

## PERFORACIÓN ESTERCORÁCEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Juan José Sánchez Rodríguez<sup>1</sup> / Dra. Joana San Antón Beranoaguirre<sup>1</sup> / Dra. Julien Caballero Castro<sup>2</sup> / Dra. Ana Cristina Utrillas Martínez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente del servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Obispo Polanco. Teruel Teruel

<sup>2</sup> Médico adjunta del servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>3</sup> Médico adjunta del servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Obispo Polanco. Teruel

### RESUMEN

**Antecedentes:** la perforación estercorácea de colon es una entidad clínica poco frecuente. Se produce por la isquemia y necrosis que causa la presión directa de un fecaloma sobre la pared cólica.

**Caso clínico:** mujer de 74 años que acude a urgencias con dolor abdominal difuso, a la exploración se palpa fecaloma, y en la analítica se evidencia infección urinaria. Se decide ingreso, durante el cual presenta empeoramiento clínico con sospecha de abdomen agudo, por lo que se realiza TAC abdomino-pélvico, en el que se evidencia neumoperitoneo y fecaloma gigante a nivel recto-sigmoideo.

La paciente es intervenida de forma urgente, evidenciándose perforación estercorácea a nivel de sigma. Se realiza procedimiento de Hartmann.

**Conclusión:** la perforación estercorácea se ha reportado en 3.2% de todas las perforaciones colónicas. Puede presentarse casi en cualquier edad, aunque generalmente ocurre en pacientes mayores de 70 años con estreñimiento crónico grave. La sintomatología suele ser de peritonitis difusa. El TAC suele ser la mejor opción diagnóstica. El tratamiento consiste en reanimación preoperatoria e intervención quirúrgica con resección del segmento cólico afecto y eliminación de restos fecales.

### PALABRAS CLAVE

Perforación estercorácea, fecaloma, colitis, neumoperitoneo

### STERCORACEUS PERFORATION: ABOUT A CASE

#### ABSTRACT

**Introduction:** stercoraceous perforation of the colon is an unusual clinical entity. It is the effect of ischemia and necrosis caused by the direct pressure of feces (fecaloma) on the colon's wall.

**Clinical case:** 74 years old female patient goes to the ER with diffuse abdominal pain. Fecaloma is detected via rectal palpation which is partially extracted. Analytical tests show evidence of leucocytosis and pathological urinary sediment. Twenty-four hours after hospitalization, clinical complications appear that suggest acute abdomen. Then pneumoperitoneum and giant fecaloma in the sigmoid and rectum are detected through an abdominal pelvic CAT scan. Patient has urgent surgery in which stercoraceous perforation of the sigmoid is confirmed.

**Conclusion:** 3.2% of perforations of the colon are stercoraceous. It can affect individuals of all ages with an emphasis on 70 plus year olds who suffer from serious chronic constipation. Often it shows similar symptoms as of diffuse peritonitis. CAT scan is the most effective way to diagnose the pathology. Treatment includes fluid and antibiotic therapy, and surgery with resection of the colon and removal of fecal waste.

#### KEY WORDS

Stercoraceous perforation, fecaloma, colitis, pneumoperitoneum

# Notas Clínicas

## INTRODUCCIÓN

La perforación de colon tiene múltiples etiologías, entre las cuales la estercorea es una muy poco frecuente. Se produce por la presión directa de un fecaloma gigante en la pared del colon, ocasionando una isquemia y necrosis de la pared intestinal y, como consecuencia, la perforación de la misma<sup>1</sup>. Fue descrita por primera vez en 1894, y actualmente los casos descritos en la literatura no llegan a sumar 2002. Se presenta un caso clínico junto con una revisión bibliográfica.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 74 años, con antecedentes de: alergia a Fenilbutazona y Pirazonas, diverticulosis colónica con episodios de rectorragia, estreñimiento crónico, estenosis del canal lumbar y espondilolistesis L3-L4-L5 con secuela de parresia en pierna derecha en territorio de S1, por

síndrome de cola de caballo, e incontinencia doble, portadora de sonda vesical permanente. Además, hace un mes sufre caída accidental, con fractura supracondílea de fémur derecho, tratada con ortesis. Como tratamiento habitual destaca el uso de AINEs y Flatoril cada 8 horas de forma crónica.

