

## Yatrogenia tras colonoscopia

Andreu Arasa C<sup>1</sup>, López-Botet Zuloaga B<sup>1</sup>, Parra Gordo MU, Mula Rey N<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico.

<sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Universitario La Princesa. Madrid

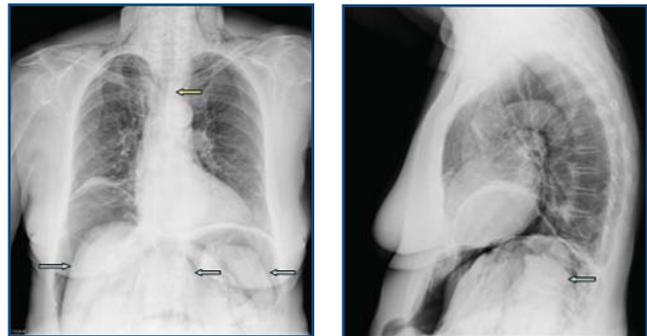
Mujer de 72 años con antecedentes de temblor esencial (en tratamiento con propranolol), apendicectomía, colecistectomía y ooforectomía. Hace dos años, fue diagnosticada de carcinoma de colon en ángulo hepático y se le realizó hemicolectomía derecha ampliada con ileostomía terminal en fosa iliaca derecha (FID).

Acude al hospital a realizarse una colonoscopia de control. Durante el procedimiento se toman biopsias de una formación granulomatosa en el muñón colónico, sin presentarse complicaciones aparentes.

Al día siguiente, la paciente acude al hospital por dificultad respiratoria, dolor abdominal y edema en esclavina. En la exploración, se objetiva enfisema subcutáneo generalizado, disminución del murmullo vesicular y abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación, con bolsa de ileostomía en FID. Con la sospecha de perforación intestinal postcolonoscopia, se realizan radiografías de tórax; ante los hallazgos visualizados, se completa el estudio con tomografía computerizada (TC) tóraco-abdominal.

### HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Radiografía de tórax PA y lateral (*figuras 1 y 2*). Se identifican imágenes radiolucientes de densidad aire (flechas azules) en localización subdiafragmática, que dibujan órganos abdominales como el hígado o el bazo, en relación con neumoperitoneo. Asimismo, se delimitan los músculos psoas y los riñones por la presencia de gas ectópico (retroneumoperitoneo). Identificamos neumomediastino con imágenes lineales de aire, que delimitan estructuras mediastínicas (aorta, corazón y tráquea), que se independizan al estar separadas por un elemento de distinta

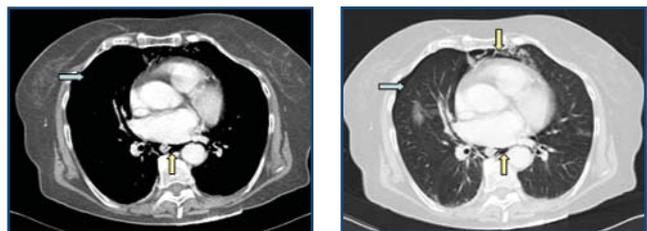


*Figuras 1 y 2.*

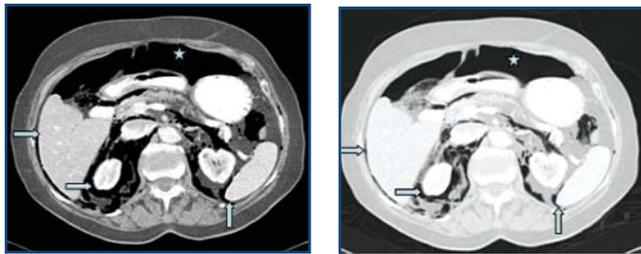
densidad como es el aire. El enfisema subcutáneo se visualiza en la grasa subcutánea del cuello y fosas supraclaviculares.

TC torácico con ventana de partes blandas y ventana de pulmón (*figuras 3a y 3b*). En las imágenes axiales de tórax se aprecia un pequeño neumotórax derecho que puede pasar desapercibido si no usamos la ventana de visualización adecuada (*flechas azules*). En la figura 3b observamos imágenes lineales y burbujas de gas entre esófago y aorta y rodeando el corazón en su porción anterior (*flechas amarillas*), que corresponde a neumomediastino.

TC abdominal con ventana de partes blandas y ventana de pulmón (*figuras 4a y 4b*). En los cortes axiales el aire dibuja el contorno hepático y esplénico,



*Figuras 3a y 3b.*



Figuras 4a y 4b.

con gran cantidad de aire en la cavidad abdominal, anterior a la cámara gástrica (neumoperitoneo), ya

que el aire se dispone anterior al realizarse el TC en decúbito supino. El aire en el retroperitoneo rodea la vena cava inferior, aorta, celda esplénica y contornea ambos riñones (flechas azules).

A pesar de la expresividad de los hallazgos radiológicos, la paciente presenta abdomen blando sin signos de peritonismo. Se inicia tratamiento conservador con sueroterapia y antibióticos de amplio espectro. Se insta tolerancia oral a los 10 días, con alta hospitalaria tras dos semanas desde el ingreso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reed JC. Desplazamiento mediastínico. Radiología de tórax. Quinta edición. Madrid: Marbán, 2005; 84-97.
2. Reed JC. Lesión hiperclara solitaria. Radiología de torax. Quinta edición. Madrid: Marbán, 2005;406-24.
3. Lee JKT, Molina PL, Warshauer DM. TC de los traumatismos toracoabdominales. Body TC. Correlacion RM. Tercera edición. Madrid: Marbán, 1999;1275-343.
4. Zylak CM, Standen JR, Barnes GR, Zylak CJ. Pneumomediastinum revisited. RadioGraphics 2000;20: 1043-57.
5. Chapman S, Nakielny R. Abdomen and gastrointestinal tract. Aids to radiological diferencial diagnosis. Segunda edición. Londres: Baillière Tindall, 1986;140-84.