

Disfonía Como Presentación Precoz de Perforación Colónica

Elizabeth Barrera Melgarejo¹, Rebeca Joya Vázquez¹, Molina Sánchez Antonio¹, Ángeles López López¹, Olga Gómez García¹, José Bengochea Cantos²

RESUMEN

Se presentan dos casos clínicos, en los que la sintomatología principal fueron disfonía y enfisema subcutáneo cervical, encontrándose neumomediastino, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo causados por perforación colónica, ambos pacientes fueron intervenidos en el Hospital Campo Arañuelo de Navalmoral de la Mata.

Rara vez la disfonía y el enfisema subcutáneo cervical pueden ser la primera manifestación de una perforación oculta del tracto gastrointestinal o de otro proceso retroperitoneal. El enfisema subcutáneo causado por perforaciones colónicas no traumáticas es extremadamente raro, pero debe considerarse cuando el origen del enfisema subcutáneo no ha sido encontrado. Los enfisemas subcutáneos no iatrogénicos son escasos en la bibliografía, y constituyen signos de diverticulitis sigmoidea perforada o carcinoma asociado como casos mas frecuentes. Generalmente el pronóstico de estos enfermos es malo, siendo el enfisema subcutáneo un signo poco frecuente pero ominoso de perforación de víscera hueca abdominal. Ambos pacientes fueron intervenidos y requirieron tratamiento antibiótico de amplio espectro, uno de ellos necesito ser trasladado por necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos para soporte ventilatorio, siendo posteriormente reintervenido en nuestro hospital por un absceso residual y dado de alta.

PALABRAS CLAVE: Disfonía, Enfisema Subcutaneo, Perforacion Colonica

Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-4: 381-385

ABSTRACT

We report two cases with similar main complaints: dysphonia and subcutaneous cervical emphysema. After diagnosis procedures we identified pneumomediastinum, pneumoperitoneum and pneumoretroperitoneum caused by colonic perforation. Both patients underwent surgical treatment at Hospital Campo Arañuelo, Navalmoral de la Mata. Dysphonia and subcutaneous cervical emphysema are infrequent symptoms of presentation for occult gastrointestinal tract perforation or any retroperitoneal condition. Subcutaneous emphysema due to colonic perforation is extremely uncommon but it must to be considerate as a cause when its etiology remains unknown.

Non iatrogenic subcutaneous emphysema is very rare in publications and is mostly associated with perforated sigmoid diverticulitis or carcinoma and the prognosis is poor. Both patients underwent surgical treatment and also a wide spectrum antibiotic course. One of them needed respiratory support in the intensive care unit, and, in the outcome, he required a second surgical procedure to evacuate a residual abscess before discharge.

KEY WORDS: Dysphonia, Subcutaneous Emphysema, Colonic Perforation

1. **Facultativo Especialista de Área. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata (Cáceres). España.**
2. **Jefe de Sección. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata (Cáceres). España.**

INTRODUCCIÓN

Se presentan dos casos clínicos, en que la sintomatología principal fueron disfonía y enfisema subcutáneo cervical, encontrándose neumomediastino, neumoperitoneo y retro-neumoperitoneo causados por perforación colónica, uno por colonoscopia y uno por diverticulitis aguda, ambos pacientes fueron intervenidos en el Hospital Campo Arañuelo de Navalmoral de la Mata.

CASO 1

Se presenta el caso de un paciente varón de 79 años, con un tiempo de enfermedad de 24 horas, que acude a urgencias por presentar enfisema subcutáneo a nivel de cara y cuello que se asocia a disfonía, fiebre de 40° C y dolor abdominal en fosa iliaca derecha en las últimas horas. Presenta como antecedentes: cáncer de colon sigmoideo, con una resección anterior baja 5 años atrás, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, hipotiroidismo, ex fumador, no reacción alérgica a medicamentos y la realización de una colonoscopia 24 horas antes del ingreso.

Al examen físico, se encontraba con una PA: 100/50 mmHg, FC: 86 x', afebril, buen estado general, consciente, orientado, con edema palpebral bilateral a predominio izquierdo y enfisema subcutáneo en cara, cuello, tórax y abdomen.

En tórax hay pasaje de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares con roncus aislados. El abdomen es blando, depresible y doloroso a nivel de fosa iliaca derecha, sin signos peritoneales.

En la analítica: hemoglobina 10,2; leucocitos 8400(78,9% neutrófilos).

En la radiografía de tórax: signos de enfisema subcutáneo y neumomediastino. Imagen de neumoperitoneo bilateral. Figura 1. En la radiografía de abdomen simple: se encuentra retroneumoperitoneo. Figura 2.



