Presentación de caso

Síndrome pospolipectomía como complicación de la resección endoscópica de los pólipos del colon

Post polypectomy Syndrome as a Complication of Endoscopic Resection of Colon Polyps

Roberto Cobiellas Rodríguez[1] https://orcid.org/0000-0001-5218-9608

1Hospital de Prenda. Luanda, Angola.

Autor para la correspondencia: cobiellas@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las técnicas de resección de los pólipos del colon han mejorado el tratamiento y cribado de estas lesiones, que a pesar de ser un procedimiento seguro pueden tener varias complicaciones que deben ser diagnosticadas y tratadas de forma correcta por el cirujano en la actualidad.

Objetivo: Definir el síndrome pospolipectomía, su diagnóstico y tratamiento para una mejor atención de los pacientes ante las nuevas tecnologías.

Presentación del caso: Se presenta una paciente femenina de 53 años de edad con sangramiento digestivo bajo, a la que se le realizó una colonoscopía y se detectó un pólipo a nivel del colon ascendente sangrante, que fue extirpado con electrocoagulación bipolar. Al día siguiente del procedimiento la paciente aquejó dolor en el lado derecho con distensión asimétrica del abdomen. Se realizaron exámenes complementarios y estudios radiológicos para definir conducta. Niega vómitos y manifestó que no expulsa ni heces ni gases; por lo que se le realizó laparotomía exploradora, en la cual se encontró un hematoma subcapsular del hígado sin perforación del colon, este se produjo como consecuencia de que no

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

se diagnosticó de forma oportuna un síndrome pospolipectomía porque no se tuvo en cuenta la posible ocurrencia de esta complicación. La paciente luego de la laparotomía presentó evolución satisfactoria.

Conclusiones: Es necesario que el cirujano general conozca de las nuevas técnicas endoscópicas, a fin de que pueda tomar una mejor conducta frente a las complicaciones de estos procederes. El diagnóstico de este síndrome se basó en el antecedente de una resección colonoscópica, dolor abdominal, fiebre y elevación de los marcadores de la inflamación y su tratamiento fue conservador.

Palabras clave: enfermedades del colon; pólipos del colon; cirugía; neoplasias colorrectales; resección endoscópica de la mucosa; efectos adversos; perforación intestinal; diagnóstico por imagen; complicaciones posoperatorias.

ABSTRACT

Introduction: Techniques for resecting colon polyps have improved the treatment and screening of these lesions; despite being a safe procedure, they can have several complications that must be correctly diagnosed and treated by the surgeon.

Objective: To define post polypectomy syndrome, its diagnosis and treatment for better patient care in light of new technologies.

Case presentation: A 53-year-old female patient presented with lower gastrointestinal bleeding. She underwent a colonoscopy, a bleeding polyp being detected in the ascending colon, which was removed with bipolar electrocoagulation. The day after the procedure, the patient complained of pain on the right side, with asymmetrical abdominal distension. Additional tests and radiological studies were performed to determine the course of action. She denied vomiting and stated that she was not passing stool or gas; therefore, an exploratory laparotomy was performed, revealing a subcapsular hematoma of the liver without colon perforation. This was a consequence of the failure to diagnose post polypectomy syndrome in a timely manner because the possible occurrence

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

of this complication was not taken into account. The patient's progress after the laparotomy was satisfactory.

Conclusions: General surgeons need to be familiar with new endoscopic techniques, in such a way that they can better manage the complications of these procedures. The diagnosis of this syndrome was based on a history of colonoscopic resection, abdominal pain, fever and elevated inflammation markers; and its treatment was conservative.

Keywords: colon diseases; colon polyps; operation; colorectal neoplasms; endoscopic mucosal resection; adverse effects; intestinal perforation; imaging diagnosis; postoperative complications.

