

Peritonitis fecaloidea. COVID positivo en postoperatorio.

Fecaloid peritonitis. Positive COVID postoperatively.

Varela Recio J

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

CASO CLÍNICO

Desde el Hospital Puerta del Mar en Cádiz, exponemos el caso clínico de una paciente que ingresó siendo negativo para COVID-19, y que, sin saber a ciencia cierta en qué momento, hacia el día 26 del ingreso resulta positivo en una prueba PCR. Solo hubo un miembro del personal sanitario que le atendió infectado tras contacto con el paciente.

Paciente varón de 79 años. Como antecedentes personales destacan EPOC y diverticulosis.

El paciente permanecía en seguimiento por medicina interna ante cuadro constitucional de varios meses de duración. Se había realizado un TAC donde se objetivaba masa en sigma compatible con proceso infeccioso, frente uno neoplásico.

El día 8/03/20, coincidiendo con el inicio de la curva de casos acumulados en España, ingresa por urgencias ante sd obstructivo debido a tumoración en sigma y válvula ileocecal competente. Tras anamnesis y pruebas complementarias se objetiva dilatación muy marcada del marco cólico con signos de sufrimiento por lo que el paciente es intervenido de urgencias. En aquel momento no se realizó test PCR para COVID-19, ni se tomaron medidas adicionales en el quirófano.

El postoperatorio cursó sin incidencias siendo valorado el alta al 8º día. Finalmente se decide mantener ingreso debido a que el paciente no había completado la educación por parte de la enfermera estomaterapeuta.

Durante esta segunda semana, concretamente el día 17/03/20 inicia con empeoramiento del estado general y se realiza TAC de abdomen donde no se objetiva causa quirúrgica, pero sí describen estómago de retención.

CORRESPONDENCIA

Javier Varela Recio
Hospital Universitario Puerta del Mar
11009 Cádiz
Javier_vr22@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Varela Regio J. Peritonitis fecaloidea. COVID positivo en postoperatorio. Cir Andal. 2020;31(4):515-17.

Día 18 sigue con empeoramiento y se habla con compañeros de Medicina Interna para valoración. Es catalogado como episodio de “broncoaspiración” tratándose con antibioterapia con amoxiclavulánico.

Los sucesivos días el paciente inició con insuficiencia respiratoria, y tras no mejoría, se decide solicitar entre una batería de pruebas, la PCR del COVID-19. En esta PCR no se detecta COVID-19. El hecho de haber sido la prueba negativa apoya la teoría de la broncoaspiración y se continúa tratando al paciente según este diagnóstico.

Durante los sucesivos días se mantiene un deterioro respiratorio del paciente que continuamos atribuyendo a dicha neumonía por broncoaspiración. En los evolutivos podemos ver como tanto Cirujanos como Internistas, así como compañeros de otras especialidades (Endocrinología, nefrología...) reiteran durante sus evoluciones el concepto de “paciente COVID negativo” a pesar de haber pasado más de 6-7 días del resultado.. Esto puede hacer plantearnos si los profesionales que lo atienden en esos momentos podrían haber considerado la posibilidad de que el paciente haya adquirido el virus con durante el ingreso.

Tras un empeoramiento brusco con un pico febril de 38,5°C a finales de marzo, se revisa por parte de compañeros de Medicina Interna tratamiento, pero no existen nuevas sospechas sobre paciente susceptible de ser COVID-19 positivo.

Debido a la claudicación respiratoria que mantenía ingresado al paciente sin patología abdominal ni causa quirúrgica el día 2/04/20 se consensua con Internistas derivar al paciente a otro hospital que se habilita en el área de San Fernando considerado como “área libre de COVID-19”. Para este traslado se solicita segunda PCR para COVID-19. El día 4/04/20 de madrugada el servicio de microbiología contacta con el internista y el cirujano de guardia para poner en conocimiento que el paciente ha resultado positivo para COVID-19.



Figura 1 Peritonitis fecaloidea cronograma.

Desde ese momento se traslado al paciente a la planta de infecciosos bajo estrictas medidas de seguridad y se pone en conocimiento del Servicio de Medicina Preventiva. Tras comunicarse con los profesionales que habían tenido contacto solo uno mostraba síntomas y estaba ya aislado en domicilio desde el día anterior.

