

PCR postoperatoria

Postoperative PCR

Cobos Cuesta R

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

CASO CLÍNICO

Varón de 83 años, con antecedentes personales de EPOC, ex fumador desde 2001, ex bebedor, cirrosis hepática con datos de HTP (esplenomegalia). Estadio funcional Child Pugh A5. Adenocarcinoma de recto intervenido en 2002 con realización de amputación abdominoperineal. Pexia de colon sigmoide en 2003. En seguimiento por cirugía coloproctológica debido a que presenta granulomas y varices periestomales en tratamiento periódico con nitrato de plata en consulta de estomaterapia.

Ingresa procedente del servicio de urgencias donde consulta nuevamente por sangrado de lesiones que presenta en colostomía (granulomas y varices) y que provocan anemia severa que requiere transfusiones con elevada frecuencia (2 transfusiones en las últimas 72h). En la exploración, el paciente se encuentra con buen

estado general, apirético, hemodinámicamente estable, no náuseas ni vómitos, no dolor abdominal. Refiere tos y abundantes secreciones respiratorias. No clínica miccional. Colostomía terminal izquierda con un diámetro propio de la luz de unos 60 mm que se ve agrandado por asalto mucoso sobre la piel circundante, con ulceraciones periestomales, granulomas y pequeñas varicosidades, que presentan tendencia al sangrado con el mínimo roce. Mucosa de coloración normal, friable en los bordes. Heces normales sin productos patológicos. Ascitis no a tensión. Nunca antes había presentado descompensaciones hidrópicas.

Se procede a optimización de cuadro de descompensación en paciente cirrótico por parte de Digestivo y se presenta el caso en sesión clínica de Coloproctología. Debido a la clínica del paciente, la mejor solución sería reubicar el estoma, pero dado que se trata de un paciente pluripatológico y que supone una intervención de muy alto riesgo en su caso, se plantea realizar remodelación de colostomía

CORRESPONDENCIA

Raquel Cobos Cuesta
Complejo Hospitalario de Jaén
23007 Jaén
raquelcoboscuesta@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Cobos Cuesta R. PCR postoperatoria. Cir Andal. 2020;31(4):512-514.

mediante abordaje con anestesia local y sedación, asumiendo que puede tener complicaciones como retracción del estoma, infección de herida o persistencia del sangrado. Con riesgo anestésico ASA IV se interviene realizando exéresis de piel intensamente afecta junto con mucosa empedrada externalizada que asalta la piel pericostomía, plastia de piel y reinsertión de colostomía.

En el postoperatorio inmediato el paciente presenta leucopenia y nueva anemización, con aparición de melenas, evidenciando mediante endoscopia digestiva alta pequeñas varices a nivel de esófago distal sin signos de sangrado y pequeña erosión lineal fibrinada en la transición esófago-gástrica.

En el tercer día postoperatorio comienza con febrícula, empeoramiento del cuadro anémico y trombopenia. Se realiza frotis de sangre periférica observándose hipocromía sin esquistocitosis y reticulocitosis discreta.

Asimismo presenta sensación disneica con SatO2 al 91% sin aporte de O2 y 98% con O2 a 2 lpm en gafas nasales y tos con expectoración abundante, por lo que se realiza cobertura antibiótica con Levofloxacino, en radiografía de tórax no se evidencia clara imagen de condensación ni derrame pleural.

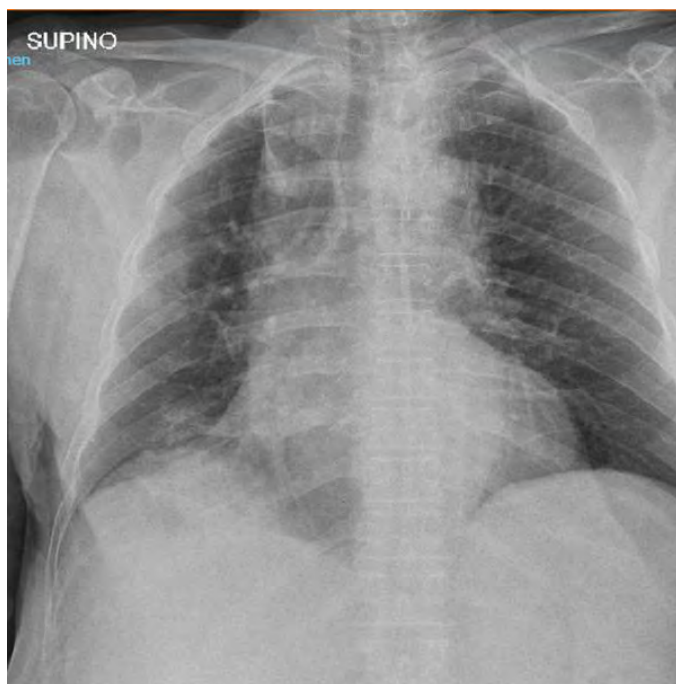


Figura 1

En el quinto día postoperatorio el paciente presenta situación clínica similar por lo que se decide solicitar nueva radiografía de tórax, en la que se evidencia infiltrado neumónico condensativo en pulmón derecho no presente en prueba de imagen previa.