Recibido: 07/09/2024

Aceptado: 16/04/2025

Introducción

El síndrome pospolipectomía es una irritación peritoneal debido a una quemadura causada por electrocoagulación durante una polipectomía endoscópica cuya incidencia es baja, entre 0,03-1,2 % de las polipectomías y fue descrita por primera vez por *Waye*[1] en 1981. Al existir un incremento del cáncer colorrectal debido a una mejor calidad de los medios de diagnóstico precoz, estos permiten encontrar entre un 70-80 % de los pólipos, los que casi siempre son resecados por polipectomía colonoscópica.[2] A pesar de los beneficios y la seguridad de los métodos endoscópicos, estos pueden llevar a complicaciones como el sangrado y la perforación frente al incremento de las resecciones de las lesiones premalignas y malignas del colon.[3] Por lo que en las últimas décadas es esencial para el cirujano conocer este síndrome, su diagnóstico y tratamiento precoz adecuado para evitar mayores complicaciones.[4] El objetivo de este trabajo fue definir el

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

síndrome pospolipectomía, su diagnóstico y tratamiento para una mejor atención de los pacientes ante las nuevas tecnologías.

Presentación de caso

Se presenta una paciente femenina de 53 años de edad, color de la piel negra, con antecedentes familiares maternos y paternos de hipertensión arterial, así como antecedentes personales de hipertensión arterial, para lo cual lleva tratamiento con enalapril 20 mg diarios.

- Motivo de ingreso: dolor en lado derecho del abdomen
- Historia de la enfermedad actual. Como parte del seguimiento por presentar un sangramiento digestivo bajo dado por enterorragia, se le realizó una colonoscopía en la cual se detectó un pólipo a nivel del colon ascendente, sangrante y al mismo tiempo del proceder se le realizó resección del pólipo con electrocoagulación bipolar, el que se envió para anatomía patológica para biopsia.

  Al día siguiente de la colonoscopía, la paciente aquejó dolor en el lado derecho con distensión asimétrica del abdomen en el lado derecho, además de que negó vómitos y manifestó que no expulsaba ni heces, ni gases.

Al examen físico:

- Temperatura: 38,8 ºC.
- Piel y mucosas: húmedas y normocoloreadas.
- Respiratorio: murmullo vesicular disminuido en base pulmonar derecha, Frecuencia respiratoria: 18/min.
- Cardiovascular: ruidos rítmicos y bien golpeados, no soplos. Frecuencia cardiaca 100/min. Tensión arterial: 110/85 mmHg.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

- Abdomen:
  - Inspección: sigue poco a los movimientos respiratorios, distensión asimétrica hacia el lado derecho.
  - Auscultación: ruidos hidroaéreos ausentes.
  - Palpación: dolorosa a la palpación superficial y profunda en el hemiabdomen derecho y en epigastrio, con dolor a la descompresión brusca en esa zona. En el hemiabdomen izquierdo el abdomen es blando, depresible, no doloroso.
  - Percusión: dolorosa en hemiabdomen derecho con aumento de la sonoridad en esa zona en correspondencia al trayecto del colon derecho.
- Tacto rectal y vaginal: normal.
- Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.
- Sistema nervioso central: no alteraciones.

Se le realizaron exámenes complementarios y estudios radiológicos para definir conducta.

- Exámenes de laboratorios:
  - Hb: 5 mmol/L.
  - Leucocitos: 16 x 106/mcL.
  - Neutrófilos: 87 %.
  - Linfocitos: 8 %.
  - Monocitos: 2 %.
  - Eosinófilos: 2 %.
  - Basófilos 1 %.
  - Plaquetas 155 x 103/mcL.
  - Glicemia: 8,33 mmol/L (elevada).
  - Creatinina: 91,56 mcmol/L.

(cc) BY-NC
Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

- Exámenes imagenológicos:
  - Ecografía abdominal: aumento del patrón gaseoso intestinal, a predominio del colon derecho, no líquido libre en cavidad. Aumento de volumen del lóbulo izquierdo del hígado.
  - Colonoscopía: imágenes donde se observa pólipo en el lado derecho del colon que se reseca (fig. 1)
  - Radiografía de tórax posteroanterior de pie. Obsérvese gran neumoperitoneo bilateral, con marcada distensión del colon derecho. Se compara con radiografía previa a la colonoscopía, normal (fig. 2).

