

Imágenes en Gastroenterología

Imagen del mes

Una complicación inhabitual en colonoscopia

Ignacio Gran S.¹, Ana Muñoz C.¹, Josefina Sáez B.², Felipe Bellolio R.² y Alberto Espino E.¹

Image of the month

An unusual complication after colonoscopy

¹Departamentos de Gastroenterología y ²Cirugía Digestiva. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Correspondencia a:

Dr. Alberto Espino
Profesor Asistente
Departamento de Gastroenterología
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Jefe de Unidad Endoscopia Hospital Clínico UC-Christus Diagonal Paraguay 362. 4to piso. Santiago-Chile
Teléfono: 223543822
aoespino@uc.cl

Paciente de 52 años con antecedentes de apendicectomía, trastorno bipolar, hipotiroidismo y fibromialgia, en tratamiento farmacológico con lamotrigina, pregabalina y quetiapina. En el estudio de un cuadro de dolor abdominal su médico tratante le solicita una colonoscopia, cuyo primer intento fue frustrado en otra institución, por esta razón acude a nuestro centro de endoscopia dos días posterior para un nuevo intento, el cual se planifica con sedación con propofol por anestesista. La colonoscopia se describe sin hallazgos

patológicos (Figura 1) y sin dificultad durante el procedimiento, con una recuperación sin inconvenientes y al momento del alta sin dolor, *score* de Aldrete modificado 10/10. Doce horas posterior al egreso consulta en el servicio de urgencia por dolor abdominal intenso de inicio agudo, de 2 h de evolución en flanco izquierdo, sin otros síntomas. Se describe taquicárdica, con presión arterial de 90/59 mmHg y el abdomen sensible en forma difusa. Se realiza una tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste (Figura 2).

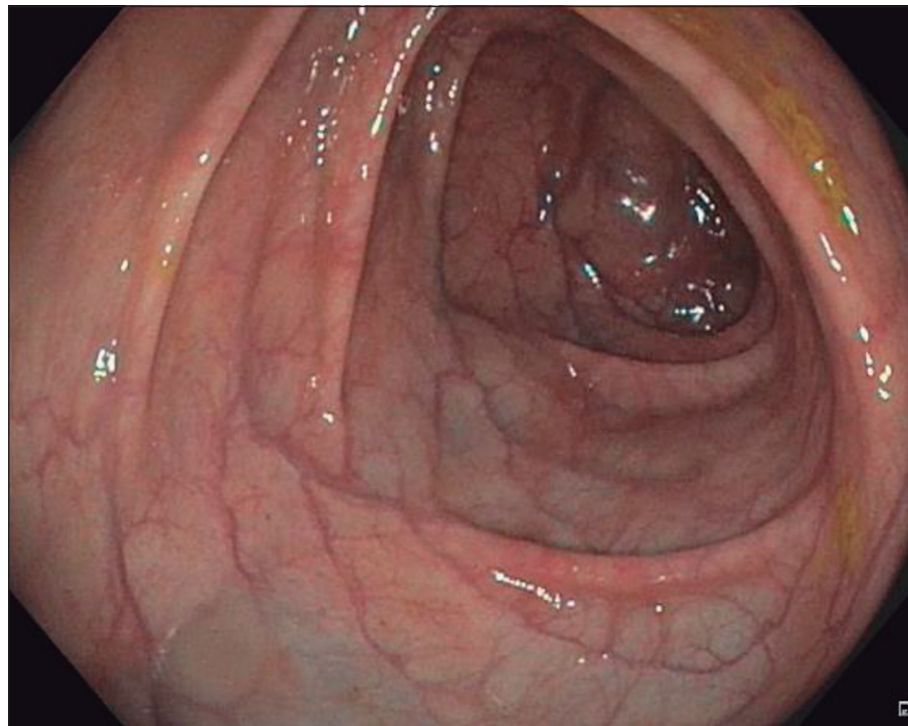


Figura 1. Colonoscopia total sin alteraciones patológicas.

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 2. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste.

En la tomografía se describe un extenso hematoma subcapsular esplénico, asociado a hemoperitoneo difuso con signos de sangrado activo. Luego de su estabilización inicial se decide realizar una laparotomía con esplenectomía, sin incidentes. Posteriormente la paciente evoluciona de forma satisfactoria, otorgándose el alta 5 días después.

