



P-431 - FASCITIS NECROTIZANTE POR CÁNCER DE RECTO PERFORADO

Oehling de los Reyes, Hermann¹;Pérez Lara, Javier¹;Hernández González, José Manuel²; Doblas Fernández, Juan¹;del Rey Moreno, Arturo¹;Oliva Muñoz, Horacio¹

¹Comarcal de Antequera, Antequera. ²Hospital Cínico de Málaga, Málaga.

Resumen

Introducción: El cáncer de colon puede debutar como una infección grave de los tejidos blandos, en forma de una fascitis necrotizante, por fistulización de la luz intestinal a los tejidos blandos de la pared abdominal. La fascitis necrotizante tipo I suele verse en pacientes afectos de diabetes, cáncer, tratamiento esteroideo o alcoholismo. Las lesiones cutáneas no son llamativas lo que conduce a subestimar un proceso potencialmente letal. Tiene un curso agudo y progresivo con clínica de fiebre, dolor, eritema y crepitación sobre la piel de la zona afectada. El TAC de abdomen es eficaz en detectar gas en tejidos blandos y delimitar la extensión y la probable causa de la infección. El tratamiento consiste en antibióticos de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico siendo de suma importancia el diagnóstico precoz y una intervención agresiva.

Caso clínico: Paciente de 48 años, con antecedentes familiares de cáncer de colon, fumador, exbebedor hasta hace unos años, intento autolítico, amigdalectomizado, traído por sus hermanas por dolor abdominal de larga evolución, generalizado en los últimos días, astenia, anorexia y debilidad marcada. Nunca había consultado antes "por miedo". En la exploración destaca malestar general con sensación de enfermedad grave, deshidratación, caquexia y palidez cérea. Abdomen doloroso de forma difusa con defensa y piel con crepitación subcutánea sin claras ampollas, glúteos con enfisema subcutáneo y edema escrotal doloroso con placas necróticas circunscrita. Hemograma con 12.700 leucos con desviación izquierda, hemoglobina 2,90 g/dL y hematocrito 10,50. Bioquímica básica con creatinina 1,58 mg/dL, urea 163 mg/dL, lactato 45 mg/dL, y glucosa normal. TAC de abdomen informa de neoplasia avanzada rectal con neumoperitoneo y disección con aire de planos musculares desde reborde inferior costal, pared abdominal anterior hasta zona pélvica disecando vejiga y zona pararectal hacia escroto. Comentada la extrema gravedad del paciente con él mismo y su familia, e indicando cirugía de urgencia, el paciente en pleno uso de sus facultades mentales rechazó todo tipo de asistencia salvo medidas de confort y analgesia, falleciendo en su domicilio a los 2 días.

Discusión: La fascitis necrotizante puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, aunque es más frecuente en la pared del abdomen, extremidades y periné. Su origen puede deberse a pequeñas lesiones inadvertidas, infecciones de piel o picaduras, y menos frecuentemente a abscesos isquiorrectales, diverticulitis o cáncer perforados, en pacientes diabéticos, alcohólicos o inmunodeprimidos. Tiene un curso agudo y progresivo con clínica de fiebre, dolor, eritema y crepitación sobre la piel de la zona afectada. Aunque los tejidos subcutáneos están muy afectados, la piel puede aparecer con ligero eritema solo, dando lugar a no tomar en consideración la gravedad del proceso. La presencia de *Clostridium septicum* en el hemocultivo orienta hacia un origen

neoplásico de colon. El TAC de abdomen es muy eficaz en detectar el gas en los tejidos blandos, delimitar la extensión y filiar la probable causa de la infección. El tratamiento consiste en antibióticos de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico siendo de suma importancia para el éxito un diagnóstico precoz y una intervención agresiva.