

## EXPERIENCIA DE USO DE PRÓTESIS DE ESÓFAGO PARA EL TRATAMIENTO DE DEHISCENCIAS ANASTOMÓTICAS

*Gabriel Carrilero Zaragoza, Fernando Alberca de las Parras, Juan Egea Valenzuela, Andrés Serrano Jiménez, Esther Estrella Diaz, Bartolomé García Pérez. Ana Victoria García Marin. Tania Fernández Llamas.*

*Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia*

La dehiscencia de sutura es una complicación frecuente tras una cirugía esofágica. El tratamiento tradicional es la reparación quirúrgica de la fuga anastomótica.

Tradicionalmente las prótesis esofágicas quedan reservadas para tumores malignos que estenosan la luz esofágica y que producen disfagia, aunque en los últimos tiempos se han comenzado a utilizar como tratamiento en fugas anastomóticas. Comentamos la experiencia en nuestro centro.

Durante el periodo Enero 2012-Junio 2016 se han tratado 12 pacientes intervenidos de cirugía esofágica por distintas indicaciones sobre todo tumores esofágicos así como acalasia.

Nº stent	Tipo stent	Complicaciones			Éxito Terapéutico
		Varios	migración	inclusión	
1	PC	Úlcera	NO	NO	SI
5	PC	Implantes peritoneales	SI	SI	NO
2	PC		SI (mediastino)	NO	SI
2	PC		SI	NO	SI
2	PC		SI	NO	SI
1	PC		NO	NO	SI
2	PC		SI	SI	NO
3	PC		SI	SI (2 veces)	NO
1	PC	Úlcera	NO	NO	SI
2	PC		SI	SI (1 vez)	Si
1	PC	Migración	SI	NO	Si
1	PC	No	N	NO	Si
1	PC	No	N	NO	Si

En nuestros datos recogidos observamos una mediana de 2 (1-3) prótesis por paciente. No se apreció mortalidad ni perforaciones periprocedimiento y las principales complicaciones fueron la migración (en 8 de 12 casos) y la inclusión (en 4 de 12). Se consiguió el éxito terapéutico en 9 de 12 pacientes considerando éste como el cierre de la fuga. Destacar que la principal causa de colocación de otra prótesis fue la inclusión de prótesis por tejido de granulación con obstrucción o dificultad para su retirada.

### **Conclusiones:**

El tratamiento de fuga anastomótica con prótesis recubiertas autoexpandibles es una buena alternativa a la cirugía tradicional, consiguiendo buenas tasas de curación con respecto a la cirugía habitual.

### **Bibliografía:**

1: Freeman RK, Ascoti AJ, Dake M, Mahidhara RS. An Assessment of the Optimal Time for Removal of Esophageal Stents Used in the Treatment of an Esophageal Anastomotic Leak or Perforation. *Ann Thorac Surg.* 2015 Aug;100(2):422-8.

2: Al-issa MA, Petersen TI, Taha AY, Shehatha JS. The role of esophageal stent placement in the management of postesophagectomy anastomotic leak. *Saudi J Gastroenterol.* 2014 Jan-Feb;20(1):39-42. doi: 10.4103/1319-3767.126315.

3: Dasari BV, Neely D, Kennedy A, Spence G, Rice P, Mackle E, Epanomeritakis E. The role of esophageal stents in the management of esophageal anastomotic leaks and benign esophageal perforations. *Ann Surg.* 2014 May;259(5):852-60.

4: El Hajj II, Imperiale TF, Rex DK, Ballard D, Kesler KA, Birdas TJ, Fatima H, Kessler WR, DeWitt JM. Treatment of esophageal leaks, fistulae, and perforations with temporary stents: evaluation of efficacy, adverse events, and factors associated with successful outcomes. *Gastrointest Endosc.* 2014 Apr;79(4):589-98.

5: Gaur P, Lyons C, Malik TM, Kim MP, Blackmon SH. Endoluminal suturing of an anastomotic leak. *Ann Thorac Surg.* 2015 Apr;99(4):1430

## SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN CON PROPOFOL EN COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL REINA SOFÍA DE MURCIA.

