

Rectorragia y diarrea por rebosamiento por migración de endoprótesis colónica en paciente con cáncer de colon metastásico

Doello González K 1, Amezcua Hernández V 1, Ávalos Marfil R 1, Rueda Cáceres MT 1, Alba Torres C 1, Delgado Pérez JR 1.

1 Medical Oncology Service, University Hospital Virgen de las Nieves, Granada, Spain

*Corresponding author: Kevin Doello González, Medical Oncology Service, University Hospital Virgen de las Nieves, Granada, Spain. email: kevindoello@gmail.com

Introducción

Las prótesis colónicas son un método endoscópico empleado en aquellos pacientes con obstrucciones parciales o cuasi completas de colon de causa eminentemente tumoral en pacientes no subsidiarios de tratamiento quirúrgico bien por presentar una enfermedad metastásica irresecable o bien por comorbilidades que impidan un tratamiento quirúrgico (1). A continuación presentamos el caso de una complicación asociada al empleo de una endoprótesis colónica en un paciente con cáncer de colon metastásico.

Caso clínico

Paciente de 68 años diagnosticado de cáncer de colon estadio IV (metástasis ganglionares y hepáticas) sin otros antecedentes personales de interés. En tratamiento con FOLFOX - Panitumumab en respuesta parcial mantenida desde hace 6 meses. El paciente ingresa en planta de Oncología Médica por un cuadro de pancitopenia y neumonía que es tratado con Piperacilina- Tazobactam y Tedizolid con buena respuesta en los parámetros de fase aguda y se pautan factores estimulantes de colonias.



Figura 1. Se objetiva migración de la endoprotesis colónica (Imagen A) y normoposición de la misma (Imagen B).

A los 7 días del ingreso y cuando el paciente se encontraba en recuperación hematológica presenta una intensa rectorragia autolimitada. En los días posteriores se observa la emisión de deshechos diarreicos muy frecuentes y de pequeña cuantía de color negro con coágulos del mismo color. Se realiza un tacto rectal en el que se palpa una estructura metálica parecida a una malla nada más sobrepasar el reborde anal. Se realiza una Rx de abdomen (Figura 1) en la que se objetiva un cuadro suboclusivo en el contexto de la migración de la endoprótesis colónica. Se avisa el servicio de Digestivo, realizándose la extracción endoscópica de la prótesis con pinza de ratón (Figura 2). Tras ello se normalizó el ritmo intestinal del paciente y éste pudo ser dado de alta. Al cabo de un par de meses presentó un cuadro suboclusivo que obligó a la recolocación de una nueva endoprótesis por la obstrucción ocasionada por el tumor primario.

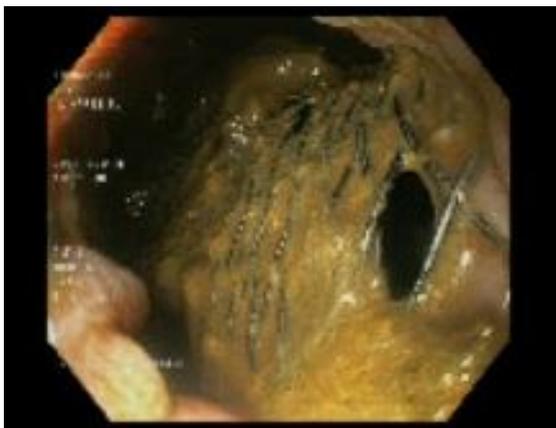


Figura 2. Se observa endoprótesis migrada y plegada en ampolla rectal ocasionando un fecaloma en torno a la misma con oclusión parcial de la luz rectal.

Discusión y conclusión

La migración y hemorragia digestiva por una endoprótesis colónica es un fenómeno raramente observado, ya que únicamente se describe en un 2,1% de los pacientes portadores de la misma. Otras complicaciones como la perforación intestinal (6,4%) o la oclusión tardía de la misma (19,3%) son bastante más frecuentes (2). No obstante, es un hecho que el clínico debe tener en cuenta como causa de rectorragia y cuadros de diarrea por rebosamiento en pacientes portadores de las mismas.

Bibliografía

1. Noriega Usi V, Gutiérrez Rodríguez L, González de Cosío Corredor C. Endoprótesis colónica para el manejo paliativo de la obstrucción intestinal por cáncer. Reporte de caso. Endoscopia. 2015;27(3):129-134.
2. Frago R, Kreisler E, Biondo S, Alba E, Domínguez J, Golda T et al. Complicaciones del tratamiento de la oclusión del colon distal con prótesis endoluminales. Cirugía Española. 2011;89(7):448-455.