La paciente refiere agravamiento de su estreñimiento de 8 días de evolución, asociado a dolor abdominal en hemiabdomen inferior de tipo opresivo, de moderada intensidad, que se incrementa con los cambios posicionales. Valorada por su médico de atención primaria, se le administraron 2 enemas que no fueron efectivos, por lo que se la remite a urgencias. Durante la anamnesis, la paciente reconoce el consumo crónico de antidiarreico (loperamida) tras la fractura, para disminuir el número de deposiciones.

A la exploración, destaca abdomen poco depresible, timpánico, doloroso a la palpación difusa. Peristaltismo presente sin ruidos metálicos. Al tacto rectal se aprecia fecaloma que se extrae parcialmente. Analíticamente se observa leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica, proteína C reactiva (PCR) >270, alcalosis respiratoria, y cualitativo de orina patológico con nitritos positivo.

Se realiza radiografía de abdomen y ecografía abdominal, donde se evidencia ampolla rectal muy distendida con contenido fecaloideo en su interior, sin niveles hidroaéreos.

La paciente ingresa con diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU).

Durante las primeras 24 horas de su ingreso presenta empeoramiento de la clínica, con distensión y aumento del dolor abdominal, a la exploración Blumberg positivo, peristaltismo ausente, por lo que se sospecha abdomen agudo y se solicita TAC abdómino-pélvico (Fig. 1 y 2).

En el TAC se evidencia neumoperitoneo, con pequeñas burbujas y láminas aéreas en el sector anterior y superior del abdomen, a nivel subfrénico derecho, pericolon transverso, paraduodenales e interasas. Todo el colon se halla ocupado por abundante material fecal, más evidente a nivel recto-sigmoideo, con gran distensión que incluye a la ampolla rectal (fecaloma), alcanzando los 10 cm de diámetro. Las



Fig. 1. reconstrucción coronal de TAC: distensión de sigma ocupado por heces (asterisco).

## Notas Clínicas

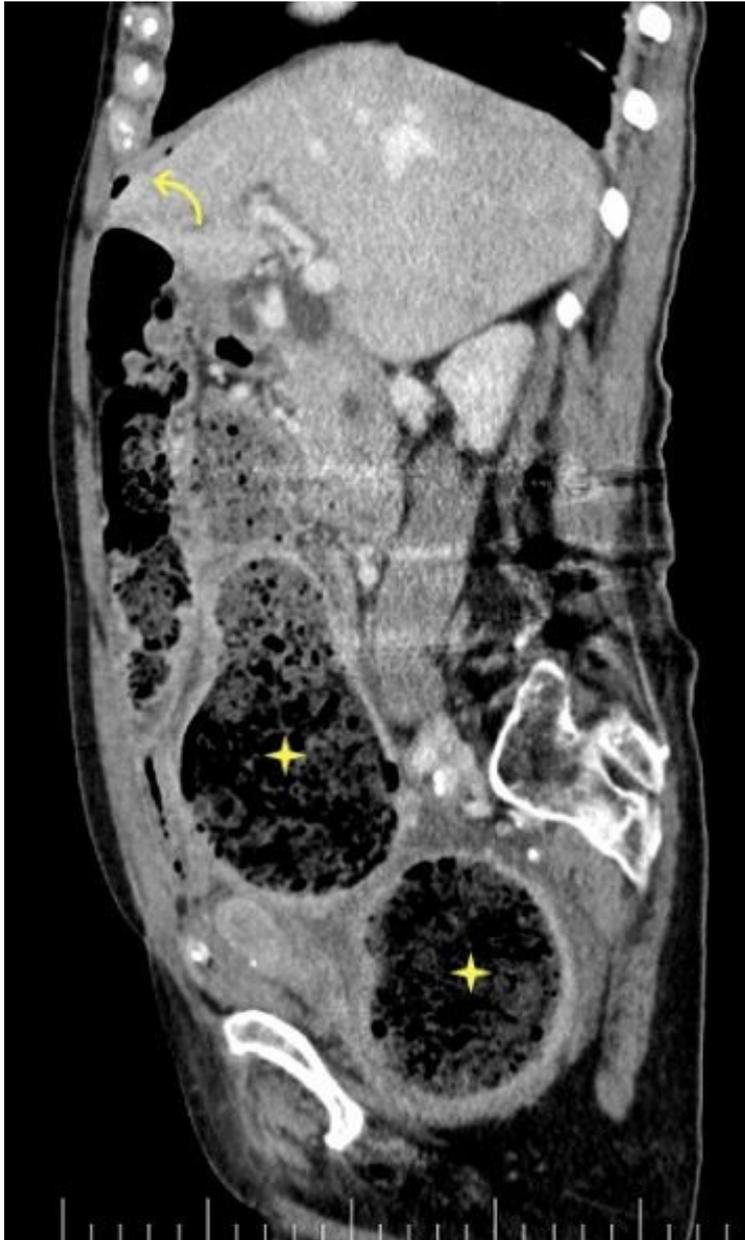


Fig. 2. Reconstrucción sagital de TAC: distensión de sigma ocupado por heces (asterisco) y neumoperitoneo (flecha).

