

Colonoscopia como opción terapéutica ante rectorragia aguda tras sigmoidectomía

Colonoscopy as a therapeutic option for acute after sigmoidectomy rectal bleeding

Araceli Moreno-Navas, Irene Gómez-Luque*, César Díaz-López y Javier Briceño-Delgado

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un varón de 58 años con antecedentes de apendicectomía diagnosticado en el programa de cribado de cáncer colorrectal mediante colonoscopia de una lesión mamelonada y ulcerada a 25 cm del margen anal, cuya biopsia tuvo como resultado adenocarcinoma, con estudio de extensión negativo. Se programa para realizar sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis mecánica TT con endograpadora circular ILS 29, con extracción de la pieza por incisión de Pfannenstiel y colocación de drenaje Penrose en la pelvis, sin complicaciones durante la intervención.

En el posoperatorio inmediato, a las horas de la cirugía, presenta dos episodios de rectorragia franca sin repercusión hemodinámica y con descenso paulatino de la hemoglobina (14.3, 13, 12 g/dl). Ante la anemia constante decidimos realizar una angiotomografía urgente en la que se objetivó extravasación de contraste en fase arterial en el interior del recto, a nivel de la anastomosis colorrectal, que aumentaba en fase venosa, en relación con sangrado activo. No se observó líquido en la pelvis.

Se solicitó valoración por digestivo de guardia para la realización de una colonoscopia terapéutica precoz en la sala de exploraciones digestivas, junto a anestesiista y cirujano. Durante la colonoscopia se objetivó la anastomosis a 18 cm del margen anal, con abundante sangre fresca, y en la línea de grapas de anastomosis se apreciaba, a las 6 h, sangrado en chorro arterial activo

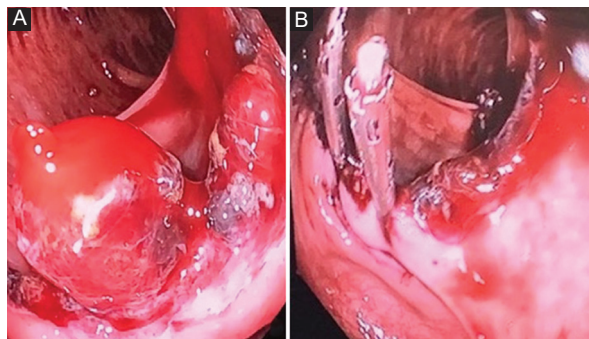


Figura 1. A: imagen colonoscópica. Se observa, a las 6 h, sangrado en chorro arterial activo. **B:** tratamiento endoscópico. Cierre mecánico en cremallera con cinco hemoclips sobre la línea de grapas.

(Fig. 1 A). Tras el lavado de la zona de anastomosis se extrajo el coágulo con trípode, se inyectaron 6 ml de epinefrina 1:10000 y se realizó un cierre mecánico en cremallera con cinco hemoclips sobre la línea de grapas (Fig. 1 B), con lo que se detuvo el sangrado y quedó una línea de sutura estable y sin sangrado activo.

El paciente pasó de nuevo a reanimación y se encontró en todo momento con estabilidad hemodinámica, sin aminas y con una hemoglobina de 10.4 g/dl. Presentó un posoperatorio sin incidencias y fue dado de alta al sexto día postoperatorio.

El sangrado grave de una anastomosis colorrectal es una complicación poco frecuente, descrita en la literatura en torno al 1%¹. La efectividad terapéutica de la colonoscopia está descrita en torno al 81%, siendo factores de buen pronóstico la colocación de

***Correspondencia:**

Irene Gómez-Luque

E-mail: yrenegl@msn.com

0009-7411/© 2022 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 07-02-2022

Fecha de aceptación: 18-02-2022

DOI: 10.24875/CIRU.22000096

Cir Cir. 2023;91(1):139-140

Contents available at PubMed

www.cirurgiaycirujanos.com

hemoclips y el sangrado en los primeros 5 días posoperatorios. No se ha observado relación entre la realización de colonoscopia precoz y el desarrollo de dehiscencia de la anastomosis².

Mostramos la importancia de tener presente, ante una rectorragia aguda posoperatoria, la opción de tratamiento mediante colonoscopia terapéutica precoz, ya que esta técnica permite visualizar de forma directa la lesión y realizar procedimientos terapéuticos en lesiones sangrantes y evitar así recurrir a una intervención quirúrgica³.

La realización de una colonoscopia temprana y el uso de hemoclips es una forma segura y eficiente para controlar la rectorragia grave como complicación de la cirugía colorrectal^{1,4}.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ningún financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Besson R, Christidis C, Denet C, Bruyns L, Levard H, Gayet B, et al. Management of postoperative bleeding after laparoscopic left colectomy. *Int J Colorectal Dis.* 2016;31:1431-6.
2. Liu W, Lin D, Zhong Q, Su M, Li J, Guo X, et al. Endoscopic management of postoperative anastomotic bleeding in patients with colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2020;35:1703-9.
3. Ledo Barro L, Ulla Rocha JL. Información al paciente. *Colonoscopia. Rev Esp Enferm Dig.* 2008;100:372.
4. Amr MA, Alzghari MJ, Polites SF, Khasawneh MA, Morris DS, Baron TH, et al. Endoscopy in the early postoperative setting after primary gastrointestinal anastomosis. *J Gastrointest Surg.* 2014;18:1911-6.