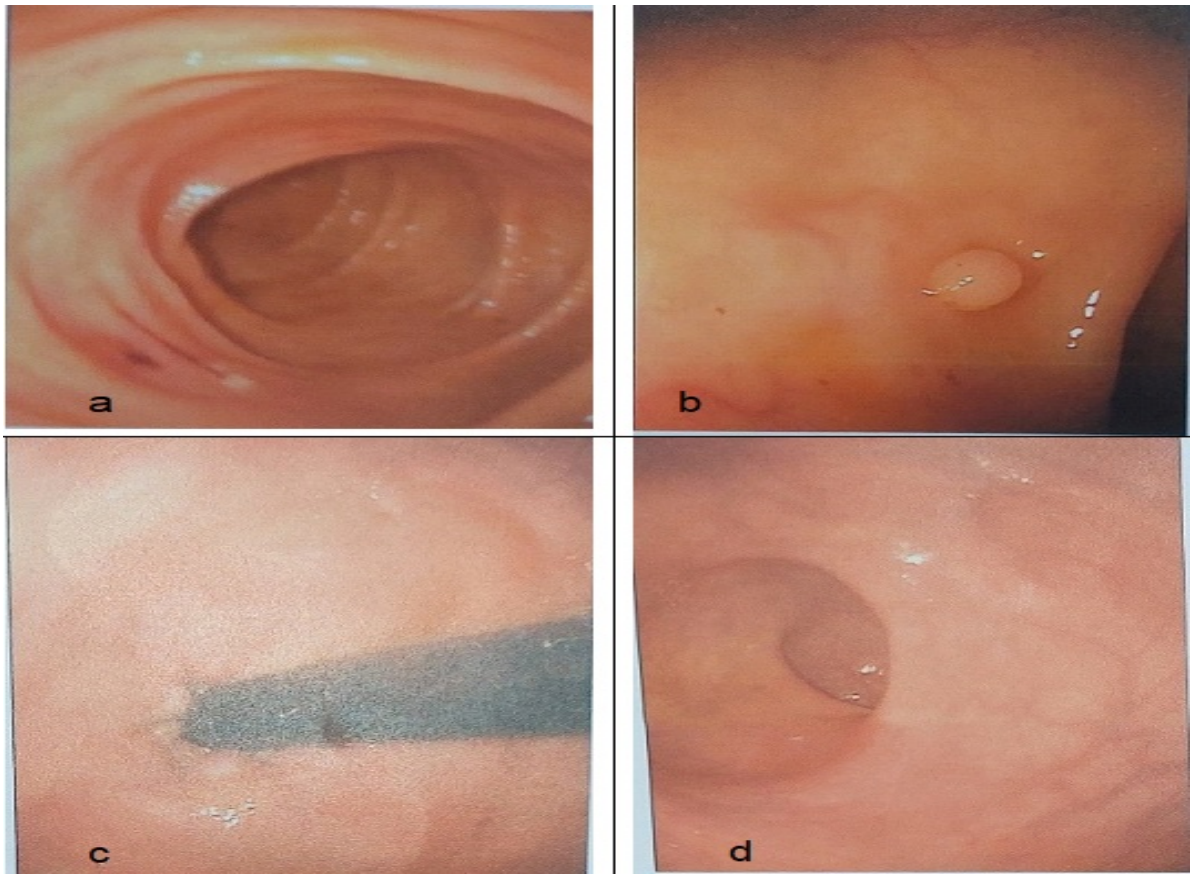

Fig. 1- a) Colon ascendente luz con estigma de sangrado. b) Presencia de pólipo pediculado. c) Extirpación por electrocoagulación. d) Mucosa del colon pospolipectomía.