*B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, L. Serrano Díaz, M. Gómez Lozano, D. García Belmonte, U. Gajownik, C. Marín Bernabé, R. Gómez Espín, I. Nicolás de Prado, FJ Rodríguez Gil, AM. García Albert, E. Egea Simón, JJ. Martínez Crespo.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.*

### **Introducción:**

La sedación profunda con propofol facilita la realización de la exploración endoscópica, además de mejorar la tolerancia por parte del paciente. Sin embargo, su empleo en exploraciones de cribado de cáncer colorrectal (CCR) supone un riesgo añadido al de la propia técnica endoscópica en sí.

### **Objetivo:**

Evaluar la seguridad de la sedación profunda con propofol controlada por endoscopista en las exploraciones de cribado de CCR realizadas en el Hospital Reina Sofía de Murcia.

### **Material y métodos:**

Se realizó estudio retrospectivo, incluyendo pacientes sometidos a colonoscopia de cribado de CCR, sedados con propofol mediante perfusión continua, bajo control por endoscopista, durante los 7 primeros meses de puesta en marcha de programa de cribado de CCR en Hospital Reina Sofía de Murcia. Se registraron las variables: sexo, riesgo anestésico (clasificación ASA), dosis de propofol (mg totales y mg/kg de peso), duración de la exploración (minutos) y existencia de complicaciones relacionadas con la sedación (Desaturación: SatO<sub>2</sub><92%, bradicardia: FC <50, hipotensión: TAS <90). Dado que todos los pacientes pertenecían a la misma franja de edad (64-69 años), no se incluyó esta variable en el estudio.

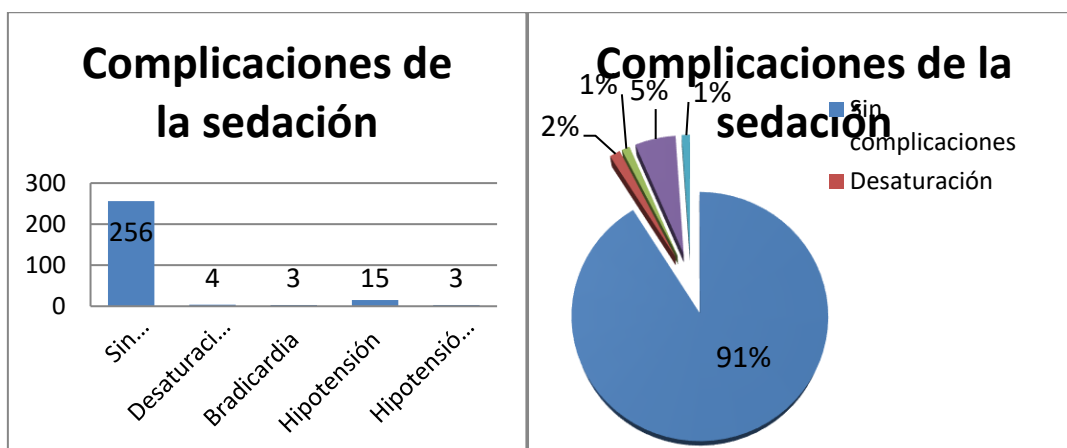
### **Resultados:**

De las 281 exploraciones realizadas (150 hombres; 131 mujeres), se han registrado 25 (8.9%) complicaciones relacionadas con la sedación. La más frecuente ha sido la hipotensión (18, 6.34%) seguida de bradicardia (6, 2.14%), apareciendo ambas a la vez en 3 pacientes (1.07%). Estas fueron en general asintomáticas, precisando sueroterapia y atropina tan sólo en 2 y 4 pacientes respectivamente. Respecto a las desaturaciones, se registraron un 1.42%, todas ellas resueltas tras cese de perfusión sedante, maniobras posicionales y aumento del flujo de oxígeno. En este grupo, la dosis media de propofol (251 mg), así como el tiempo de exploración (36 min) y la clasificación ASA (2-3) fueron mayores que en aquellos pacientes que no presentaron complicaciones (235 mg, 24 min, ASA <2), o que fueron de tipo cardiovascular: hipotensión/bradicardia (199-240 mg, 20-22.5 min, ASA <2). No se requirió empleo de drogas vasoactivas, ventilación con ambú ni intubación en ninguno de los pacientes. Ninguna exploración tuvo que suspenderse precozmente a consecuencia de las complicaciones descritas.

