



# Cirugía Española

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



## P-715 - GEA ENTEROINVASIVA POR *CLOSTRIDIUM SEPTICUM*: CAUSA EXCEPCIONAL DE ABDOMEN AGUDO

Díez Núñez, Ana; Calvo Durán, Antonio Enrique; Mendoza Esparrell, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús María; Campos Martínez, Francisco Javier; Hendelmeier Orero, Alicia; de la Vega Olías, María del Coral; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

### Resumen

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente afecto de necrosis de colon derecho secundario a gastroenteritis enteroinvasiva por *Clostridium septicum*.

**Caso clínico:** Paciente de 44 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que, estando previamente bien, comienza con cuadro de vómitos, deposiciones diarreicas y fiebre de hasta 39,5 °C. Acude al Servicio de Urgencias donde se detecta neutropenia severa, elevación de reactantes de fase aguda (PCR 29 ng/dl y PCT 100,5 ng/dl) y se decide ingreso para aislamiento y antibioterapia de amplio espectro (imipenem + metronidazol + fluconazol). Durante su estancia hospitalaria, presenta cuadro de hipotensión severa y signos de mala perfusión periférica, diagnosticándosele de shock séptico de origen abdominal por lo que ingresa en el Servicio de Cuidados Intensivos precisando drogas vasoactivas y factor estimulante de colonias (Filgastrim®) con buena respuesta, siendo dado de alta a planta en el 4º día. Dos días después, presenta nuevo cuadro de dolor abdominal y despeños diarreicos. A la exploración abdomen agudo por lo que se solicita TAC abdominal urgente donde se observa perforación intestinal y se decide intervención quirúrgica urgente. Realizamos la intervención quirúrgica bajo anestesia general, encontrándose abundante cantidad de líquido libre biliar-entérico y gangrena completa de colon ascendente con resto de asas de colon retraídas. Se realiza hemicolectomía derecha con gran dificultad por fuertes adherencias a retroperitoneo y friabilidad de los tejidos, ileostomía terminal y fistula mucosa y colocación de drenajes. Se manda pieza para estudio anatomopatológico. Tras intervención el paciente evoluciona favorablemente precisando 48 horas de observación en Cuidados Intensivos. En la planta se mantiene antibioterapia y suplementación nutricional con buena tolerancia digestiva. Es dado de alta el 7º día posoperatorio sin nuevas incidencias. El resultado final anatomopatológico confirma necrosis hemorrágica intestinal y 9 ganglios linfáticos reactivos en relación con GEA enteroinvasiva. Seis meses después se revisa en Consultas Externas y dada la buena evolución, se incluye en lista de espera quirúrgica para reconstrucción del tránsito intestinal.

**Discusión:** La gastroenteritis enteroinvasiva es una entidad microbiológica que raramente es tan agresiva como para originar un cuadro de necrosis hemorrágica intestinal con digestión completa de asa intestinal y consecuentemente abdomen agudo por perforación. El diagnóstico diferencial se debe establecer con entidades como la enfermedad inflamatoria intestinal y procesos tumorales a

correlacionar con la clínica del paciente. Existen factores de riesgo en los que el manejo de estos pacientes debe ser más cuidadoso como en nuestro caso: neutropenias graves.