Fuente: fotos y datos del autor.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

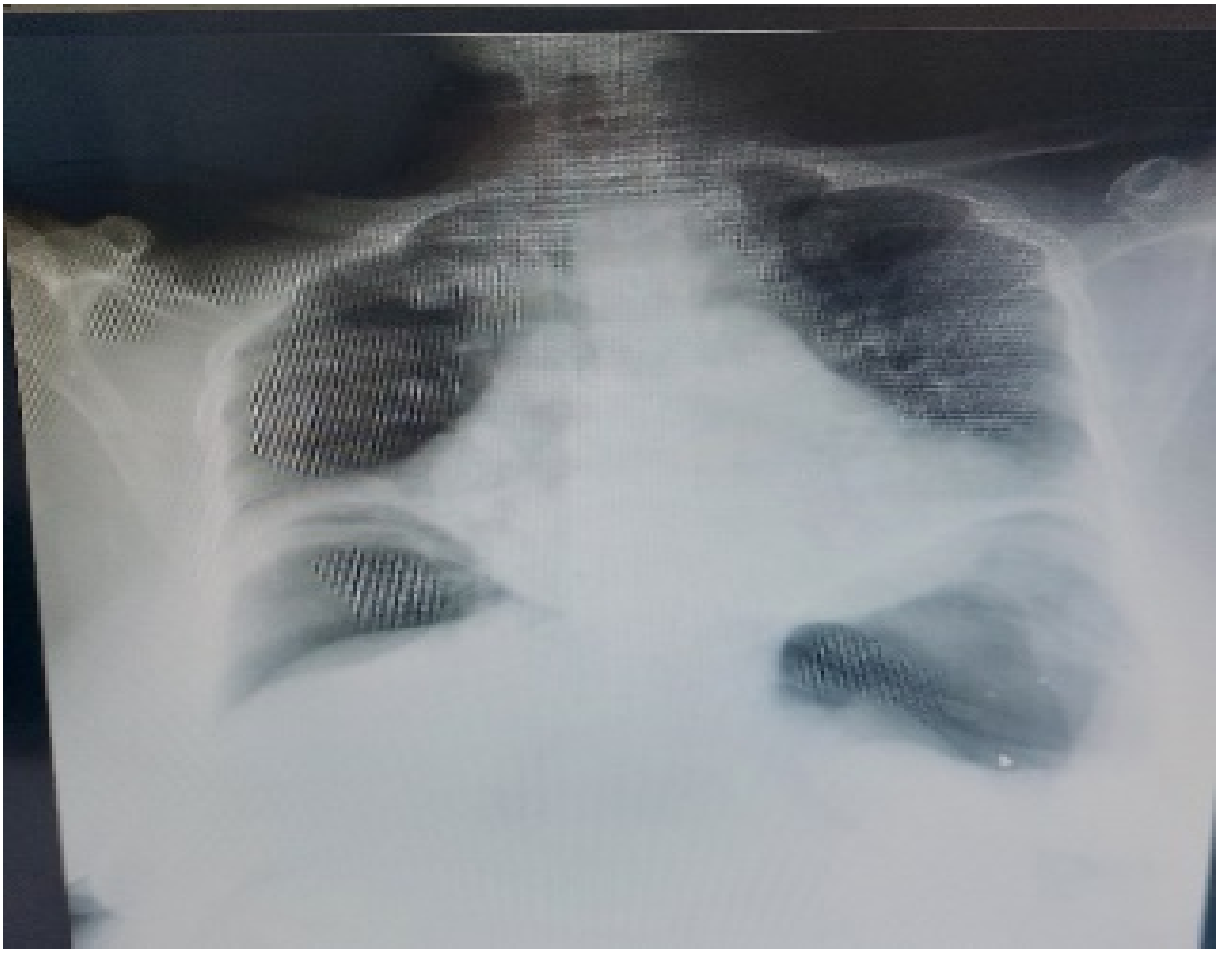

Fig. 2- Radiografía de tórax donde se observa un neumoperitoneo bilateral.

Fuente: datos del autor.

Con estos antecedentes, el cuadro clínico, el examen físico y los complementarios fue discutida en colectivo y se llegó al acuerdo de que presenta una probable perforación del colon poscolonoscopía.