Complicaciones de la sedación		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin complicaciones	256	91,10
Desaturación	4	1,42
Bradicardia	3	1,07

Hipotensión	15	5,34
Hipotensión + Bradicardia	3	1,07
Total complicaciones	25	8,90
Total exploraciones	281	100,00

	Propofol total (mg)	Propofol (mg/Kg)	Tiempo total	ASA	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres
Sin complicaciones	235,45	3,38	24,04	1,86	134	122	52,34	47,66
Bradicardia	214,67	2,63	20,00	2,00	1	2	33,33	66,67
Desaturación	251,00	2,56	36,00	2,50	4	0	100,00	0,00
Hipotensión	240,14	3,14	21,27	1,79	10	5	66,67	33,33
Hipotensión + Bradicardia	199,33	2,82	22,50	1,67	1	2	33,33	66,67
Con complicaciones	233,93	2,95	23,62	1,91	16	9	64,00	36,00



#### Conclusiones:

La sedación profunda con propofol controlada por endoscopista en la colonoscopia de cribado es una técnica segura que mejora la calidad, la tolerancia del procedimiento y permiten una mayor adhesión al programa de prevención de CCR por parte del paciente. Según nuestros resultados, las complicaciones derivadas del uso de sedación profunda con propofol son en

general, poco frecuentes, leves y reversibles gracias al buen manejo y conocimiento creciente de la sedación profunda con propofol por parte del endoscopista.

## **ANISAKIS SIMPLEX: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 4 CASOS QUE DEBUTARON COMO ABDOMEN AGUDO Y CUADRO SUBOCLUSIVO**

*Tomás Pujante, Paula; Sánchez Torres, Antonio; Iglesias Jorquera Elena, Carrilero Zaragoza, Gabriel; Estrella Diez, Esther; Muñoz Tornero, María; Jijón Crespín, Roxanna; García Marín, Ana Victoria, Fernández Llamas, Tania*

Hospital Virgen de la Arrixaca

### **INTRODUCCIÓN:**

La incidencia de la infestación por anisakis simplex (AS) está creciendo en los últimos años, a pesar de ello, se considera infradiagnosticada.

Las manifestaciones clínicas son muy variables, simulando en ocasiones diversos cuadros quirúrgicos, pudiendo someter al paciente a intervenciones agresivas innecesarias.

### **CASO CLÍNICO:**

Presentamos un total de 4 casos, diagnosticados de infección por anisakiasis, recogidos en el último año en el hospital de HCUVA. Dos de ellos debutaron como abdomen agudo, con peritonismo asociado y líquido libre interasas y los otros dos como cuadro suboclusivo.

En todos los casos, llamaba la atención la intensidad de la clínica que desaparecía a las 24-48 horas con sueroterapia y analgesia habitual.

Analíticamente, dos de los casos presentaron leucocitosis con neutrofilia y los otros dos, discreta eosinofilia.

A la sospecha diagnóstica se llegó por la clínica. Todos ellos reconocieron la ingesta de boquerones en vinagre la 24h previo al inicio de la clínica.

Se realizó Prick test que fue negativo en los cuatro casos y la serología IgE que fue positiva en todos ellos.

No precisaron de ningún tratamiento específico, y tras una estancia media de 5 días de ingreso fueron dados de alta.



*RX de abdomen en la que se aprecia niveles hidroaéreos correspondientes a asas de intestino delgado*

### **DISCUSIÓN:**

La anisakiasis debe ser sospechada para poder realizar el diagnóstico. Ante clínica sugestiva de dicha enfermedad, hay que indagar en la ingesta de pescado crudo o poco cocinado.

Se han planteado problemas de diagnóstico diferencial con diferentes entidades que también pueden manifestarse como un abdomen agudo, como: apendicitis aguda, enfermedad de Crohn, diverticulitis, obstrucción intestinal...

