondiente a colon sigmoideo. Utilizando material para gastrostomía (COMPAT 58 \_\_\_\_\_\_VILLANUEVA R

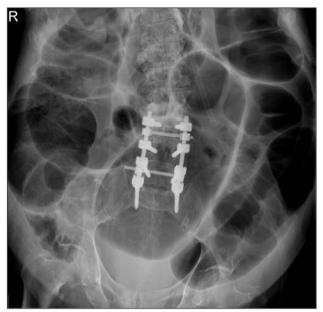


FIGURA 1.- La Radiografía de abdomen en donde se visualiza dilatación de asas de delgado y de colon.

NUPORT-PEG 22 FR), se hizo un corte de 1 cm en la pared abdominal antero-lateral inferior izquierda, y se colocó la sonda de gastrostomía de 22 French con técnica de pulsión, sin complicaciones inmediatas y buen funcionamiento. (Ver **Figura 2**)

A las 24 horas, la paciente estaba clínicamente estable. Se realizó TAC abdominal (ver **Figura 3**) encontrándose neumoperitoneo en relación a la técnica, sin repercusiones clínicas y que evolucionó favorablemente, siendo dada de alta asintomática tras tres días de hospitalización. Desde el alta hospitalaria la sonda ha sido utilizada para la descompresión del colon a razón de dos descompresiones con jeringa de 50 ml tres veces al día. Posteriormente, a los dos meses, se realiza un control de la PEC objetivándose buen funcionamiento de la misma; la paciente no ha requerido hospitalización.





FIGURA 2.Procedimiento.
A- Introducción
de la guía por
visión directa.
B- Visión
endoscópica
de la sonda.

# **DISCUSIÓN**

En nuestra paciente, ante el fracaso del tratamiento conservador y la importante dilatación cólica (12.7cm), la descompresión quirúrgica, (cecostomía, colostomía o la resección), era una medida eficaz; pero destacando que, constituye una terapia agresiva que se asocia a una mortalidad del 30% en general <sup>(2,5)</sup>, que se incrementaría con la comorbilidad de la paciente.

Por otro lado la PEC es una técnica mínimamente invasiva que debemos tener presente, ya que puede constituir una opción segura y eficaz para pacientes seleccionados con pseudo-obstrucción intestinal recidivante y refractaria a tratamiento médico conservador.



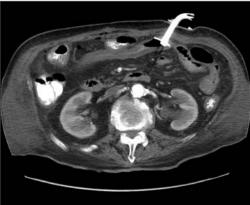


Figura 3.- TC control posterior a la técnica para verificar posición de la sonda y descartar complicaciones. A- Se aprecia pequeño neumoperitoneo que no tuvo repercusiones clínicas. B- Se aprecia la localización de la sonda.



# **BIBLIOGRAFÍA**

- Foxx-Orenstein AE: "Ileus and Pseudo-obstruction". 2128-2130, I, en Feldman M., Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/ Diagnosis/Management. 9th ed. Elsevier, Philadelphia, 2010.
- Catena F, Caira A, Ansaloni L, Calò G, De Bonis F. Agrusti S, et al. Ogilvie's Syndrome treatment. Acta Biomédica 2003; 74; Suppl 2: 26-9.
- 3. Ennis OW, Feroz AS, Stephenson BM. Percutaneous endoscopic colostomy: An alternative treatment of acute colonic pseudo-obstruction. Colorectal Dis 2001;3:205.
- 4. Heriot AG, Tilney HS, Simson JN. The application of percutaneous endoscopic colostomy to the management of obstructed defecation. Dis Colon Rectum 2002;45:700-2.
- 5. Al-Alawi IK. Percutaneous endoscopic colostomy: A new technique for the treatment of recurrent sigmoid volvulus. Saudi J Gastroenterol 2010 Apr-Jun;16(2):120-1.