

Perforación duodenal espontánea en paciente intervenido de prostatectomía radical

Spontaneous duodenal perforation in a radical prostatectomy patient

A. Tienza, J.M. Velis, R. Algarra, L.M. Romero, J. Barba, J.M. Berrián

RESUMEN

La prostatectomía radical es una cirugía para el cáncer localizado de próstata, muy conocida y con escaso número de complicaciones precoces postoperatorias.

Presentamos el caso de un paciente de 54 años con PSA de 8 ng/ml y biopsia informada como adenocarcinoma de próstata Gleason 3+3=6 intervenido quirúrgicamente mediante prostatectomía radical retropúbica, que presentó una perforación espontánea de duodeno. Se manejó de forma conservadora ante el buen estado del paciente, resolviéndose a los 30 días.

Ante un paciente intervenido es importante pensar en todas posibles complicaciones realizando las mínimas pruebas necesarias que permitan un diagnóstico certero. El tratamiento habitualmente es quirúrgico, pudiéndose optar por el conservador en casos concretos.

Palabras clave. Prostatectomía. Duodeno. Perforación. Complicación. Postoperatorio.

ABSTRACT

Radical prostatectomy is a well known treatment for prostate cancer, with a low incidence of early postoperative complications.

Our case is a 54 year old patient diagnosed with prostate adenocarcinoma, Gleason score 3+3=6 with 8 ng/ml of PSA, treated by retropubic prostatectomy, who suffered spontaneous perforation of the duodenum. We chose a conservative management, resolved in 30 days.

When dealing with a surgical patient all kinds of complications must be taken into account by performing the minimum tests that will enable a sure diagnosis to be achieved. The usual treatment is surgery or conservative management, depending on the case and the patient.

Keywords. Prostatectomy. Duodenum. Perforation. Complication. Postoperative.

An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35 (3): 507-509

Departamento de Urología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Recepción: 17 de abril de 2012

Aceptación provisional: 11 de mayo de 2012

Aceptación definitiva: 11 de mayo de 2012

Correspondencia:

A. Tienza Fernández

Clínica Universidad de Navarra

Departamento de Urología

Avda. Pío XII, 36

31008 Pamplona. Navarra

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado en la actualidad está muy estudiado y publicado. La cirugía suele realizarse de forma reglada y segura, debido a la amplia experiencia y el gran número de casos que aparecen. Las complicaciones aunque habitualmente escasas están ampliamente descritas, siendo excepcional el caso de perforación de víscera, y más aún la perforación de duodeno^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años que acudió a la consulta por elevación de las cifras del PSA, se recomendó tratamiento antibiótico y nuevo análisis posterior. Tras un resultado de 8 ng/ml se aconsejó realizar una biopsia prostática. El resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma de próstata Gleason 3+3= 6, confirmando enfermedad localizada con una resonancia magnética nuclear. Como antecedentes de interés destaca-

ba cirugías previas de apendicectomía y de herniorrafia inguinal.

Se propone tratamiento quirúrgico mediante prostatectomía radical, siendo el acceso por vía retropúbica y extraperitoneal mediante la técnica de Walsh, cursando la intervención sin incidencias.

Durante los primeros días presenta picos de fiebre de hasta 38,1°C, sintomatología de íleo paralítico postoperatorio con un vómito abundante el 2º día, suspendiendo la tolerancia oral iniciada el primer día.

El cuarto día se le realiza radiografía de abdomen con presencia de gas en marco cólico y niveles hidroaéreos en colon derecho. Se planifica el alta para el octavo día dada la evolución satisfactoria.

El séptimo día presenta un cuadro de dolor en flanco derecho y enrojecimiento de la zona con fiebre hasta 39°C. Se realiza TAC de abdomen mostrando una colección líquida con abundante gas de localización retroperitoneal, por detrás de las porciones duodenales segunda y tercera acompañado de mínimo neumoperitoneo, así como diverticulosis al nivel del colon descendente y sigma (Fig. 1)



Figura 1 Tomografía axial computerizada de abdomen muestra colección líquida retroperitoneal con gas por detrás de segunda y tercera porción duodenal acompañado de mínimo neumoperitoneo.

Ante estos hallazgos se sospecha la existencia de perforación duodenal en porción retroperitoneal y cuadro infeccioso, optando por tratamiento conservador. Se coloca drenaje en la colección mediante ecografía, obteniendo

cultivos del líquido, con crecimiento de *Staphylococcus haemolyticus* y *Candida albicans* al cabo de días.