En las imágenes radiológicas, se puede observar engrosamiento de la pared, dilatación de las asas proximales en las formas obstructivas y presencia de líquido libre.

En cuanto al diagnóstico, el Prick test y la determinación de IgE específica nos pueden servir de ayuda, aunque debemos tener en cuenta que su resultado puede ser negativo en una primoinfección.

Se han empleado tratamientos farmacológicos como mebendazol y tiabendazol, habiéndose postulado el uso de corticoides como posible alternativa a la cirugía en las formas intestinales.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Martínez Caselles A, Sánchez Torres A, Egea Valenzuela J, Carballo Álvarez F. Suboclusión intestinal por Anisakis. Rev Esp Enferm Dig 2009; 101: 818-819
2. López D, Ramírez LM, del Rosal R, López F, Fernández-Crehuet R, Miño G. Anisakiasis en España: una enfermedad creciente. Gastroenterol Hepatol 2000; 23: 307-11.
3. Rey-Moreno A, Valero-López A, Gómez Pozo A, et al. Utilidad de la anamnesis y de las técnicas inmunológicas en el diagnóstico de la anisakidosis en pacientes con abdomen agudo. Rev Esp Enferm Dig 2008; 100: 146-52

## CONSECUENCIAS DEL PASO DEL TIEMPO EN UN BALÓN INTRAGÁSTRICO

Sastre Lozano VM., Martín Ibáñez JJ., Morán Sánchez S., Romero Cara P., Candel Erenas JM., García Tercero I.

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

**INTRODUCCIÓN:** Mujer 36 años, portadora de balón intragástrico (BIG) colocado hace dos años en centro privado sin seguimiento posterior por decisión propia, que acude a urgencias por epigastralgia y vómitos de una semana de evolución. Exploración física: palpación dolorosa en epigastrio sin peritonismo con peristaltismo conservado. Analítica: 11700 leucocitos/mm<sup>3</sup>, PCR 2.7. TAC abdominal urgente: BIG de 11 cm situado en cuerpo-antro sin signos de perforación ni dificultad de paso de contraste oral a duodeno.

**ENDOSCOPIA:** Gastroscopia: se aprecia BIG de superficie muy deteriorada alojado en cuerpo alto. Tras franquearlo lateralmente se evidencia en incisura úlcera de 2 cm y fondo fibrinado por decúbito (Figura 1). Se procede mediante aguja a aspirar el contenido del BIG (470cc). Posteriormente con las pinzas del kit de extracción, se intenta su retirada, pero el estado del mismo hace que se desgarre repetidamente. No obstante, se logra situar el BIG en esófago proximal. En este punto, se decide asir el BIG de su extremo más proximal con asa de polipectomía consiguiendo extraerlo finalmente comprobando su pésimo estado (Figura 2).



Figura 1: gastroscopia con balón intragástrico y úlcera Forrest III por decúbito del balón.

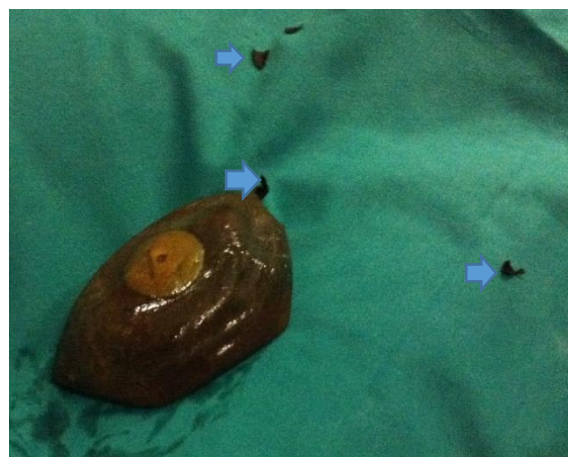


Figura 2: balón extraído deteriorado. Las flechas indican los fragmentos extraídos del mismo.