paredes del colon no se ven engrosadas, y no se logra identificar el sitio probable de perforación causante del neumoperitoneo. Líquido libre intraperitoneal a nivel de interasas y en cavidad pelviana, de alta densidad, que sugiere ser purulento o fecaloideo.

Dados los hallazgos, se realiza intervención quirúrgica urgente. Se evidencia líquido purulento, junto con sigma muy distendido, ocupando la totalidad de la pelvis, y con perforación de medio centímetro aproximadamente a nivel anterior. Se realiza sigmoidectomía y colostomía terminal (procedimiento de Hartmann).

Tras 11 días de ingreso, la paciente tolera dieta oral y la colostomía es funcional. La anatomía patológica de la pieza se informa como colitis isquémica aguda perforada, y en la microbiología del líquido peritoneal se cultiva *E.Coli* multisensible.

### DISCUSIÓN

La perforación cólica puede producirse por diversas causas, incluyendo la estercórea, la cual se ha reportado en 3.2% de todas las perforaciones de colon, y en 1.2% de las cirugías colorrectales urgentes<sup>1,3</sup>. La perforación estercórea o estercorácea consiste en una ruptura de la pared intestinal en una zona con úlcera subyacente, causada por la presión directa de un fecaloma en la pared del colon<sup>2</sup>. Se ha reportado una mortalidad de hasta el 35% en pacientes que presentan colitis estercórea con perforación<sup>3</sup>.

Este tipo de perforaciones suelen tener bordes necróticos e inflamados. Por dentro del colon hay una necrosis extensa de la mucosa, considerablemente más grande que el sitio de perforación, con frecuencia, el fecaloma tapona el lugar de la perforación<sup>4</sup>. En el presente caso se evidenció durante la intervención un sigma muy distendido con signos macroscópicos de sufrimiento intestinal, debido al aumento de presión provocado por el fecaloma, junto con una perforación ligeramente taponada por el mismo, pero por la que salía material fecaloideo tras la movilización. En la anatomía patológica se informa como colitis isquémica aguda, aunque dados los hallazgos intraoperatorios, el término sería colitis estercorácea perforada.

La perforación estercórea fue descrita por primera vez por J.A. Berry, en 1894; se trata de una entidad clínica poco frecuente. Puede presentarse casi en cualquier edad, aunque generalmente ocurre en pacientes mayores de 70 años con estreñimiento crónico grave, debilitados y/u hospitalizados que se encuentran inmobilizados y polimedicados<sup>1</sup>. En nuestro caso, la paciente cuenta con los antecedentes previamente descritos, que favorecen un encamamiento prolongado y predisponen a la formación de fecalomas.

## Notas Clínicas

Entre los factores etiológicos de la perforación estercórea se encuentran el estreñimiento crónico, la presencia de fecalitos, los movimientos intestinales dificultosos y el consumo prolongado de medicamentos como anti-diarréicos, opiáceos, antidepresivos tricíclicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o antipsicóticos, así como la insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. La paciente del presente caso tomó loperamida durante varios días, dada su incontinencia fecal y la necesidad de cuidados externos.

El estreñimiento crónico puede potenciar la formación de fecalomas duros que mantienen una presión persistente sobre la pared intestinal, conduciendo a la necrosis por hiperpresión de la mucosa<sup>5</sup>. Es por esto que se considera como el mayor factor predisponente para el desarrollo de úlcera estercórea, encontrándose entre el 61 y 81% de los casos<sup>4</sup>. Sin embargo, el estreñimiento crónico y la impactación fecal tienen una amplia prevalencia en los países occidentales, por lo que resulta sorprendente que esta complicación no sea tan común<sup>3</sup>.

La perforación estercórea suele ocurrir a nivel de sigma y en rectosigma (hasta 90% de los casos), seguido de ciego (9%), colon transversal (7%) y colon descendente (5%). Usualmente en el borde antimesentérico, ya que la isquemia producida por la hiperpresión del fecaloma afecta primero a esta zona<sup>1,2,6</sup>. En el presente caso clínico, la localización de la perforación es la típica descrita por la literatura (sigma), a nivel del borde antimesentérico.

