



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-599 - INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS. UNA ETIOLOGÍA INUSUAL

García Sánchez, Felipe; Tobalina Bonis, Raúl; Broekhuizen Benítez, Javier; Cano Pecharromán, Esther María; Esmaili Ramos, Mahur; Martín Paniagua, Leticia; García Aparicio, Mónica; Balsa Marín, Tomás

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

### Resumen

**Objetivos:** No subestimar la infección de partes blandas persistente. Presentar el manejo clínico llevado a cabo en el caso clínico, y sus consecuencias. Conocer una manifestación clínica poco común como debut de adenocarcinoma mucinoso en la urgencia.

**Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de una mujer de 47 años, sin antecedentes, que acude a urgencias con una lesión fluctuante y dolorosa en región lumbar derecha, de dos meses de evolución, con empeoramiento en los últimos 2 días. Se aprecia absceso lumbar derecho drenado espontáneamente, doloroso. Abdomen con masa palpable en flanco derecho. Analítica con coagulopatía y bioquímica en rango salvo PCR de 112,6. TC abdominal: colección en flanco derecho de 8 x 9 cm que se extiende hacia retroperitoneo, músculo psoas y raíz del muslo. Presenta 3 puntos de comunicación con pared abdominal y partes blandas, con una colección extraabdominal de 5 x 12 cm. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. Ante la sospecha de proceso infeccioso de origen no conocido, ingresa con antibioterapia y se realiza drenaje percutáneo de colecciones. Una colonoscopia durante el ingreso informada como normal. En una de las curas se aprecia salida de contenido entérico, por lo que se decide tratamiento quirúrgico. Abordaje por laparotomía media, masa retroperitoneal en FID que afecta al músculo psoas derecho, y sobre la que se apoya el apéndice, ciego e íleon terminal, y que parece depender del apéndice. Con la movilización de la masa se aprecia salida de material mucocerebroide que impresiona de malignidad, y que la anatomía patológica confirma de adenocarcinoma mucinoso. Se realiza hemicolectomía derecha, y limpieza local con suero salino y povidona yodada. Se deja drenaje aspirativo. Posoperatorio sin incidencias. El resultado del estudio anatomopatológico de la lesión fue de apéndice cecal con adenocarcinoma mucinoso, que infiltra grasa perivisceral y serosa, infiltra y perfora íleon terminal. Imágenes de invasión linfovascular. Metástasis en 1 de 27 ganglios (Estadio pT4bN1a). En TC abdominal de control posoperatorio se aprecian colecciones de aspecto inflamatorio-infeccioso próximas a los vasos ilíacos. Se pone en conocimiento de unidad de sarcomas en centro de referencia, desestimándose intervención quirúrgica citorreductora por estadio avanzado de enfermedad. Se inicia tratamiento quimioterápico adyuvante.



**Discusión:** La infección de partes blandas es una de las patologías más prevalentes durante la atención en urgencias. El manejo inicial es el drenaje y limpieza local para evitar progresión de la infección. En determinadas ocasiones es la primera manifestación clínica de una enfermedad de base. En esta ocasión, abordamos un adenocarcinoma localmente avanzado con repercusión en forma de infección de partes blandas. El adenocarcinoma mucinoso tiene lugar entre un 10 y 20% de los cánceres colorrectales. Es más frecuente en el colon proximal y suele diagnosticarse en estadios avanzados. La forma de manifestación más común es el dolor agudo o crónico, localizado en la fosa ilíaca derecha. El tratamiento se basa en el estadio y la histología. Aquellos tumores de bajo grado, la extirpación quirúrgica será suficiente si están localizados, mientras que en estadios avanzados se requerirán cirugía citorreductora peritoneal y HIPEC.