



P-477 - MENINGITIS SECUNDARIA A FÍSTULA RECTAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

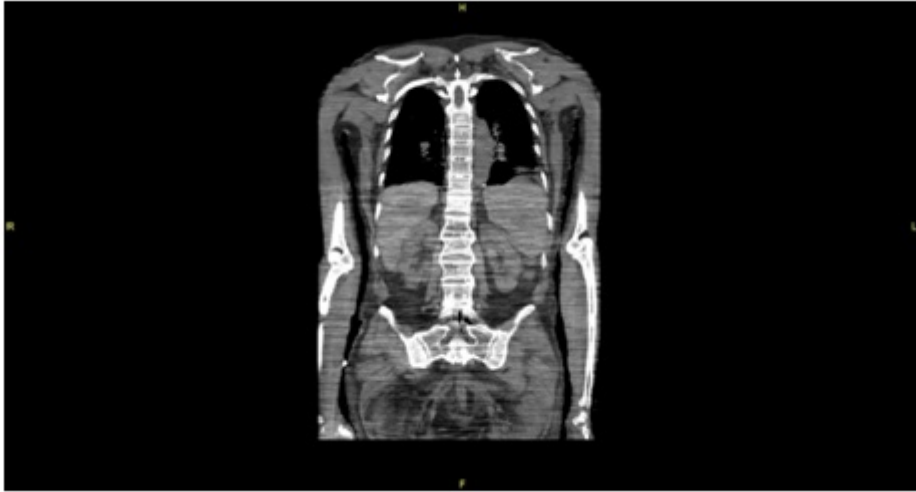
Gerona Serrano, Delia; Flórez Nisperuza, Ángela; Orts Micó, Francisco José; Ros Comesaña, Alejandro; Cortes Climent, Javier; Martínez Borrás, María; Belda Ibáñez, Tatiana; Serra Díaz, Carlos

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso clínico de una complicación fistulosa poco frecuente pero muy grave con afectación infecciosa del sistema nervioso central (SNC). Se revisa la literatura a propósito del caso clínico.

Caso clínico: Paciente de 63 años. DM tipo 2. EPOC. Espondilitis anquilosante y enfermedad de Crohn en tratamiento con ustekinumab y mesalazina. La enfermedad inflamatoria intestinal debutó hace 20 años con megacolon tóxico y perforación colónica por lo que se le realizó colectomía total con reconstrucción posterior del tránsito y reservorio ileal en J. En los años posteriores presentó múltiples complicaciones con fístulas de íleon distal a reservorio y reservoritis crónica. En enero de 2019 acudió a Urgencias con dolor lumbosacro irradiado a miembro inferior izquierdo que fue tratado como una lumbociática. Una semana más tarde reingresa con fiebre y agitación. A la exploración destacaban datos de *shock séptico* (hipotensión, taquicardia, confusión) así como en la analítica (leucocitosis, aumento de reactantes de fase aguda, deterioro de la función renal y coagulopatía). Se realizó TAC craneal donde se evidenció abundantes burbujas de gas en espacio subaracnoideo, orificio magno, cisternas perimesencefálicas, cisternas supraselares, cisternas silvianas y a nivel intraventricular en astas temporales. Los hallazgos corresponden a meningitis y ventriculitis con neumocéfalo. Se realiza también TAC toracoabdominopélvico para localizar el foco infeccioso con el resultado de aumento de partes blandas presacras con burbujas de gas que se extienden rodeando al coxis, a ambos glúteos y tejido celular subcutáneo. Extensión al conducto medular de las burbujas por las raíces izquierdas de L5-S1, S1-S2 y S2-S3 con burbujas periféricas anteriores (topografía epi/subdural) a nivel de S2, S1, L5 y L4, en alguna localización debe existir paso al espacio subaracnoideo dados los hallazgos del TC craneal. Los hallazgos corresponden a una fístula rectal complicada con gran infección local (miositis, celulitis y osteomielitis) y con extensión a SNC (gas a nivel epi/subdural a nivel lumbosacro y espacio subaracnoideo a nivel intracraneal) través de raíces L5-S1, S1-2 y S2-S3 izquierdas. Ingresó en UCI donde es intubado, se plantea la posibilidad de realizar una ileostomía para limitar el foco infeccioso pero debido a la mala evolución, el paciente es exitus antes de poder plantear el tratamiento quirúrgico.



Discusión: Las infecciones del SNC secundarios a fístulas rectales son poco frecuentes y habitualmente relacionados con meningocele sacro. Los casos de fistulas rectotecales descritos en la literatura son menos de diez y se asocian a perforación por impactación fecal. Nuestro paciente no presentaba ninguna de estos antecedentes sin embargo presentaba una enfermedad de Cronh fistulosa. En casos como este muy evolucionados no fue posible plantear una opción quirúrgica.