

TÍTULO:

PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DEL COLÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Autores:

Julen Ocharan-Corcuera

María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

Centro:

1.- Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Bizkaia. España.

2.- IMSS. Ciudad de México. México.

Correo electrónico: julenocharan@yahoo.es



Resumen:

Se atribuye a una isquemia local producida o favorecida por diversos factores como son la impactación por fecalomas, el estreñimiento por quelantes no absorbibles y resinas de intercambio, la inactividad, la neuropatía autonómica, el uso de analgésicos narcóticos, la deshidratación inducida por la diálisis y los trastornos metabólicos.

Palabras clave:

Isquemia local. Fecalomas. Estreñimiento. Quelantes. Resinas de intercambio. Analgésicos narcóticos. Hemodiálisis. Trastornos metabólicos.



PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DEL COLÓN.

Se atribuye a una isquemia local producida o favorecida por diversos factores como son la impactación por fecalomas, el estreñimiento por quelantes no absorbibles y resinas de intercambio, la inactividad, la neuropatía autonómica, el uso de analgésicos narcóticos, la deshidratación inducida por la diálisis y los trastornos metabólicos. La producción de un íleo adinámico por estos problemas extracolónicos, junto con la aterosclerosis de base, producirían desde una o varias úlceras hasta una necrosis segmentaria, generalmente en el ciego o colon ascendente, aunque pueden localizarse en cualquier lugar del colon o incluso en el íleon terminal. Es muy dudoso el papel del citomegalovirus y el de la inmunosupresión. La presentación clínica suele ser la aparición de un sangrado digestivo bajo con hipotensión arterial y dolor abdominal difuso con peritonismo y vómitos. Algunos autores recomiendan una colonoscopia urgente y sólo en casos muy dudosos estaría indicada la arteriografía. El tratamiento consiste en cirugía urgente con colectomía parcial (en casos muy localizados se puede hacer excisión local) y cobertura antibiótica apropiada. En alguna ocasión se ha empleado vasopresina o somatostatina para el sangrado. No siempre existe perforación; en todos los casos, la mucosa está necrótica, los vasos submucosos están sorprendentemente normales.

La prevención de estos episodios se hará con el uso regular de ablandadores de heces, evitando el uso vigoroso de enemas o laxantes y limitando el empleo de fármacos que producen íleo.



Bibliografía:

- 1.- Haag-Weber M, Hörl WH. Uremia and infection: mechanisms of impaired cellular host defense. *Nephron*. 1993; 63: 125-31.
- 2.- Gupta KL, Radotta BD, Sakhuja V, Banerjee AK, Chugh KS. Mucormycosis in patients with renal failure. *Renal Failure*. 1990; 11: 195-9.
- 3.- Marigliano N, Covarsi A, Novillo R, Gómez-Martino JR. Piomiositis en hemodiálisis. Una complicación poco frecuente. *Nefrología*. 1995; 15: 88-9.
- 4.- Kessler M, Hoen B, Mayeux D, Hestin D, Fontenaille CH. Bacteremia in patients on chronic hemodialysis. *Nephron*. 1993; 64: 95-100.
- 5.- Mylotte JM, Aeschliman JR, Rotella DL. Staphylococcus aureus bacteremia. Factors predicting hospital mortality. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 165-8.
- 6.- Flaherty JP, Garcia-Houchins S, Chudy R, Arnow PM. An outbreak of gram-negative bacteremia traced to contaminated o-rings in reprocessed dialyzers. *Ann Intern Med*. 1993; 119: 1072-8.
- 7.- Levin A, Mason AJ, Jindal KK, Fong IW, Goldstein MB. Prevention of hemodialysis subclavian vein catheter infections by topical povidone-iodine. *Kidney Int*. 1991; 40: 934-8.
- 8.- Mermel LA. Prevención de infecciones asociadas a catéteres intravasculares. *Infectious Diseases in Clinical Practice*. Ed Esp. 2: 53-60.
- 9.- Mansfield PF, Hohn DC, Fornage BD, Gregurich MA, Ota DM. Complications and failures of subclavian-vein catheterization. *N Engl J Med*. 1994; 331: 1735-8.



- 10.- Hung KY, Tsai TJ, Yen CJ, Yen TS. Infection associated with double lumen catheterization for temporary haemodialysis: experience of 168 cases. *Nephron Dial Transplant*. 1995; 10: 247-51.
- 11.- Capdevilla JA, Segarra A, Planes AM, et al. Sucesful treatment of haemodialysis catheter-related sepsis without catheter removal. *Nephron Dial Transplant*. 1993; 8: 231-4.
- 12.- Ramos B, Arqué JM, Calvar C, Fernandez-Gallego J, Valera A, Lopez de Novales E. Catéter de doble luz con túnel subcutáneo para hemodiálisis crónicas. *Nefrología*. 1992; 12: 143-8.
- 13.- Fridkin SK, Pear SM, Williamson TH, Galgiani JN, Jarvis WR. The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infctions. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 150-8.
- 14.- Chaudhry A, Stone WJ, Breyer JA. Occurrence of pyuria and bacteriuria in asymptomatic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 1983; 21: 180-3.
- 15.- Mathews M, Shen FH, Lindner A, Sherrard DJ. Septic arthritis in hemodialyzed patients, *Nephron*. 1980; 25: 87-91.