- Se realizó preoperatorio de urgencia con colocación de sonda nasogástrica, sonda vesical, hidratación, antibioticoterapia con metronidazol 500 mg endovenoso y cefazolina 1 g endovenoso, así como rasurado de la piel.
- Salón de operaciones y bajo anestesia general orotraqueal, a la paciente se le realizó laparotomía exploradora a través de una incisión media supra e

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

infraumbilical, durante la cual se observó el colon derecho dilatado, además de que se le examinó todo el tubo digestivo no encontrándose perforación a ningún nivel. En el lóbulo izquierdo del hígado se observó un hematoma subcapsular no expansivo, no pulsátil. No otros hallazgos transoperatorios, por lo que se decidió realizar cierre por planos hasta piel.

- Posoperatorio, este transcurre sin complicaciones y la paciente egresa a los cuatro días de operada. A los 15 días se recibe el resultado de la biopsia la que informó de un pólipo adenomatoso del colon derecho, sin signos de malignidad.

Discusión

En esta paciente el diagnóstico de un síndrome de pospolipectomía no se realizó preoperatoriamente debido a que no se pensó en esa complicación, de ahí la importancia que tiene para el cirujano tener conocimiento de las nuevas tecnologías que van surgiendo.

El síndrome pospolipectomía es una complicación poco común, que debe ser tenida en cuenta para diferenciarla de una perforación intestinal durante una colonoscopía para un mejor tratamiento de estos pacientes.[5,6] La incidencia de este síndrome es baja, en un estudio[7] retrospectivo monocéntrico acerca de 475 pacientes, el 9,7 % de ellos presentó el síndrome pospolipectomía y tuvo como síntoma fundamental la presencia de dolor abdominal unas seis horas después de la colonoscopía, acompañado de fiebre, leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva. Este estudio concluye como factores de riesgo para el síndrome pospolipectomía: los pólipos pediculados, los pólipos en el ciego, los pólipos serrados y la ausencia de neoplasia intraepitelial.[7]

Sin embargo en un estudio realizado por *Chen*[8] y otros en una paciente de 58 años de edad, en la que su cuadro clínico se presentó como un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, choque séptico y sangrado digestivo alto sin

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

dolor abdominal, al realizar su diagnóstico correcto no existía perforación del colon, motivo para que la conducta tomada fuera conservadora con evolución favorable para la paciente.[8] Mientras que *Jing*[9] y otros reportan un caso de un paciente, en el que el síndrome pospolipectomía se manifestó solo como un cuadro séptico grave al estar acompañado de fiebre, insuficiencia respiratoria e insuficiencia hepática.

Dentro de los exámenes complementarios para realizar el diagnóstico se destaca la radiografía posteroanterior de tórax, en la que se observa la presencia de un neumoperitoneo. No obstante, hoy en día se le da mayor importancia a la tomografía axial computarizada.[10]

La paciente de este estudio presentó a las 24 h del proceder dolor abdominal, fiebre y leucocitosis, es decir, similar a los estudios revisados. De forma general los pacientes usualmente presentan el cuadro clínico en un período que puede ir de horas hasta día después del proceder con fiebre, signos de peritonitis localizada, elevación de los marcadores de la inflamación y un neumoperitoneo bilateral en las imágenes radiológicas. Para disminuir el riesgo de provocar este tipo de lesión se sugiere disminuir la transmisión de la electrocoagulación a la capa submucosa de la pared intestinal, así como de una adecuada infiltración en la submucosa y de que el pólipo quede en la luz del colon para aplicar el proceder.[11]

El tratamiento del síndrome pospolipectomía es conservador con administración de líquidos intravenosos, antibióticos y reposo del tubo digestivo.[12] La perforación es infrecuente y se debe a un daño de la electrocoagulación que pasó irreconocible hasta pasada las 24 h, aunque esta puede aparecer hasta una semana después; y cuando se sospecha se sugiere realizar una tomografía axial computarizada de urgencia, para que una vez establecido el diagnóstico según la extensión de la peritonitis, se puede reparar la lesión por laparoscopía o realizar una laparotomía con probable colostomía o ileostomía.[13,14]

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Por lo que se puede concluir que es necesario que el cirujano general conozca de las nuevas técnicas endoscópicas, a fin de que pueda tomar una mejor conducta frente a las complicaciones de estos procederes. El diagnóstico de este síndrome se basó en el antecedente de una resección colonoscópica, dolor abdominal, fiebre y elevación de los marcadores de la inflamación y su tratamiento fue conservador.

