

PERFORACIÓN COLÓNICA CON LA TOMA DE BIOPSIAS EN LA COLITIS ULCEROSA DE LARGA EVOLUCIÓN

COLONIC PERFORATION AFTER ENDOSCOPIC BIOPSY IN LONG TERM ULCERATIVE COLITIS

G González Redondo, L Fernández-Salazar, J Ortiz de Solórzano (*), E García Lagarto (®), B Velayos Jiménez

Servicios de Aparato Digestivo. Cirugía General y de Aparato Digestivo (*) y Anatomía Patológica (®). Hospital Clínico Universitario de Valladolid

KEY WORDS: colon, perforation, endoscopy, biopsy, ulcerative colitis

Sr director:

El caso trata de un varón de 48 años con colitis ulcerosa de 30 años de evolución, al que en los últimos 15 años se le ha explorado con 5 colonoscopias o rectoscopias con toma de biopsia sin complicación alguna. En el último año y medio se ha comportado como cortico-dependiente y la azatioprina durante 6 meses no evitó el uso de corticoides. Se indicó metotrexate subcutáneo a dosis inicial de 25 mg que hubo que reducir a 15 mg por mala tolerancia. Además recibía mesalazina oral y tópica. Para valorar la respuesta se hizo una colonoscopia. Se premedicó al paciente con midazolam 4 mg y petidina 30 mg. La exploración duró 17 minutos, fue realizada por un gastroenterólogo con más de 10 años de ejercicio; fue bien tolerada, no se consideró difícil y transcurrió sin complicaciones. Se alcanzó el ciego, se identificaron pseudopólipos sin actividad inflamatoria en colon ascendente, transverso y colon izquierdo hasta los 20 cm de ano. Desde ahí sí había pérdida del patrón vascular, eritema, friabilidad y úlceras. Se tomaron biopsias de forma escalonada de mucosa sin inflamación y del tramo con actividad. Al finalizar el paciente presentaba dolor, distensión y timpanismo abdominal. Con radiología simple se confirmó un gran neumoperi-

toneo y con una laparotomía se identificó una perforación puntiforme en cara anterior de sigma sin exudado o contaminación peritoneal (Figura 1). Se hizo sutura y epiploplastia, lavados de peritoneo y cierre por planos. La evolución posterior fue buena.

La perforación de colon en el transcurso de una colonoscopia ocurre en 6-9 de 10000 exploraciones y es aún menos frecuente con la colonoscopia diagnóstica (1-3). Aunque en un trabajo retrospectivo reciente, la enfermedad de Crohn sí es un factor de riesgo para esta complicación (1); la enfermedad inflamatoria intestinal no lo es según otro estudio francés (4). El metotrexate tampoco se ha relacionado con mayor riesgo de perforación gastrointestinal espontánea en pacientes con artritis reumatoide (5). El tamaño de la perforación nos hizo pensar que ésta se produjo con la toma de una biopsia. La pinza que utilizamos es *Captura serrated large forceps* de Cook

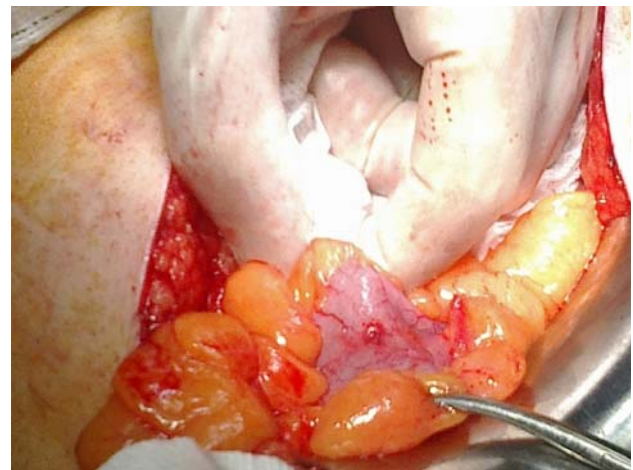


Figura 1.- Se identifica en el transcurso de la laparotomía una perforación puntiforme limpia en la pared anterior del colon sigmoide.

