



P-325 - COMPLICACIÓN DE CÁNCER RECTAL PRODUCIENDO FASCITIS NECROTIZANTE MONOMICROBIANA DE PARED ABDOMINAL: UNA RARA ASOCIACIÓN

O. Rozo, P. Vázquez, Y. Aguilera, M. Caraballo, J. Quiñones, S. Carrero, F. Parreño y L. Muñoz

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) aunque rara (Incidencia 1×100 mil/año) es la forma más grave de infección de tejidos blandos, rápidamente progresiva y asociada a toxicidad sistémica en un tercio de los pacientes. La pared abdominal es una zona de afectación frecuente debido a múltiples causas, sin embargo aunque se ha conocido su relación con las neoplasias de colon, son pocos los casos reportados en la literatura. Se asocia a pacientes inmunodeprimidos, desnutridos, parapléjicos, postoperados y en ancianos. Más frecuentemente es polimicrobiana siendo muy rara la infección monomicrobiana (streptococo). Ante su diagnóstico no se debe retrasar su tratamiento ya que su pronóstico depende de su precocidad y su agresividad.

Objetivos: Describir un caso clínico con fascitis necrotizante fulminante de pared abdominal secundario a perforación de ADC recto resaltando la importancia de su tratamiento precoz.

Caso clínico: Mujer 72 años, hipertensa, dislipidémica que presenta 3 días de fiebre y dolor abdominal difuso súbito, rápidamente progresivo e intenso de predominio en hemiabdomen derecho. Los últimos 2 días aparición de eritema, calor local, empastamiento que progresa en las últimas horas a equimosis, cianosis y palidez cutánea; malas condiciones generales, hipotensa y taquicárdica. Durante inspección se evidencia cianosis y equimosis en la piel de forma generalizada en hemiabdomen derecho, a la palpación crepitación y signos de irritación peritoneal. Analítica con parámetros inflamatorios elevados, y signos de compromiso multiorgánico. TAC abdominal (previa a evaluación por cirugía): enfisema subcutáneo en pared abdominal derecha con afectación de musculatura parietal adyacente, trombosis vascular. Engrosamiento de colon unión recto-sigma e infiltración de grasa adyacente y 2 LOES hepáticas sospechosas de metástasis. Se realiza laparotomía visualizándose, neoplasia de recto (anterior) perforada infiltrando vejiga con cambios fibróticos e inflamatorios, que hacia cuerno vesical izquierdo presenta a su vez perforación en contacto con pared abdominal, desde la cual, muestra necrosis de músculos rectos extendiéndose hacia hemiabdomen derecho, afectando aponeurosis del oblicuo mayor, tejido celular subcutáneo y piel. Dos lesiones hepáticas metastásicas. Se realiza desbridamiento, lavado, colostomía terminal. En UCI persiste con fallo multiorgánico refractario a tratamiento, y progresión de fascitis necrotizante, por lo tanto fallece a las 24 horas. Los cultivos son informados con E. coli (liq. peritoneal, sangre, drenajes), la anatomía patológica informa ADC recto tipo entérico perforado con infiltración vesical.

Discusión: Pese al conocimiento de la etiopatogenia y la disponibilidad de herramientas terapéuticas más eficientes, la mortalidad de la FN apenas ha cambiado (25%), llegando a ser mayor en casos fulminantes (70-88%). El tratamiento se basa en soporte hemodinámico, cirugía extenso y precoz con antibioterapia empírica, ya que tiende a ser una patología polimicrobiana, sin embargo en nuestro caso fue monomicrobiana, siendo este otro factor particular del caso. El diagnóstico es clínico y ante la sospecha no se debe retrasar la exploración quirúrgica. Aunque se conoce la relación entre FN y complicaciones con neoplasias de colon, los casos reportados en la literatura son muy escasos (< 1%) y por esta razón es importante su sospecha ante la ausencia de otros focos.