Referencias bibliográficas

1. Romo JA, Peña JD, López LA, Figueroa C, Garzon H, Recamán A. Post-polypectomy syndrome—a rare complication in colonoscopy procedures: a case report. [acceso 10/03/2024];2022(8):rjac369. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9427180/

2. Copland AP, Kahi CJ, Ko CW, Ginsberg GG. Clinical Practice Update on Appropriate and Tailored Polypectomy: Expert Review. Clinical Gastroenterology and Hepatology (AGA) [acceso10/03/2024];22(3):470-9.e5. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542356523008534

3. Cobiellas RR, Janota J, Brava NMO. Diagnóstico y tratamiento de la poliposis adenomatosa familiar. Opuntia Brava. 2022 [acceso 13/07/2022]; Disponible en: https://n9.cl/3j35g

4. Fuentes Z, Rodríguez O, Tarancón IA, Capote G, Puerto T, Fuentes Z, et al. Modelo de gestión de riesgo del programa de recuperación precoz de la cirugía colorrectal electiva. Rev Cuba Anestesiol Reanim. 2022 [acceso 11/03/2024];21(2). Disponible en: https://n9.cl/xdowc

5. Caballero C, Avalos R, Vázquez AY, Caballero C, Avalos R, Vázquez AY. Caracterización clínica, endoscópica e histológica de los pólipos colorrectales en pacientes de edades pediátricas. Matanzas. Revista Médica Electrónica. 2020 [acceso 11/03/2024];42(4):2008-19. Disponible en: https://n9.cl/ztd3t

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

6. Issaka RB, Chan AT, Gupta S. AGA Clinical Practice Update on Risk Stratification for Colorectal Cancer Screening and Post-Polypectomy Surveillance: Expert Review. Gastroenterology. 2023 [acceso 02/04/2024];165(5):1280-91. DOI: 10.1053/j.gastro.2023.06.033

7. Fusco S, Bauer ME, Schempf U, Stüker D, Blumenstock G, Malek NP, et al. Analysis of Predictors and Risk Factors of Pospolypectomy Syndrome. Diagnostics. 2024 [acceso 02/04/2024];14(2):127. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10814321/

8. Chen FZ, Ouyang L, Zhong XL, Li JX, Zhou YY. Pospolypectomy syndrome without abdominal pain led to sepsis/septic shock and gastrointestinal bleeding: A case report. 2024 [acceso 02/04/2024];15(10). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37969719/

9. Jing W, Qinghua L, Zhiwen Y. Postpolypectomy fever in patients with serious infection: a report of 2 cases. 2024;22(1):156. DOI: 10.1186/s12876-022-02218-9

10. Keraliya A, Yu HS, Uyeda JW. CT imaging findings of complications of optical colonoscopy. Emerg Radiol. 2022 [acceso 02/04/2024];29(5):915-23. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s10140-022-02058-w

11. Ma MX, Bourke MJ. Complications of endoscopic polypectomy, endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection in the colon. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2016 [acceso 03/04/2024];30(5):749-67. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521691816300737

12. Tziatzios G, Papaefthymiou A, Facciorusso A, Papanikolaou IS, Antonelli G, Marco S, et al. Comparative efficacy and safety of resection techniques for treating 6 to 20mm, nonpedunculated colorectal polyps: A systematic review and network meta-analysis. Dig Liver Dis. 2023 [acceso 03/04/2024];55(7):856-64. Disponible en: https://www.dldjournalonline.com/article/S1590-8658(22)00741-1/abstract

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

13. Kus J, Haque S, Kazan-Tannus J, Jawahar A. Postpolypectomy coagulation syndrome - an uncommon complication of colonoscopy. Clin Imaging. 2021 [acceso 03/04/2024];79:133-5. Disponible en: https://n9.cl/7c4skq

14. Iqbal U. Safety of endoscopic mucosal resection of large colonic polyps in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. Ann Gastroenterol. 2022 [acceso 03/04/2024]; Disponible en: https://n9.cl/b8cqd

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES