Cirugía y Cirujanos. 2015; 83(1): 70-73

CIRUGÍA y CIRUJANOS
Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933
www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir

CASO CLÍNICO

Perforación de ciego secundaria a drenaje quirúrgico. Reporte de un caso

José Vázquez-Ruiz*, Vicente López-Flor, José Eduardo Pérez-Folqués, Marta Aguado-Pérez, José Fernández-Moreno y Diego Mansilla-Molina

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen del Castillo, Yecla, Murcia, España

Recibido el 9 de mayo del 2013; aceptado el 21 de enero del 2014

PALABRAS CLAVE
Drenaje abdominal;
Morbilidad drenajes;
Perforación ciego

Resumen

Antecedente: El uso de drenajes quirúrgicos en cirugía abdominal sigue siendo controvertido; si bien se acepta su papel en determinadas circunstancias, el uso sistemático, preconizado por otras escuelas, no está plenamente aceptado.

Presentamos un caso de perforación de ciego secundaria a tubo de drenaje en periné, tras realizar una amputación abdominoperineal de recto en un paciente neoplásico que obligó a su reparación quirúrgica.

Caso clínico: Se trata de un enfermo sometido a amputación abdominoperineal por neoplasia de recto, al que se decidió dejar tubo de drenaje tipo siliconado por periné y que en el postoperatorio tardío presentó perforación del ciego, por introducción traumática del mismo en la luz cecal, hecho que obligó a su reintervención y reparación quirúrgica.

Discusión: Cada vez se tiende a usar menos drenajes en la cirugía abdominal, si bien existen determinadas ocasiones en las que se convierte en algo inevitable. Por otro lado, conlleva morbilidad asociada a su uso, lo que complica y retrasa ostensiblemente la recuperación del paciente. Es aceptado que no previene la aparición de fístulas, si bien contribuye a su detección precoz.

Conclusiones: La perforación cecal por uso de drenaje es una complicación excepcional que siempre hay que tener en cuenta y que quizás se podría evitar utilizando drenajes blandos y menos rígidos.

Todos los derechos reservados © 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

*Autor para correspondencia: Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen del Castillo, Avda. de la Feria S/N. 30510 Yecla, Murcia, España. Teléfono: 968719800-609590209; fax: 968719806.
Correo electrónico: vasquesito@gmail.com (J. Vázquez Ruiz).

0009-7411 Todos los derechos reservados © 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Abdominal drainage;
Drain morbidity;
Caecal perforation

Perforated caecum secondary to surgical drainage. A case report

Abstract
Background: The use of surgical drains in abdominal surgery still remains controversial. While accepting their role in certain circumstances, their systematic use advocated by other schools, is not fully accepted.
The case is presented of a caecal perforation secondary to a drainage tube in the perineum following an abdominal-perineal amputation of the rectum in a cancer patient that required surgical repair.
Clinical case: This is a patient who underwent abdominal-perineal resection for rectal neoplasia. It was decided to leave a silicone-type drain tube in the perineum, and in late postoperative he presented with a caecal perforation due to traumatic introduction of the drainage tube, which required further surgery to repair it.
Discussion: There is a tendency to use less and less drains in abdominal surgery, although there are certain occasions when it becomes unavoidable. On the other hand, the morbidity associated with its use significantly complicates and delays the recovery of the patient. It is accepted that is not useful to prevent the occurrence of fistulas, although it contributes to its early detection.
Conclusions: Caecal perforation due to a drainage tube is a rare complication, which must always be taken into account, and that perhaps could be avoided by using soft and less rigid drains.

All Rights Reserved © 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

Antecedentes

El empleo de drenajes abdominales de forma rutinaria tras cirugía colorrectal sigue siendo objeto de discusión; si bien su uso no es cuestionado en determinadas circunstancias, se acepta que no tienen influencia en la prevención de complicaciones postoperatorias, permitiendo su detección precoz[1,2].

En la encuesta efectuada por Roig et al.[3] en 2008 a miembros de la Asociación Española de Coloproctología y de la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos, en relación con el empleo de drenajes tras cirugía colorrectal electiva, se concluye que su uso está disminuyendo, si bien el 38.5% de los encuestados aún lo utilizan sistemáticamente y el 57.7%, selectivamente. Este porcentaje se incrementa de forma significativa más en la cirugía rectal que en la cólica, considerándose más útiles en ese tipo de resecciones.

La morbilidad generada por su utilización no es excesiva, si bien tiene una trascendencia notable que complica de forma severa la recuperación del paciente[4,5].