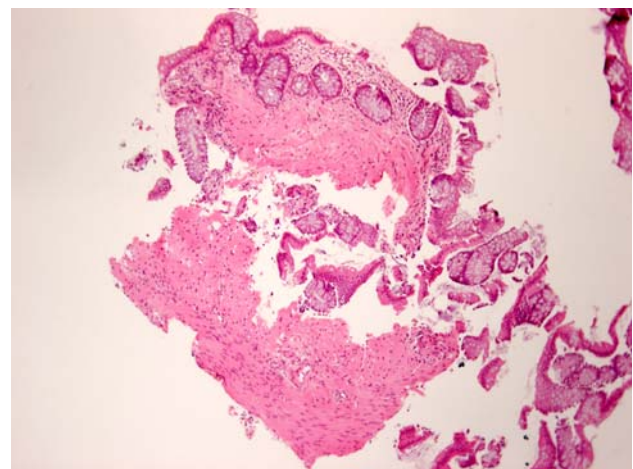


Figura 2.- HEX25: En una de las biopsias tomadas es evidente pese a su fragmentación una atrofia marcada de mucosa y submucosa y la muscular propia con ambas capas musculares.

CORRESPONDENCIA:

luisferrals@gmail.com
Luis I. Fernández Salazar
C/ Gamazo, 4-3ºB
47004 Valladolid

de 2,4 mm. Ninguna de las 15 perforaciones que recoge el trabajo de García Martínez et al fue secundaria a las biopsias⁽³⁾. En 1997 se publicó un caso muy parecido y los autores comprobaron que en una de las biopsias tomadas era evidente la atrofia de la mucosa y casi desaparición de la submucosa e incluía las dos capas musculares⁽⁶⁾. Por esto solicitamos al servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital que revisase las biopsias. Se confirmó que uno de los fragmentos presentaba estos hallazgos (**Figura 2**). En cualquier caso no hay evidencia de que los pacientes con colitis ulcerosa de larga evolución sean un grupo de riesgo para la perforación con la toma de biopsias, y creemos que no hay otra recomendación que la de ser cuidadoso, y tener control visual de la pinza en todo momento desde que sale por el extremo distal del endoscopio⁽⁷⁻⁸⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Handan U, Aneen R, Maider F, Banal P, Komar M, Diehl DL, Kirchner HL. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 3596-35601.
2. Arora G, Mannalithara A, Singh G, Gerson LB, Triadafilopoulos G. *Risk of perforation from a colonoscopy in adults. A large population-based study. Gastrointest Endosc* 2009; 69: 654-64.
3. García Martínez MT, Ruano Poblador A, Galán Raposo L, Gay Fernández AM, Casal Núñez JE. *Rev Esp Enferm Diges* 2007; 10: 588-92.
4. Buisson A, Chevaux JB, Hudziak H, Bresler L, Bigard MA, Peyrin-Biroulet L. *Colonoscopic perforations in inflammatory bowel disease: a retrospective study in a french referral centre. Dig Liver Dis* 2013; 45: 569-72.
5. Curtis JR, Ianas A, John A, Jonson DA, Schulman KL. *Factors associated with gastrointestinal perforation in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64: 1819-28.
6. Eckardt VF, Gaedertz C, Eidner C. *Colonic perforation with endoscopic biopsy. Gastrointest Endosc* 1997; 46: 560-2.
7. Arnal-Monreal FM, Lorenzo-Patiño MJ, Robles-Veiga O. *Histopatología, citología y endoscopia. En: Vázquez-Iglesias JL, Alonso Aguirre PA, Vázquez Pérez-Coleman L, editores. Endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. pp: 247-59.*
8. Vázquez-Iglesias JL. *Conceptos básicos en endoscopia digestiva alta. En: Vázquez-Iglesias JL, editor. Endoscopia Digestiva Alta I Diagnóstico. La Coruña: Galicia Editorial SA Gaesa; 1992. pp: 17-52.*