



P-333 - EVISCERACIÓN PERINEAL TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL EN PACIENTE CON GANGRENA DE FOURNIER SECUNDARIO A NEOPLASIA DE RECTO

Arriero Ollero, Laura; Asanza Llorente, Juan Antonio; Martínez Cortijo, Sagrario; Cruz Romero, Pilar del Rosario; Calderón Duque, Teresa; Gómez Ruiz, Lourdes; Santiago Peña, Juan Carlos

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción y objetivos: La perforación extraperitoneal por cáncer de recto es rara. Puede derivar a una fascitis necrotizante de toda el área genital y perineal (gangrena de Fournier). Es infrecuente, con unas tasas de mortalidad muy altas (hasta del 75%). El tratamiento de dicha patología debe ser lo más temprano posible y muy agresivo, con importante pérdida de sustancia. Si es posible la resección de la lesión tumoral (AAP), las probabilidades de complicación de la herida son más probables, incluyendo la evisceración perineal.

Caso clínico: Varón de 67 años diagnosticado de neoplasia de recto 2 semanas previas al ingreso, pendiente de colostomía de descarga para comenzar con tratamiento neoadyuvante. Ingresado por gangrena de Fournier en relación con fistulización de dicha neoplasia. Precisa varias intervenciones para realización inicialmente de colostomía de descarga y desbridamiento y posteriormente de curas locales, además de tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Cuando se objetiva resolución del cuadro infeccioso se decide intervención para amputación abdominoperineal laparoscópica sin incidencias, con colocación de malla biodegradable sobre orificio perineal fijándola a fascia presacra y músculo elevador del ano. Cierre de subcutáneo y piel con puntos. Al 5º DPO el paciente presenta cuadro obstructivo secundario a evisceración perineal. Se decide intervención quirúrgica urgente realizando LMSU, hallando evisceración de asas de ID con signos de sufrimiento por orificio perineal de amputación previa, donde objetivamos malla biodegradable parcialmente desinsertada. Se reduce evisceración con recuperación de vascularización de asas. Colocamos malla permanente con recubrimiento biorreabsorbible, tras retirada de malla biodegradable, en región perineal fijándola a pubis e isquion. También a nivel intraabdominal sobre defecto pélvico se coloca malla de ePTFE. El paciente evoluciona de manera satisfactoria exceptuando el desarrollo de fístula urinaria por lo que se procede posteriormente a la reconstrucción con colgajo musculocutáneo de defecto perineal e inguinal derecho y cierre de fístula, con buena evolución y cicatrización de las heridas. Finalmente la fístula se resuelve, siendo posible dar de alta al paciente. Actualmente el paciente mantiene muy buena calidad de vida en su domicilio.

Discusión: Con un tratamiento agresivo: intervención quirúrgica temprana, antibioticoterapia de amplio espectro, soporte hemodinámico y cuidados del apósito adecuados, el estado del paciente con GF puede mejorar y permitir la resección del tumor para facilitar el cierre de la herida. Sin embargo,

la gran pérdida de sustancia subsecuente puede dificultar la reparación y cierre del defecto del suelo pélvico, lo que propicia el desarrollo de complicaciones (evisceración perineal/hernia perineal). Sería conveniente en estos casos, valorar la reconstrucción con colgajo musculocutáneo en el mismo tiempo que la cirugía resectiva para evitar este tipo de complicaciones.