Presentamos un caso de perforación de ciego por tubo de drenaje quirúrgico y, tras analizar la bibliografía existente al respecto, discutimos sobre esta excepcional complicación postoperatoria, haciendo especial hincapié sobre la morbilidad generada por el uso de drenajes abdominales en cirugía digestiva.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 55 años de edad, con antecedente quirúrgico de importancia de una resección anterior baja por una neoplasia de recto hacía 14 meses, estadio IV (T3, N2b, M1), con radio-quimioterapia previa, que presentó fuga anastomótica postoperatoria tratada conservadoramente, y a segmentectomía hepática (segmento VI) y metastasectomía pulmonar en un segundo tiempo por la presencia de 2 metástasis hepáticas en dicha localización y una en el lóbulo superior pulmonar derecho. Tras detectarse un aumento de captación pélvica en él en la tomografía por emisión de positrones-tomografía computada, y con la sospecha de recidiva, por indicación del servicio de Oncología se somete a cirugía de rescate. En ella se encuentra una colección saniosa-purulenta en la pelvis y gran fibrosis, fruto de la dehiscencia anastomótica previa, practicándose biopsia intraoperatoria informada como ausencia de malignidad. Ante ello, se decide completar la intervención practicando amputación abdominoperineal sin incidencias, dejando en la región perineal un drenaje tipo tubo de silicona por sangrado difuso y por la presencia de la colección reseñada. Al quinto día del postoperatorio, y en relación con estar sentado en sillón, presenta salida de material fecaloideo por el tubo perineal. Se practica una tomografía computada abdominopélvica que muestra salida del contraste administrado por el tubo de drenaje perineal (fig. 1) y fistulización del ciego con la sospecha de que el mismo se encuentra dentro de la luz cecal (fig. 2). Ante estos hallazgos, se decide someter al paciente a laparotomía urgente, encontrando una

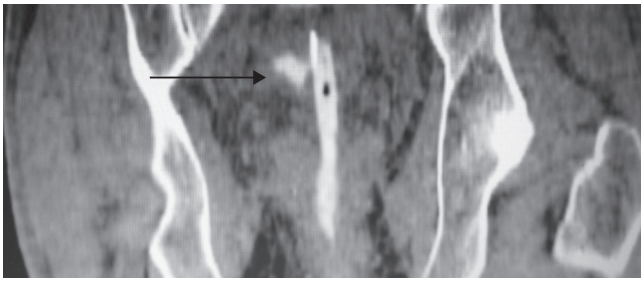


Figura 1 Tomografía computada abdominopélvica que muestra paso del contraste administrado hacia el tubo de drenaje perineal indicativo de perforación.



Figura 2 Tomografía computada abdominopélvica que muestra tubo de drenaje introducido en la luz del ciego.

perforación del ciego por introducción en el mismo del drenaje siliconado (fig. 3), practicándose cierre primario del orificio fistuloso cecal, sin incidencias tras la retirada del tubo perineal. El postoperatorio transcurre con normalidad, siendo la evolución correcta, presentando tránsito satisfactorio a gases y heces al cuarto día, siendo dado de alta al séptimo día de la reintervención.

Discusión

Los motivos esenciales que aducen los cirujanos para colocar drenajes en cirugía colorrectal electiva son, por regla general, la presencia de hemorragia, contaminación intraoperatoria, anastomosis de riesgo y dificultad operatoria, si bien siempre ha sido una circunstancia personalizada según el caso clínico y el profesional responsable de la intervención. Es sabido que hay determinados cirujanos muy dados a su uso sistemático y otros que difieren de ello, utilizándolo solo en algunos procedimientos[3].

Las complicaciones derivadas del uso de drenajes incluyen infección en el sitio de introducción, dolor, hemorragia, herniaciones, evisceraciones de intestino delgado y epiplón y hasta lesiones intestinales y anastomóticas, siendo conocido que pueden favorecer el desarrollo de adherencias intraabdominales[3,6,7]. También hay evidencia de que su uso durante un periodo prolongado incrementa la incidencia de complicaciones tipo fístulas y obstrucciones intestinales[4,8].

El caso que nos ocupa es realmente excepcional, si bien en alguna ocasión han sido descritas perforaciones rectales del mismo origen, fueron tras resecciones anteriores bajas y el drenaje utilizado fue intraabdominal, no perineal[9].

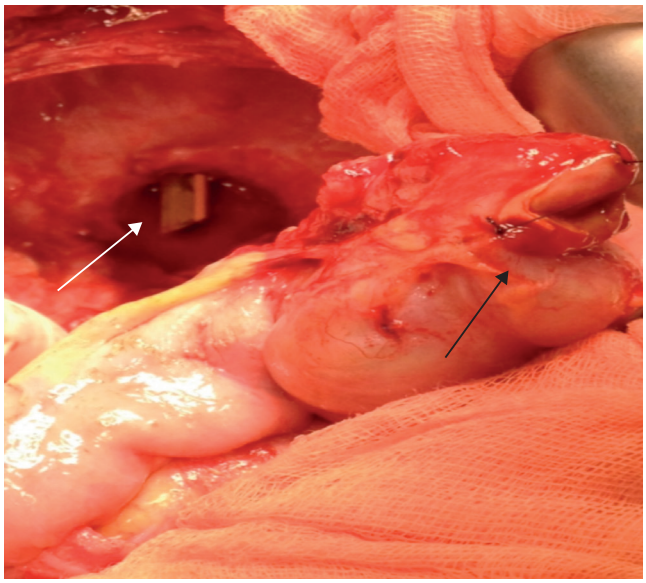


Figura 3 Imagen operatoria que muestra tubo de drenaje introducido en la cavidad peritoneal y perforación del ciego secundaria.