El paciente permanece ingresado durante 16 días más en unidad de infecciosos hasta que recupera buen estado general y tras tercera PCR negativo es derivado al alta con recomendaciones.

El profesional afectado en este caso sufrió síntomas leves y permaneció 30 días en aislamiento debido a mantener sucesivos positivos en la prueba PCR para Covid.

Ante el caso presentado es mandatorio obtener conclusiones que nos ayuden en los próximos meses a evitar errores y a fortalecer los protocolos de actuación.

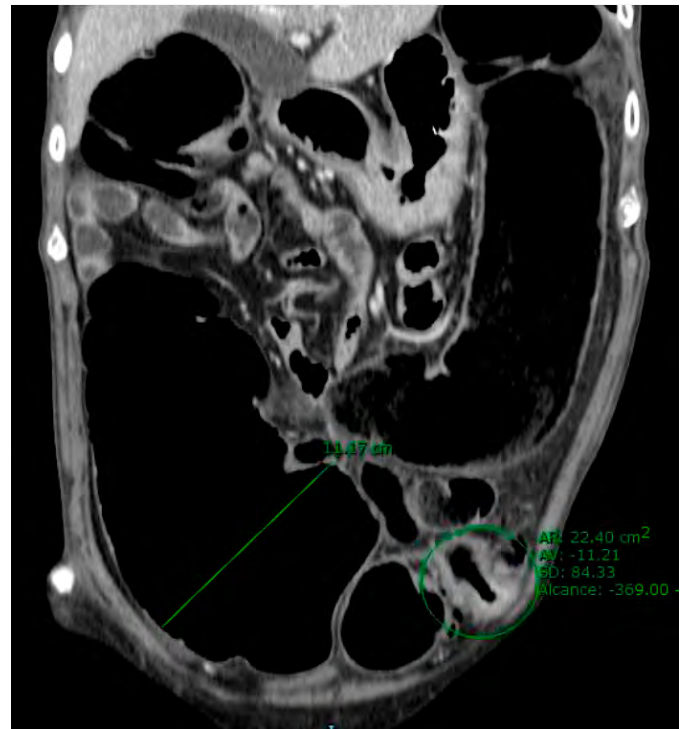


Figura 2 Peritonitis fecaloidea.



Figura 3 Peritonitis fecaloidea placa paciente.

En lo referente al posible retraso del diagnóstico, se podrían señalar factores coincidentes que retrasaron la solicitud de la segunda prueba PCR: paciente broncopata conocido, insuficiencia respiratoria aguda en el postoperatorio inmediato justificable por broncoaspiración, saturación de los principales servicios hospitalarios (microbiología, radiodiagnóstico, infecciosos...). Además, parece relevante incidir en que el caso clínico se plantea en un momento

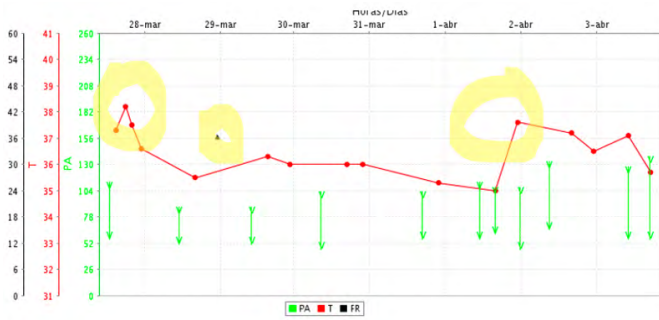


Figura 4

Peritonitis fecaloidea constantes.

cronológico donde los protocolos de actuación se encontraban en una fase temprana de la implementación.

Por otro lado, es importante reflexionar sobre el contagio que se produjo a raíz del caso. En este sentido, es destacable la escasez de equipos de protección individual en aquellos momentos (sirva como ejemplo que no se disponían en esos momentos de la pandemia de mascarillas FFP2-FFP3), así como la coincidencia de tiempos prolongados en contacto con el paciente debido al deterioro que mantenía.