**COMENTARIOS:** Las complicaciones habituales del BIG son consecuencia del volumen gástrico ocupado y la sensación de plenitud, que puede ocasionar náuseas, vómitos, dolor abdominal y, en ocasiones deshidratación. Así mismo, hay que respetar el tiempo recomendado para su retirada, sin superar los seis meses desde su colocación. Nuestro caso es extremadamente



infrecuente. Las complicaciones técnicas presentadas durante la extracción, son fruto del desgaste del balón y nos llevaron a tener que utilizar métodos alternativos de extracción.

## SÍNDROME DE BOUVERET. IDENTIFICACIÓN ENDOSCÓPICA DE FÍSTULA COLECISTODUODENAL Y GRAN CÁLCULO BILIAR.

Sastre Lozano VM., Vicente López JJ., Martín Ibáñez JJ., García Tercero I., Romero Cara P., Candel Erenas JM., Montoro Martínez P., Morán Sánchez S.

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

**INTRODUCCIÓN:** Varón de 78 años con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulado con warfarina que acude a Urgencias por vómitos “en posos de café” y dolor abdominal de dos días de evolución. Exploración física: palpación dolorosa en epigastrio sin peritonismo. Analítica: hemoglobina 9.5 g/dL, urea 53 mg/dL.

**ENDOSCOPIA:** Gastroscopia urgente: se evidencia una esofagitis severa y en bulbo duodenal gran cálculo biliar que ocupa prácticamente la totalidad de la luz duodenal, con fístula adyacente que sugiere comunicación con vesícula biliar (Figura 1). Se intenta la extracción del cálculo con cesta de Roth y Dormia, así como con pinza de tres patas y balón de dilatación de Fogarty de 18 mm, que finalmente es infructuosa y el cálculo migra distalmente (Figura 2). Se confirma mediante TAC su localización en yeyuno y se programa para intervención quirúrgica.

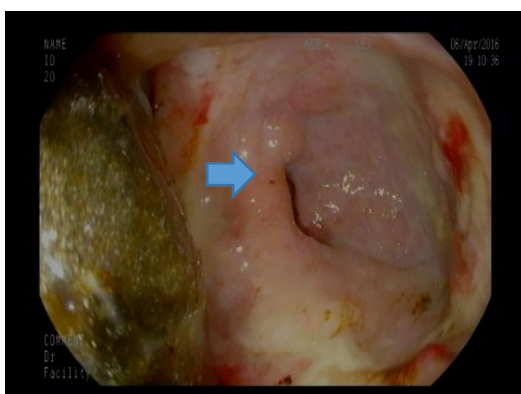


Figura 1. Gran cálculo biliar en duodeno y orificio fistuloso adyacente (flecha).



Figura 2. Imagen de fístula colecistoduodenal en la parte inferior derecha (flecha) de la imagen habiendo migrado distalmente el cálculo biliar.

**COMENTARIOS:** El síndrome de Bouveret es un cuadro clínico poco frecuente consecuencia de la impactación en duodeno de un cálculo biliar procedente de una fístula colecistoduodenal. La mayoría de los casos se resuelven quirúrgicamente debido a tamaño y localización de los cálculos. Lo llamativo de este caso es cómo una sospecha de hemorragia digestiva de origen ulceroso finaliza en un cuadro de obstrucción intestinal. El tamaño del cálculo impidió su extracción, pudiendo haber sido útil la litotricia extracorpórea no disponible en nuestro centro.

## ÚLCERA DUODENAL PENETRADA HACIA HILIO HEPÁTICO

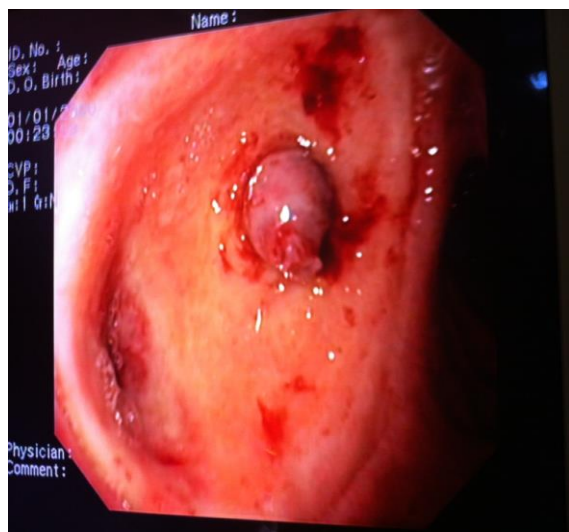
*Autores: Iglesias Jorquera, Elena. Egea Valenzuela, Juan. Muñoz Tornero, María. Antón Ródenas, Gonzalo. Serrano Jiménez, Andrés. Jijón Crespín, Roxanna Elizabeth, Pereñíguez López, Ana. Tomás Pujante, Paula. Sánchez Velasco, Eduardo. Alberca de las Parras, Fernando.*

Varón de 71 años intervenido de carcinoma de páncreas mediante pancreatectomía parcial que en el postoperatorio reciente inicia un cuadro de melenas con anemia. Se realiza gastroscopia encontrando una úlcera en cara anterior de bulbo duodenal de 3 cms de tamaño, con gran vaso visible pulsátil en el fondo de la misma. Durante la exploración se inicia un sangrado activo en jet del vaso, que cede tras colocación de dos endoclips.

Tres días después de la gastroscopia, en los que el paciente se había mantenido sin signos de sangrado ni anemia, avisan por nueva hematemesis franca. Se realiza nueva gastroscopia encontrando la úlcera descrita en cara anterior de bulbo duodenal, con un coágulo adherido y sangrado activo en babeo. Se instila adrenalina en los bordes de la úlcera y, tras lavado profuso de la zona, se observa el mismo vaso visible en fondo de la úlcera con sangrado activo en jet. Se colocan dos nuevos endoclips cediendo la hemorragia.

Al día siguiente el paciente persiste con anemia progresiva. Se decide intervención quirúrgica encontrando una úlcera con jet arterial en 1ª porción duodenal en cara anterior, perforada y que penetra en hilio hepático, a nivel de la salida de la arteria cística y el conducto cístico. Se realiza hemostasia del sangrado con punto de seda sobre la arteria cística y se practica duodenorrafia. No se aprecian otras lesiones a nivel de hilio hepático.

La perforación es la segunda complicación más frecuente las úlceras pépticas después de la hemorragia y se da sobre todo en pacientes ancianos. Es más común que ocurra en úlceras duodenales que sobre úlceras gástricas. La penetración es similar a la perforación pero la úlcera erosiona hacia otro órgano en lugar de a cavidad peritoneal. La penetración se puede asociar a complicaciones como abscesos periviscerales, erosiones vasculares o hemobilia.



Úlcera duodenal penetrada hacia hilio hepático. Se observa vaso en el centro de la úlcera que corresponde a la arteria cística.

## IMPACTACIÓN COLÓNICA DE CUERPO EXTRAÑO INGERIDO COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

*Autores: Iglesias Jorquera, Elena. Egea Valenzuela, Juan. Estrella Díez, Esther. Pereñíguez López, Ana. Tomás Pujante, Paula. Sánchez Velasco, Eduardo. Carrilero Zaragoza, Gabriel. García Marín, Ana Victoria. Fernández Llamas, Tania. Alberca de las Parras, Fernando.*  
*Hospital Virgen de la Arrixaca*

Mujer de 70 años con dolor abdominal crónico de 3 meses de evolución, centrado en hipogastrio, intermitente, sin fiebre ni otra clínica asociada.

En colonoscopia encontramos a 20 cms de margen anal una mucosa con aspecto inflamatorio crónico y adyacente un cuerpo extraño que parece un hueso, con sus extremos enclavados en la mucosa colónica y cubiertos de fibrina. La paciente negaba recordar ingesta de cuerpo extraño.

Se realiza TC abdominal urgente donde aparece cuerpo extraño de 5 cms en colon sigmoide, con extremos en contacto con la pared, discreto engrosamiento parietal, leve alteración de grasa adyacente y mínima lámina de líquido sin burbujas aéreas que sugieran perforación. Se comenta el caso con Cirugía General y se decide intento de extracción endoscópica programada dado que la paciente está asintomática en ese momento.

Unos días después se repite colonoscopia extrayendo el hueso con pinza de ratón en dos fragmentos, ya que al traccionar con la pinza se rompe. Se observan dos úlceras en las zonas de mucosa donde se apoyaban ambos extremos del hueso, recubiertas de fibrina y algún pequeño coágulo, sin otros signos de complicación.

La paciente acude a consulta 4 meses después estando asintomática desde la extracción. Se realiza colonoscopia de control a los 10 meses de las anteriores, sin lesiones residuales en sigma.

La ingestión de cuerpos extraños es un problema clínico frecuente en la infancia. Sin embargo, puede ocurrir también en adultos, y especialmente ancianos, tanto de forma voluntaria como accidental. La mayoría de los cuerpos extraños ingeridos que llegan a estómago pasarán a través del tracto gastrointestinal sin complicaciones. La impactación colónica de un cuerpo extraño ingerido por vía oral es muy infrecuente. Como ilustra el caso que presentamos, la presencia de cuerpos extraños ingeridos debería incluirse en el diagnóstico diferencial de síntomas gastrointestinales crónicos, especialmente en el caso de niños o pacientes de edad avanzada.



## FÍSTULA GASTROCÓLICA COMO COMPLICACIÓN DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG)

*Autores: Rubio Mateos, José María; Sánchez Melgarejo, Jose Francisco; Martínez Andrés, Blanca. Chacón Martínez, Silvia; Esteban Delgado, Pilar; Bebia Conesa, Paloma; Rodrigo Agudo, José Luis; Martínez López, Vicente. Pérez-Cuadrado Martínez, Enrique Francisco.*  
Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.

**INTRODUCCIÓN:** La fístula gastrocólica es una complicación infrecuente de la implantación de una gastrostomía percutánea, que se produce como consecuencia la interposición del colon entre la piel y la pared gástrica. Generalmente pasa inadvertida en el momento de la colocación de la sonda, y se manifiesta únicamente en el momento del recambio de la misma, que resulta dificultoso, o en los días posteriores, principalmente al evidenciar la salida de material fecaloideo por la sonda durante su manipulación.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 78 años de edad, pluripatológico (HTA, Dislipemia. No DM. Exfumador. FA no anticoagulada. EPOC bronquitis crónica, OCD 16h diarias. Ictus isquémico de la ACP derecha 2011 sin secuelas. Ictus isquémico hemiprotuberancial izquierdo en 2012 (disartria, paresia facial central derecha y hemiparesia braquiocrural derechas) Encefalopatía vascular de pequeño vaso. Enfermedad de Crohn (tratamiento con mesalazina en 2002 y cambio posterior a Mesavant, actualmente suspendido desde último ingreso, con colonoscopia sin datos de actividad). CRU de repetición + litotricia. HBP. Hernia inguinal derecha, no operada. Colectectomía.

Situación basal: dependencia total para las ABVD, vida cama sillón. **Cognitivo conservado.** NYHA II. Incontinencia urinaria y fecal. Disfagia total (líquidos y sólidos)

Se decide colocación de PEG por broncoaspiraciones de repetición tras el segundo ictus, con desaturación y repercusión importante en el estado general del paciente, que condicionaron múltiples ingresos hospitalarios. Se decide recambio de la sonda normofuncionante 6 meses después de su colocación, que se lleva a cabo sin incidencias. Tres días después, el paciente ingresa tras consultar en Urgencias por deposiciones líquidas abundantes tras la administración de la fórmula enteral, que comenzó tras el recambio de la sonda, asociada a molestias perisonda y salida de material fecaloideo alrededor de la sonda con las maniobras de Valsalva. Asimismo, refiere astenia y febrícula de hasta 37°C en domicilio.

En la exploración física el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril y sin quebrantamiento del estado general. Destaca la presencia material fecaloideo perisonda, sin eritema ni aumento de temperatura de la piel circundante, con dolor a la palpación superficial y profunda, pero blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal.