Figura 1. Rayos X tórax: Neumoperitoneo bilateral, neumomediastino y enfisema subcutáneo

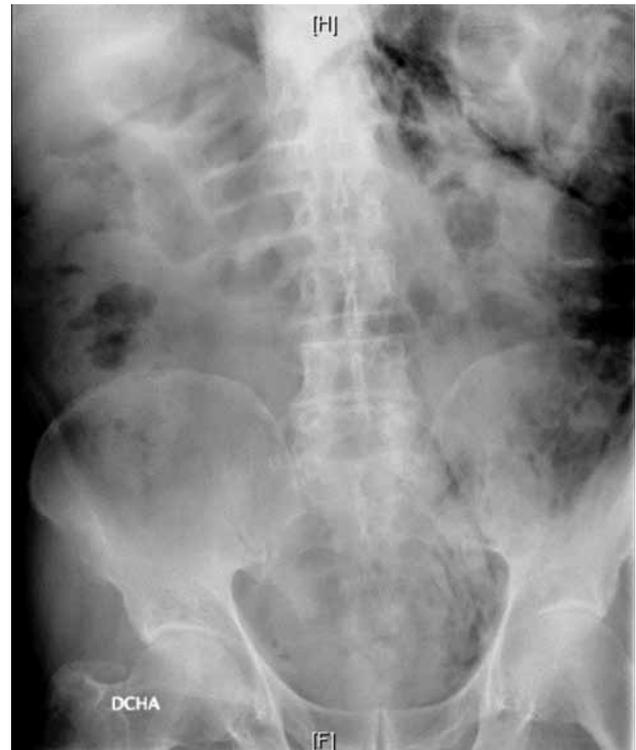


Figura 2. Rayos X abdomen simple. Neumoretroperitoneo.

El paciente fue intervenido de urgencia, realizándose una laparotomía exploratoria con rafia de colon, por encontrarse un hematoma en pared posterolateral de sigmoides, con una perforación puntiforme por donde salía una mínima cantidad de contenido seropurulento. Recibió tratamiento antibiótico con metronidazol y gentamicina. El paciente evolucionó de forma satisfactoria por lo cual a partir del cuarto día y previa verificación de tránsito intestinal se realiza tolerancia oral con líquidos la cual es satisfactoria. El paciente fue dado de alta al octavo día.

CASO 2

Se trata de un paciente varón de 42 años, que acudió con un tiempo de enfermedad de 8 días, se inició con dolor lumbar intenso con irradiación a ambos flancos y que estuvo recibiendo analgésicos. El día del ingreso presentó sensación de falta de aire y cambios en la voz, luego aparece fiebre. Presenta distensión abdominal y aumento de disfonía por lo que acude a urgencias, en donde presento aumento de disnea. Presenta como antecedentes recibir tratamiento para depresión y no ser alérgico a medicamentos.

Al examen físico presentó disfonía, disnea y enfisema cervical importante. En tórax hay uso de músculos accesorios para la respiración, con murmullo vesicular disminuidos en hemitorax derecho en los dos tercios inferiores. El abdomen estaba distendido, tenso con dolor difuso a la palpación, y signos de irritación peritoneal.

En la tomografía cérvico-toraco-abdomino-pélvica, se encuentra: enfisema cervical. Signos de neumomediastino.

Derrame pleural bilateral. No signos de neumotórax. Signos de retroneumoperitoneo. Líquido libre en parietocolico derecho. Figura 3, 4 y 5.



Figura 3. Tomografía Axial Computarizada. Neumomediastino. Derrame Pleural bilateral.

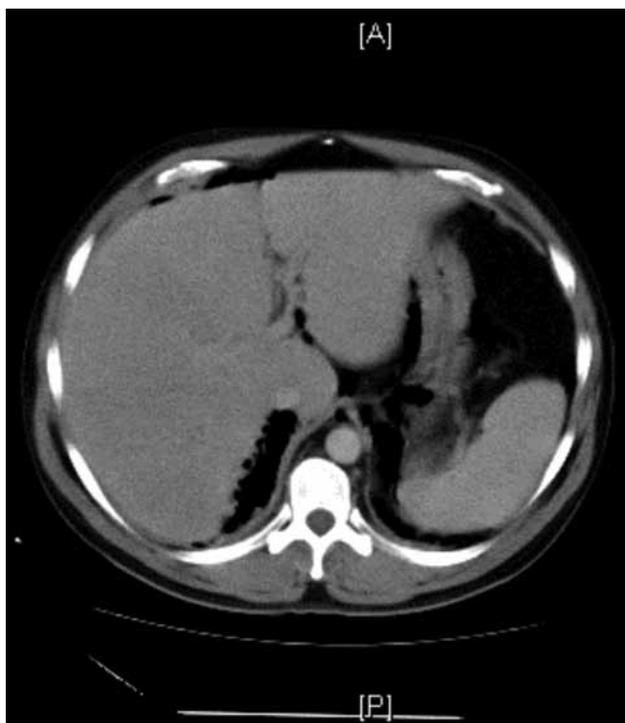


Figura 4. Tomografía Axial Computarizada. Neumoperitoneo. Neumoretroperitoneo.



Figura 5. Tomografía Axial Computarizada. Neumoretroperitoneo

El paciente fue intervenido de urgencia, realizándose una laparotomía exploratoria con colostomía a lo Hartmann y apendicetomía. Se encontró una zona plastronada en flanco derecho y en hipogastrio, por donde se aspiró un absceso retroperitoneal de 200cc de pus con muy mal olor. El apéndice era retrocecal ascendente, no complicado, pero dentro del absceso con compromiso de la grasa, por lo que fue extirpado. Se encontró una zona de necrosis, con mucha inflamación en la cara posterior de recto superior que va hacia retroperitoneo, no identificándose zona de perforación. Se realizó resección de la zona, con colostomía en flanco izquierdo. Recibió cobertura antibiótica con metronidazol y gentamicina. Por deterioro respiratorio y necesidad de ventilación mecánica fue trasladado para manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos, posteriormente regreso al servicio siendo reintervenido por un absceso residual retroperitoneal a través de una lumbotomía derecha, luego de lo cual fue dado de alta.

DISCUSIÓN

Los pacientes que presentamos resaltaron el hecho de presentar un cambio de voz progresivo; tornándose cada vez más aguda, que asociada al enfisema celular subcutáneo los llevo a consultar por urgencias.

Rara vez la disfonía y el enfisema subcutáneo cervical pueden ser la primera manifestación de una perforación oculta del tracto gastrointestinal o de otro proceso retroperitoneal. Esto se produce por la continuidad de los tejidos blandos con el mediastino; porque el aire diseca los mesos y se produce paso de gas a través del hiato aórtico y con ello se produce

neumomediastino, desde aquí se origina enfisema subcutáneo por disección desde los tejidos profundos del cuello ¹.

El enfisema subcutáneo se define por la presencia de gas en el tejido celular subcutáneo y puede presentarse con numerosas patologías; siendo la principal la ruptura del árbol respiratorio ya sea por enfermedad pulmonar o por traumatismo. Otras patologías que pueden causar enfisema subcutáneo son las perforaciones de esófago y las infecciones de partes blandas por gérmenes productores de gas. La aparición de enfisema subcutáneo como signo clínico de perforación espontánea de víscera hueca intraabdominal es muy infrecuente ², y son escasas las referencias en la bibliografía. El enfisema subcutáneo causado por perforaciones colónicas no traumáticas es extremadamente raro, pero debe considerarse cuando el origen del enfisema subcutáneo no ha sido encontrado. Los casos más frecuentes los constituyen la diverticulitis sigmoidea perforada o el carcinoma de colon complicado ^{3, 4, 5, 6, 7, 8}. Aun más inusuales son los casos en que se presentan por una enfermedad inflamatoria intestinal, como la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. ^{9, 10, 11}

El riesgo de perforación por colonoscopia diagnóstica se reporta en un rango de 0,03% a 0,65%, mientras que en las colonoscopias terapéuticas es de 0,073% a 2,14%. ^{12, 13}. La perforación intestinal puede ocurrir durante la colonoscopia, el gas puede pasar al espacio retroperitoneal, causando neumoretroperitoneo, neumomediastino, neumoescrito y enfisema subcutáneo. También han sido reportados casos de perforación colónica como complicación de un enema de bario a doble contraste. ¹⁴

En nuestros casos uno de los pacientes presentó perforación colónica post-colonoscopia y el otro por un cuadro de diverticulitis aguda.

El tratamiento de las perforaciones está en controversia, y en la bibliografía no existe evidencia científica que establezca la mejor opción ¹⁵. Hall muestra unas series publicadas de perforaciones durante la realización de una colonoscopia tratadas con medidas conservadoras con menor mortalidad, que otras que optaron por un tratamiento quirúrgico. De hecho están descritos casos que han cursado de forma totalmente asintomática y han cuestionado la incidencia real de esta complicación. Un factor a tener en cuenta es que se trata generalmente de pequeñas perforaciones en pacientes que tienen una buena preparación del colon, por lo que estaría justificada en principio una actitud expectante ante la evolución del enfermo, salvo que exista una perforación grande (dado el riesgo de una peritonitis franca o de formación de abscesos) o un carcinoma asociado, donde estaría indicado un tratamiento quirúrgico desde el primer momento. ⁵

Sin embargo según Duron y Cifuentes el pronóstico de estos pacientes es malo (edad avanzada, infección peritoneal...) siendo el enfisema subcutáneo un signo poco frecuente pero ominoso de perforación de víscera hueca abdominal ^{2, 16, 17}. El desarrollo de síntomas por una perforación retroperitoneal puede ser dramático y presentar un rápido deterioro por mediastinitis debido a la propagación de un absceso al mediastino, como fue reportado por Krasheninnikoff y Duus ^{1, 6, 18}. Por lo que una pronta acción quirúrgica puede evitar poner en peligro la vida. ¹

Correspondencia

Dra. Elizabeth Barrera Melgarejo

Correo electrónico: barreraelizabeth@hotmail.com

REFERENCIAS

- BESIC N, ZGAJNAR J, KOCIJANCIC I. Pneumomediastinum, pneumopericardium, and pneumoperitoneum caused by peridiverticulitis of the colon: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 766-768.
- TURUMBAY F, BLASCO J, AYENSA J et al. Enfisema subcutáneo como signo de perforación colónica tras diverticulitis aguda. *Emergencias* 2000; 12:208-210.
- RANGEL E, MARIN Y, PARRA B et al. Enfisema subcutáneo como signo de perforación de colon. *Radiología* 2005; 47(6):344-346.
- SCHMIDT G, BRONKHORST M, HAETGRINK H et al. Subcutaneous cervical emphysema and pneumomediastinum due to a lower gastrointestinal tract perforation. *World Gastroenterol* 2008; 14(24): 3922-3923.
- DIAZ M, RODRIGUEZ A, CERDEIRA P, et al. Neumomediastino y enfisema subcutáneo como signos de perforación de colon. *Emergencias* 1998. 10(2): 110-112.
- ORTEGA J. Neumotórax, neumoperitoneo y retro-neumoperitoneo debidos a perforación espontánea del colon. *Med Intensiva* 2006. 30(2): 82-83.
- ASANO T, BURNS A, PINCHUK B et al. Surgical images: soft tissue. An unusual presentation of perforated sigmoid colon. *J Can Chir* 2008. 51(6): 474-475.
- COSTA R, ARROYO A, FERNÁNDEZ A et al. Cartas al director. Enfisema subcutáneo cervicofacial como manifestación clínica inicial única de diverticulitis complicada. *Rev Clin Esp* 2002; 202(4):243-244.
- CASTILLO M, PONS J, Riquelme J et al. Cartas al director. Perforación retroperitoneal, neumomediastino y enfisema subcutáneo en la colitis ulcerosa grave. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26(4):275-277.
- SANCHEZ E, BERNARD M, ASENSIO M. Cartas al director. Neumoperitoneo y enfermedad de Crohn. *FMC* 2008; 15(7): 454-458.
- HOLTON L, MIGALY J, ROLANDELLI R. Pneumomediastinum, subcutaneous emphysema, pneumopericardium, and pneumoretroperitoneum after proctocolectomy for ulcerative colitis. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(4): 567-570.

12. WEBB T. Pneumothorax and Pneumomediastinum during colonoscopy. *Anaesthesia and Intensive care* 1998; 26(3):302-304.
13. QUINTANO A, HOLANDA M, GONZALES A et al. Neumotórax bilateral, neumomediastino y enfisema subcutáneo progresivo tras colonoscopia sin evidencia quirúrgica de perforación intestinal. *Medicrit* 2007; 4(1): 36-38.
14. PETERSON N, ROHRMANN C, LENNARD S. Diagnosis and treatment of retroperitoneal perforation complicating the double-contrast barium-enema examination. *Radiology* 1982; 144(2): 249-252.
15. MENCHEN B, MOLINA M, MANZANARES C, et al. Cartas al director. Neumoperitoneo, neumomediastino y enfisema cervical subcutáneo tras colonoscopia. *Cir Esp* 2006; 79(4):259-261.
16. DURON J, DURON J, MANEGLIA R et al. Emphysème sous-cutané d'origine digestive abdominale: A propos de cinq cas. *Ann Chir* 1980; 34:425.
17. CIFUENTES J, AGUALLO J, ROBLES R et al. Enfisema subcutáneo como manifestación inicial de perforación de víscera hueca abdominal. *Rev Esp Enf Dig* 1990; 78:38-40.
18. KRASHENINNIKOFF M, DUUS B. Mediastinal and subcutaneous cervical emphysema caused by perforating sigmoid cancer. Case report. *Acta Chir Scand* 1988; 154: 541-542.