Discusión

La colonoscopia es un procedimiento cada vez más frecuente debido al envejecimiento de la población, sus comorbilidades asociadas y al tamizaje de cáncer colorrectal, entre otras^{1,2}. Si bien se considera un procedimiento seguro, no está libre de limitaciones ni menos de complicaciones, por lo que es importante que el médico las exponga claramente al paciente y/o sus familiares previamente de realizar el procedimiento, discutir alternativas al procedimiento y en el caso de presentarse saber identificarlas y manejarlas oportunamente. La tasa global de eventos adversos graves es de 2,8 por 1.000 procedimientos aproximadamente³. Las complicaciones más frecuentemente identificadas y reportadas son las alteraciones cardiorespiratorias, la hemorragia y la perforación. Según una revisión sistemática⁴ las prevalencias agrupadas para perforación, hemorragia post-colonoscopia, y mortalidad relacionada son 0,05; 0,26 y 0,0029%, respectivamente. Sin embargo, existen otras complica-

ciones menos habituales, pero de elevada morbilidad, tales como síndrome post-polipectomía, bacteremia e infecciones a distancia, neumonía aspirativa, injuria esplénica, colitis, diverticulitis, apendicitis, enfisema subcutáneo y explosión por gas¹.

Respecto al caso clínico expuesto sobre injuria esplénica, deseamos destacar que es una complicación infrecuente de la colonoscopia cuya incidencia varía entre 1 cada 13.000 y 22.000 procedimientos, pero con una mortalidad asociada entre 5 y 8%⁵⁻⁷. Existen distintas teorías respecto al mecanismo del daño en el bazo: avulsión capsular y laceración directa con el paso del endoscopio, tracción excesiva del ligamento esplenocólico, secundario a la formación de adherencias y por formación de asa en el ángulo esplénico⁸. Se han descrito como factores de riesgo la esplenomegalia, neoplasias, adherencias, patología inflamatoria de colon y el uso de anticoagulantes. Otros autores asocian la rotura esplénica a una tracción excesiva, trauma directo durante el examen, un procedimiento técnicamente difícil y poca experiencia del colonoscopista^{6,7}. A pesar de lo anterior, en varias series de casos se describe esta complicación en exámenes aparentemente sin dificultad y por operadores experimentados, como en el caso clínico expuesto^{8,9}. Un estudio observacional reciente comparó la incidencia de injuria esplénica con la sedación por anestesiista, no encontrando diferencias significativas⁵. El manejo con frecuencia es quirúrgico, se describe la necesi-

Imágenes en Gastroenterología

dad de esplenectomía en cerca del 65% de los casos, describiéndose principalmente como hallazgo en la intervención un hematoma en 47% y laceración en 33% de los casos⁶.

En conclusión, presentamos un caso de una complicación infrecuente de significativa morbi-mortalidad que enfatiza la necesidad de conocer el amplio espectro de resultados adversos relacionados a la colonoscopia. Las complicaciones asociadas a la colonoscopia son inherentes al procedimiento y no implican necesariamente negligencia del operador. Es importante que los equipos de las unidades de endoscopia velen por optimizar y cumplir al máximo los indicadores de calidad en colonoscopia recomendados por las sociedades científicas tanto nacionales como

internacionales; reportar prospectivamente, medir su incidencia local y analizar estos incidentes para prevenir y reducir su presentación; y además, generar sistemas de pesquisa precoz con indicaciones post-alta precisas para lograr un manejo oportuno, disminuyendo así las consecuencias de éstas.

Es responsabilidad del equipo médico entablar una adecuada relación con el paciente y/o familiares, exponiendo claramente las limitaciones, el balance de los riesgos vs los beneficios y alternativas al procedimiento, especialmente en pacientes de mayor riesgo, tales como adultos mayores, mujeres con índice de masa corporal (IMC) bajo, con comorbilidades, diverticulosis, y usuarios de antitrombóticos entre otros, para que puedan tomar la mejor decisión libre e informada.

Referencias

1. Fisher D. Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2011;74:745-52.
2. Rex D. Quality indicators for colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2015;110:72-90.
3. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, et al. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. [summary for patients in *Ann Intern Med* 2008;149:1-44; PMID: 18838719 Epub 2008 Oct 6]. *Ann Int Med* 2008;149:638-58.
4. Reumkens A. Post-colonoscopy complications: a systematic review, time trends, and meta-analysis of population-based studies. *Am J Gastroenterol* 2016; 111:1092-101.
5. Bielawska B. Anesthesia Assistance in Outpatient Colonoscopy and Risk of Aspiration Pneumonia, Bowel Perforation, and Splenic Injury. *Gastroenterology*. 2018;154:77-85.
6. Kamath AS, Iqbal CW, Sarr MG, et al. Colonoscopic splenic injuries: incidence and management. *J Gastrointest Surg* 2009;13:2136-40.
7. Jehangir A, Ram Poudel D, Masand-Rai A, et al. A systematic review of splenic injuries during colonoscopies: Evolving trends in presentation and management. *International Journal of Surgery* 2016;33:55-59.
8. Ha J. Splenic injury in colonoscopy: a review. *Int J Surg*. 2009;7:424-7.
9. Guerra JF, San Francisco I, Pimentel F, et al. Splenic rupture following colonoscopy. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6410-2.