Durante todo el ingreso permaneció con tratamiento antibiótico empírico y basado en los

cultivos. Se colocó una sonda nasogástrica y se sustituyó la alimentación oral por parenteral.

El seguimiento de la colección se hizo mediante ecografía, confirmando la estancamiento intestinal con uso de contraste en un tránsito gastroduodenal a los 30 días de la colocación del drenaje, iniciando posteriormente tolerancia oral. Tras buena tolerancia a la ingesta y estado apirético, se retiró tubo de drenaje y se dio el alta médica tras 45 días desde la intervención.

A los 26 meses permanece asintomático y con PSA indetectable.

DISCUSIÓN

La prostatectomía radical es una intervención urológica destinada a la curación del cáncer de próstata localizado, o evitar sintomatología local por enfermedad oncológica. Existen varios tipos de abordajes y técnicas, y no está exenta de complicaciones.

La perforación duodenal es una patología rara^{1,2}, encontrándose entre las causas la iatrogénica, por exploraciones gastroesofágicas, o la migración de un stent ureteral³; las agresiones externas por arma blanca o de fuego; la patología médica, como la perforación de una úlcera duodenal o la perforación de un divertículo duodenal, presente en un 22% de la población y sólo requiriendo intervención un 1-2%⁴; o la perforación espontánea⁵, como el presente caso.

La perforación duodenal en un paciente prostatectomizado no está recogida en la casuística actual.

Esta patología también puede aparecer en niños, debiendo descartar un traumatismo contuso⁶, incluso en neonatos con distensión abdominal y afectación general.³

El diagnóstico es difícil⁶, especialmente en la perforación retroperitoneal; la sintomatología suele ser tardía y poco florida^{2,6}, destacando la irritación del músculo psoas¹. No hay ninguna prueba de laboratorio específica, pero el aumento de la amilasa indica sospecha en región retroperitoneal⁷.

La radiografía de abdomen puede mostrar signos leves o nulos, siendo las técnicas de contraste de elección, especialmente el CT de abdomen^{4,7}.

El tratamiento habitual en las perforaciones suele ser quirúrgico y de carácter

urgente para evitar patología infecciosa grave. El tratamiento conservador también puede ser una opción posible, especialmente si se sospecha microperforación⁸, aunque condenado al fracaso por muchos².

En nuestro caso, dado el estado general del paciente, el tamaño de la colección y la agresividad de la opción quirúrgica se decide optar por tratamiento conservador mediante drenaje en espacio retroperitoneal y cobertura antibiótica¹. Se mantuvo en dieta absoluta con nutrición parenteral, aunque la vía de alimentación más citada es duodenostomía o yeyunostomía^{5,4}.

Dada la rareza de la patología no existe un método diagnóstico y terapéutico concreto, siendo su diagnóstico preoperatorio en torno al 13%², aportando la laparotomía abdominal el procedimiento diagnóstico y terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. CHEN CF, WU DC, CHEN CW, HSIEH JS, CHEN CY, WANG JY. Successful management of perforated duodenal diverticulitis with intra-abdominal drainage and feeding jejunostomy. *Kaohsiung J Med Sci* 2008; 24: 425-429.
2. CHAMPION MP, RICHARDS CA, BODDY SA, WARD HC. Duodenal perforation: a diagnostic pitfall in non accidental injury. *Arch Dis Child* 2002; 87: 432-433.
3. WALL I, BARADARIAN R, TANGORRA M, BADALOV N, ISWARA K, LI J, TENNER S. Spontaneous perforation of the duodenum by a migrated ureteral stent. *Gastrointest Endosc* 2008; 68: 1236-1238.
4. CASTELLVÍ J, POZUELO O, VALLET J, SUEIRAS A, GIL V, ESPIONOSA J et al. Divertículo duodenal perforado. *Cir Esp*. 2006; 80: 174-175.
5. BERGMAN S, KOUMANIS J, STEIN LA, BARKUN JS, PARASKEVAS S. Duodenal diverticulum with retroperitoneal perforation. *Can J Surg*. 2005; 48: 332.
6. CANTERO MT, VAQUERIZO C, CAMINA AB, GUTIÉRREZ JM, BURÓN E, ARAGÓN MP. Perforación duodenal neonatal espontánea. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62: 83-84.
7. RICHARD J, BURGESS P. Conservative management of complex diverticular disease causing a retroperitoneal perforation. *BMJ Case Rep* 2009; pii: bcr03.2009.1692. Epub 2009 Oct 5.