Se realizaron pruebas complementarias, entre las que destacan:

- Análisis de sangre y gasometría venosa: hipoalbuminemia, ferropenia, acidosis metabólica por consumo de bicarbonato, sin academia. Hiponatremia leve. Función renal, hepática y hemograma sin alteraciones. Sin elevación de reactantes de fase aguda.
- Radiografía de abdomen simple: neumatización de colon, sigma y recto sin dilatación. Asas de intestino delgado aisladas neumatizadas, no dilatadas. Sigma redundante. Sin datos de obstrucción intestinal.
- Radiografía abdominal con contraste a través de PEG: extremo de la sonda y globo en colon transversal, con realce de la luz colónica por contraste.

- Gastroscopia: alcanza cavidad gástrica, orificio de PEG cerrado con componente de fibrosis asociado.
- Endoscopia vía orificio externo de PEG mediante nasofibroscopio: alcanza directamente colon: **fístula cutaneocólica**. Se aprecia orificio fistuloso que probablemente comunique con cavidad gástrica cerrado.

Ante estos hallazgos, se decide la retirada de la PEG, nutrición parenteral, y posteriormente colocación de SNG a la espera de realización de PRG en el HGU Reina Sofía. A las dos semanas de iniciar nutrición por SNG, el paciente comienza con diarrea de características similares a la fórmula enteral. Se llevan a cabo de nuevo pruebas diagnósticas:

- Radiografía de abdomen con contraste a través de SNG: fístula gastrocólica (por migración de la sonda a través del orificio cerrado previamente)

Se recolocó adecuadamente SNG en la cámara gástrica y se administró al paciente ultralevura y loperamida, por muy probable atrofia vellositaria durante el periodo en que se administró la fórmula directamente a colon. Fue valorado en repetidas ocasiones por el servicio de CGD, con quien se decidió manejo conservador debido al alto riesgo quirúrgico, hasta constatar nuevamente el cierre de la fístula gastrocólica y la disminución de diámetro y débito de la fístula cutáneo-cólica, hasta su resolución. Posteriormente, se llevó a cabo la colocación de sonda de gastrostomía por radiología intervencionista. El paciente presentó mejoría de los parámetros nutricionales (albúmina y ferritina). Finalmente, el paciente fallece por insuficiencia respiratoria semanas después por neumonía nosocomial refractaria a tratamiento con Carbapenem, oxigenoterapia y medidas de soporte.

**COMENTARIOS:** La gastrostomía percutánea es el proceso de elección para llevar a cabo la nutrición enteral en pacientes que requieren alimentación por esta vía a largo plazo, relegando a la gastrostomía quirúrgica de entrada, pues puede realizarse sin anestesia general y con menor tasa de complicaciones, por lo que se realiza cada vez con mayor frecuencia. Es considerado un procedimiento seguro, con una mortalidad inferior al 1% de manera global pero no exento de complicaciones a corto, medio y largo plazo, con una tasa inferior al 17%.

La fístula gastrocólica ocurre en el 0.5% de los procedimientos de implantación de PEG, siendo excepcional cuando se emplea el método radiológico (PRG), sin embargo, es una complicación a tener en cuenta durante la realización del proceso y en el primer recambio de la sonda. Sucede por interposición inadvertida del colon durante la realización de la gastrostomía y el desplazamiento de la sonda, que finalmente ocasiona la fístula. Clínicamente suele manifestarse tras el primer recambio de la sonda, por dificultad para su retirada, o por emisión de material fecaloideo a través de la sonda o alrededores con la manipulación. Otras manifestaciones clínicas, como dolor abdominal o diarrea suelen ser menos frecuentes. El diagnóstico de confirmación se alcanza mediante técnicas complementarias, como pueden ser la radiografía simple con contraste, la endoscopia o el TC abdominal con contraste. El tratamiento se puede realizar de forma conservadora o mediante reconstrucción quirúrgica por vía laparoscópica, completando la gastrostomía mediante la técnica de Janeway en pacientes con aceptable riesgo perioperatorio.

Teniendo en cuenta la frecuencia creciente de esta técnica, es conveniente un mejor conocimiento de sus complicaciones por todos los facultativos, tanto en el momento de la colocación, como en el recambio, así como una selección cuidadosa de los casos que se pueden beneficiar de la técnica.