Dado que se trata de un paciente de riesgo, con febrícula, tos, linfopenia e infiltrado neumónico en radiografía de tórax, se procede a realización de frotis para Covid 19. Con resultado de PCR a priori negativo, pero que tras 6 horas, es modificado por Microbiología confirmando finalmente la positividad del mismo.

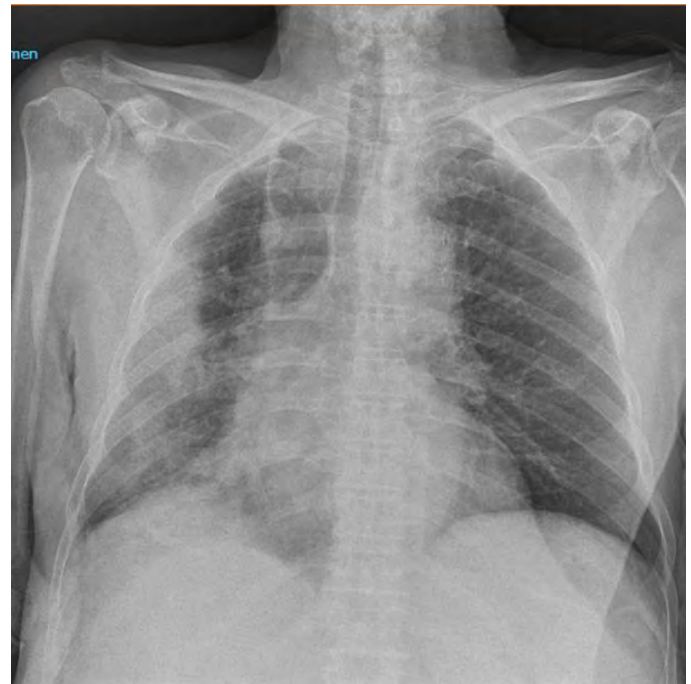


Figura 2

Tras el resultado positivo del exudado nasofaríngeo, se traslada al paciente a planta de aislamiento de pacientes Covid y se añade Hidroxicloroquina al tratamiento. Presenta factores predictivos de mala evolución como linfocitos <1000, edad >65, PCR >40.

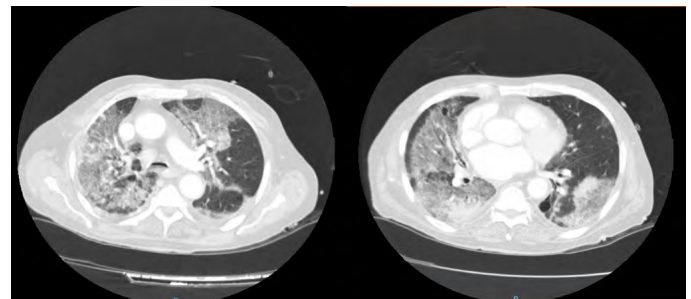


Figura 3

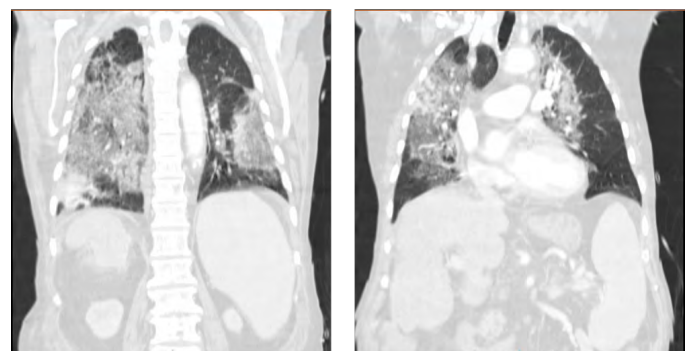


Figura 4

Empeoramiento progresivo desde el punto de vista respiratorio, con SatO₂ 88% con Ventimask al 40%. Se realiza TC de tórax:

Evidenciando múltiples opacidades pulmonares bilaterales de densidad en vidrio deslustrado y contornos mal definidos, que tienden a confluir entre sí, siendo de predominio en campos medios y superiores y afectando de forma difusa a todo el parénquima pulmonar (aunque de predominio derecho), respetando las áreas subpleurales en LID y estando en relación a afectación pulmonar severa por COVID-19.

En los días sucesivos continúa con deterioro progresivo de la función respiratoria con SatO₂ < 70% a pesar de soporte, falleciendo en el 15º día postoperatorio.