



P-430 - GANGRENA DE FOURNIER SECUNDARIA A NEOPLASIA DE RECTO PERFORADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Aguado Pérez, V. López Flor, J.E. Pérez Folqués, J. Fernández Moreno, J. Guirao Manzano, J. Vázquez Ruiz, F. Aznar Hernández y D. Mansilla Molina

Hospital Virgen del Castillo, Yecla.

Resumen

Introducción: La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante rápidamente progresiva que afecta a la región genital, perineal y perianal, de etiología infecciosa y causa desencadenante conocida hasta en un 90% de los casos, siendo las más frecuentes la patología perianal, urogenital, intervenciones quirúrgicas o instrumentaciones genitourinarias o coloproctológicas. Como factores desencadenantes destaca la diabetes mellitus, alcoholismo crónico y estados de inmunosupresión, tales como neoplasias; el caso que presentamos es un ejemplo de ello. El debut clínico en forma de absceso o celulitis de una neoplasia rectal perforada es extremadamente infrecuente, lo cual dificulta mucho su diagnóstico preoperatorio, agravando la tasa de morbimortalidad que ya de por sí presenta esta entidad infecciosa. Su mal pronóstico está vinculado con la clínica séptica, el estado localmente avanzado de la enfermedad y la posible diseminación a distancia en forma de metástasis.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 52 años, sin antecedentes de interés salvo historia de diarrea e incontinencia fecal pendiente de estudio por Digestivo de seis meses de evolución, que acude a urgencias por fiebre y proctalgia de tres días. A la exploración presenta un flemón perianal a las 9 horas en posición ginecológica con flictenas asociadas. La analítica muestra leucocitosis con desviación izquierda y aumento de los reactantes de fase aguda. Mediante anestesia raquídea se realiza drenaje del absceso apreciándose un trayecto interesfintérico anterior y posterior en herradura; se toma muestra para estudio diferido microbiológico. A las 12 horas la paciente presenta criterios de sepsis grave, por lo que se decide revisión urgente en quirófano, objetivándose una rápida progresión de la enfermedad: absceso isquiorrectal en herradura con gran componente de necrosis grasa glútea y perineal que diseca tejidos hasta región púbica con celulitis de labios mayores asociada. Se practica un desbridamiento quirúrgico amplio, dejándose drenajes bilaterales y se instaura tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. La paciente permanece en reanimación hasta normalización clínica y hemodinámica y es dada de alta a planta al cuarto día con nutrición parenteral. Se realizan curas diarias bajo anestesia general, practicándose resecciones cutáneas a demanda de los tejidos desvitalizados y drenaje del material purulento existente. El cultivo objetiva crecimiento de *E. coli* y estreptococo beta hemolítico, sensibles a antibioterapia instaurada. Durante su estancia, la paciente presenta deposiciones líquidas intermitentes resistentes a tratamiento conservador que dificulta la progresión de la correcta cicatrización, por lo que se opta por realizar una colostomía transversa en asa. La paciente evoluciona lenta pero favorablemente y a los dos meses de la primera intervención quirúrgica se completa el estudio digestivo mediante

enema opaco, colonoscopia, TC abdominal y RMN pélvica, apreciándose una neoplasia de recto inferior a 6 cm de márgenes anales que se extiende hasta 15 cm sin invasión a distancia, siendo el CEA de 66,9. Se realiza una amputación abdominoperineal y colostomía terminal en FII. El estudio anatomopatológico informa de adenocarcinoma de recto bien diferenciado e infiltrante estadio pT3NoMo, 0 de 18 ganglios afectados, con trayecto fistuloso a cavidad perirrectal y márgenes quirúrgicos libres. Actualmente está en tratamiento adyuvante quimioterápico con buena tolerancia.

Conclusiones: La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante con una elevada morbimortalidad. Debemos sospechar la etiología neoplásica en aquellos pacientes con historias clínicas atípicas, masa palpable, pérdida de peso y anemia. La cirugía definitiva será posible cuando el estado séptico del paciente remita, siendo en ocasiones curativa, como el caso que presentamos.