En nuestro grupo de trabajo, el uso de drenajes abdominales no suele ser sistemático, si bien en el paciente intervenido se decidió su instalación por periné dado un sangrado difuso producido, leve pero poco tranquilizador, unido a la colección encontrada, lo que nos indujo a ello. El mecanismo de producción lo atribuimos a un deslizamiento del tubo por empuje al sentarse el paciente en el sillón a pesar de su fijación, lo que, unido a su delgadez extrema, provocó su introducción intraabdominal y la lesión del ciego adherido al Douglas.

En cuanto al tipo de drenaje, no existe un consenso al respecto, aunque parece que se usan más los aspirativos tipo Redon o Jackson-Pratts porque parecen menos vulnerables a la infección retrógrada, aunque también se colocan los de capilaridad tipo Penrose, de irrigación-succión abdominal tipo van Kemel o Martí Palanca, y otros tipo caucho o siliconados. Tampoco existe una norma en cuanto al tiempo que debe mantenerse, habiendo desde los que lo retiran en las primeras 24 h hasta los que lo dejan 7 días o incluso hasta el momento del alta[1,3], si bien ya se ha comentado que el mantenimiento por largos periodos favorece las complicaciones asociadas.

En nuestro grupo de trabajo, el tipo de drenaje más empleado suele ser el de capilaridad tipo Penrose, si bien en este caso el cirujano responsable decidió utilizar uno siliconado, más duro y menos maleable, por el hecho del material espeso existente en la colección, que podía provocar un colapso del mismo. En cuanto al tiempo de permanencia, debemos decir que lo mantenemos hasta que el paciente presenta un tránsito correcto a gases y heces, lo cual suele suceder entre el cuarto y el quinto días, y el débito de su producción es inferior a 50 cm^3.

A pesar de la morbilidad relacionada con su uso, se considera que la utilización de drenajes abdominales sigue teniendo vigencia en la cirugía colorrectal y, aunque no está justificado su uso sistemático[5,10], es evidente el papel que aún tienen.

Conclusión

La colocación de drenajes compuestos de un material más blando, menos consistente, podría evitar este tipo de lesiones, circunstancia que en nuestro centro hospitalario ya hemos puesto en práctica con el fin de evitar este tipo de lesiones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tsujinaka S, Konishi F. Drain vs no drain after colorectal surgery. Indian J Surg Oncol. 2011;2(1):3-8.
2. Merad F, Hay JM, Fingerhut A, Yahchouchi E, Laborde Y, Pélissier E, et al. Is prophylactic pelvic drainage useful after elective rectal or anal anastomosis? A multicenter controlled randomized trial. French Association for Surgical Research. Surgery. 1999;125(5):529-535.
3. Roig JV, García-Fadrique A, García Armengol J, Villalba FL, Bruna M, Sancho C, et al. Utilización de sonda nasogástrica y drenajes tras cirugía colorrectal. ¿Se ha modificado la actitud en los últimos 10 años? Cir Esp. 2008;83(2):78-84.
4. Loh A, Jones PA. Evisceration and other complications of abdominal drains. Postgrad Med J. 1991;67(789):687-688.
5. Tsujinaka S, Kawamura YJ, Konishi F, Maeda T, Mizokami K. Pelvic drainage for anterior resection revisited: Use of drains in anastomotic leaks. ANZ J Surg. 2008;78(6):461-465.
6. Smith SRG, Connolly JC, Crane PW, Gilmore OJA. The effect of surgical drainage materials on colonic healing. Br J Surg. 1982; 69(3):153-155.
7. Mosley JG, Jantet G. Herniation at the site of an abdominal drain. Br J Clin Pract. 1978;32(2):56-58.
8. Manz CW, La Tendresse C, Sako Y. The detrimental effects of drains on colonic anastomoses: An experimental study. Dis Col Rect. 1970;13(1):17-25.
9. Wang JY, Hsieh JS, Chen FM, Lee LW, Hoy MF, Huang YS, et al. Rectal perforation secondary to surgical drains after low anterior resection: A report of two cases and review of the literature. Kaohsiung J Med Sci. 2002;18(3):146-148.
10. Galandiuk S. To drain or not to drain. Ann Surg. 2005;241(1): 14-15.