El diagnóstico clínico frecuentemente no se realiza de forma preoperatoria. De hecho, según la bibliografía esto sólo ocurre entre el 8 y el 11% de los casos<sup>2</sup>. Los síntomas de la colitis estercórea son inespecíficos, siendo los más frecuentes: estreñimiento crónico, dolor abdominal con/sin distensión, fiebre, dolor a la realización de tacto rectal, palpándose fecaloma. Cuando se produce la perforación, el paciente puede desarrollar rápidamente signos y síntomas de peritonitis difusa, como rigidez muscular involuntaria y dolor al rebote<sup>1</sup>. La paciente del caso presentó dichos síntomas, por lo que se procedió a la realización de TAC abdomino-pélvico e intervención quirúrgica posterior.

La radiografía de abdomen no ha demos-

trado ser un método sensible para el diagnóstico de esta patología. Según la literatura, el hallazgo de aire intraperitoneal se observa en un 30% de los pacientes con perforación estercórea. El TAC suele ser la mejor opción diagnóstica. Se puede observar fecaloma protruyendo a través de la pared colónica, engrosamiento focal de la pared del sigma, burbujas de gas extraluminales y/o neumoperitoneo moderado, junto con material fecal extraluminal en la pelvis<sup>1,5,6</sup>. En el presente caso, se describe todo esto en el TAC, a excepción del engrosamiento parietal y la localización de la perforación.

El tratamiento consiste en la reanimación preoperatoria, tratamiento antibiótico, fluidoterapia; e intervención quirúrgica con resección del segmento cólico afecto y eliminación de restos fecales<sup>1,2</sup>. Tanto la reanimación como la cirugía deben ser lo más urgente posible, para disminuir la elevada mortalidad de esta patología. La resección con colostomía terminal o procedimiento de Hartmann es la técnica de elección al presentar una mortalidad quirúrgica más baja (entre 23 y 32%). El colon remanente debería ser evaluado tanto en busca de úlceras estercóreas, como para descartar neoplasias, y extraer las masas fecales, para así evitar una segunda perforación<sup>1,4</sup>.

Además, si el paciente es dado de alta, deberá realizarse colonoscopia de control a los 3 o 5 meses del episodio<sup>5</sup>

Por último, esta enfermedad podría prevenirse tomando las siguientes medidas<sup>1</sup>:

1. Informar a la población sobre el riesgo de perforación estercórea en pacientes que presentan estreñimiento crónico.
2. Monitorizar cuidadosamente los hábitos intestinales de los pacientes encamados crónicos y debilitados, con parálisis cerebral, demencia, parálisis motora y alteraciones mentales.
3. Realizar exploración abdominal y tacto rectal a pacientes encamados regularmente, con el objetivo de prevenir fecalomas y colitis estercórea.
4. Si se evidencia fecaloma, extracción manual del mismo, lo cual también estimula la motilidad intestinal.

# Notas Clínicas

## CONCLUSIÓN

La perforación estercórea es una causa poco común de perforación intestinal. Debe tenerse en cuenta en pacientes con estreñimiento crónico y encamamiento prolongado, con dolor y distensión abdominal, así como si presentan signos de peritonitis. La realización precoz de TAC abdomino-pélvico, así como una intervención quirúrgica temprana, son fundamentales para disminuir la elevada mortalidad de esta patología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho Aguilera JF, Arenas Lugo RE, Waldo Luna A. Stercoral perforation of the colon: case report and review of the literature. *Medwave* 2015 Mar;15(2):1-8.
2. Kang J, Chung M. A stercoral perforation of the descending colon. *Journal of the Korean Surgical Society*. 2012;(82):125-127.
3. Marget M, Ammar H. Not your usual constipation: stercoral perforation. *BMJ Case Rep*. 2017:1-3.
4. Naseer M, Gandhi, J, Chams N, Kulairi Z. Stercoral colitis complicated with ischemic colitis: a double-edge sword. *BMC Gastroenterology*. 2017;(17):129-134.
5. Fevzi Celayir M, Mustafa Köksal H, Uludag M. Stercoral perforation of the rectosigmoid colon due to chronic constipation: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2017;(40):39-42.
6. Zurabishvili K, Rekhviashvili A, Sakhamberidze M, Tsiklauri K. A case of giant fecaloma in a 24-year-old woman. 2015;(3):11-15.