

Mujer con antecedentes oncológicos y dolor en el muslo derecho: una infección diseminada por contigüidad

Francisco López-Medrano^a, Olga del Val-Muñoz^b, Alfonso Sánchez-Muñoz^b, Rafael San Juan^a y Cristina Grávalos^b

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas. ^bOncología Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Caso clínico

Mujer de 62 años con antecedentes de esquizofrenia y bronquitis crónica. Fue diagnosticada en marzo de 1999 de un adenocarcinoma de recto, estadio C2 de Dukes. Se realizó resección abdominal baja y recibió tratamiento adyuvante con 5-fluorouracilo en bolo intravenoso y radioterapia pélvica concurrente. Dos años más tarde presentó una recidiva pulmonar e inició tratamiento quimioterápico paliativo con capecitabina.

En mayo de 2002 la paciente acude a urgencias por dolor intenso en la región glútea derecha de 10 días de evolución que en las últimas 48 h había progresado hasta dificultar la marcha, y ligero aumento de diámetro de extremidades inferiores. No había presentado fiebre en ningún momento. En la exploración física destacaba PA: 110/70 mmHg; temperatura 36,9 °C. Existía eritema y aumento de temperatura en la región anterolateral del muslo derecho, con dolor a la palpación. El resto de la exploración era normal. La analítica no mostró alteraciones significativas. La radiografía de abdomen fue normal. A las siguientes horas se produjo un deterioro clínico progresivo con fiebre, por lo que se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica y de raíz de muslos (figs. 1 y 2).

Evolución

La TC mostró una lesión mal delimitada en la región presacra adyacente a la zona de anastomosis con presencia de aire extraluminal bilateral (fig. 1). En el lado derecho el aire disecaba la musculatura glútea hasta la cara anterolateral del muslo (fig. 2) con áreas de aspecto reticular sugere de colección semilíquida. Mediante punción guiada por TC se obtuvo material fecaloideo donde se cultivó flora mixta anaerobia y *Escherichia coli*. En los hemocultivos se aisló *Bacteroides fragilis*. Se instauró tratamiento con ceftriaxona (2 g/24 h) y metronidazol (500 mg/6 h) por vía intravenosa. Ante la sospecha de recidiva local fistulizada a retroperitoneo, se realizó una laparotomía encontrándose una masa pélvica tumoral que englobaba la anastomosis rectosigmoidea y una fascitis necrosante del glúteo y muslo que requirió desbridamiento del tejido graso necrótico y del músculo vasto externo del muslo derecho, además de

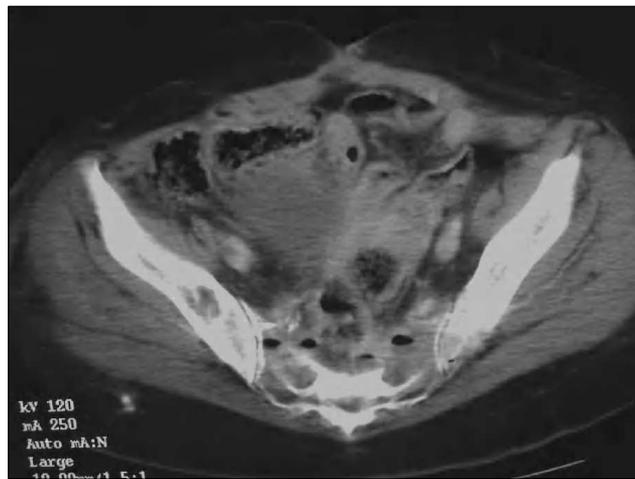


Figura 1. Tomografía computarizada en la que se observa un absceso presacro con presencia de gas extraluminal.



Figura 2. Tomografía computarizada en la que se observa una colección en cara anterolateral del muslo derecho con presencia de gas, compatible con fascitis necrosante.

una colostomía de descarga. La paciente evolucionó favorablemente tras tratamiento antibiótico prolongado.

Comentario

Los abscesos en muslo no son muy frecuentes y menos aún los secundarios a una neoplasia intraabdominal^{1,2}. Las perforaciones intestinales de origen tumoral producen

Correspondencia: Dr. F. López-Medrano.
Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Avda. Córdoba, s/n. Pta. 6 edif. Maternidad. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: flmedrano@yahoo.es

con frecuencia abscesos localizados, sin embargo son excepcionales los abscesos a distancia, probablemente porque el propio tumor o las adherencias acompañantes impiden la diseminación². La extensión de la infección desde el abdomen hasta el muslo se produce por contigüidad, directamente a través del suelo pélvico, acompañando al músculo psoas bajo el ligamento inguinal, a través del conducto femoral, por el orificio obturador o por los orificios ciáticos³.

El curso clínico es insidioso y a menudo la sintomatología exclusivamente local, sin datos de afectación intestinal, lo que hace que el diagnóstico sea tardío y se asocie a una elevada mortalidad¹. El diagnóstico diferencial debe hacerse con procesos como la piomiositis, la osteomielitis, la celulitis localizada, la tromboflebitis superficial o un hematoma infectado³. El cultivo del exudado puede orientar al diagnóstico ya que el crecimiento de flora mixta no sería de esperar en pacientes con infecciones de origen local³. La presencia de enfisema subcutáneo o de gas en la radiografía simple es una llamada de atención sobre el probable origen intestinal del proceso. La prueba diagnóstica de elección en la actualidad es la TC, que además permite el tratamiento mediante punción dirigida y drenaje del absceso^{4,5}. El origen de la perforación no se suele identificar hasta la intervención quirúrgica. En general, los abscesos de miembro inferior derecho se asocian con perforación de apéndice e intestino delgado, mientras que en el lado iz-

quierdo la patología causante más frecuente es colorrectal. Los abscesos bilaterales a menudo se deben a una infección local perirrectal³. El tratamiento de elección consiste en el drenaje del absceso, el desbridamiento amplio de la zona afectada y la realización de una colostomía de descarga².

Presentamos un caso clínico de recidiva local de carcinoma de recto cuya manifestación clínica inicial fue una fascitis necrosante de muslo. Es importante destacar que ante la presencia de un absceso o enfisema en el muslo se debe tener siempre en cuenta la posibilidad de un origen abdominal, ya que el drenaje quirúrgico urgente y agresivo es el único tratamiento eficaz en estas situaciones.

Bibliografía

1. Shimizu J, Kinoshita T, Tatsuzawa, Takehara A, Kawaura Y, Takahashi S. Gluteal abscess caused by perforating rectal cancer: case report and review of the literature. *Tumori*. 2001;87:330-1.
2. Mair WS, McAdam WA, Lee PW, Jepson K, Goligher JC. Carcinoma of the large bowel presenting as a subcutaneous abscess of the thigh: a report of 4 cases. *Br J Surg*. 1977;64:205-9.
3. Rostein OD, Pruett TL, Simmons RL. Thigh abscess. An uncommon presentation of intraabdominal sepsis. *Am J Surg*. 1986;151:414-8.
4. Merino Muñoz D, Pérez Ruiz JM, Creagh Cerquera R, Gálvez Acebal J, Pujol de la Llave E. Absceso de psoas como primera manifestación de un adenocarcinoma de sigma. *An Med Interna*. 2001;18:500-1.
5. Tabet J, Targarona EM, Moreno A. Absceso de psoas como primera manifestación de un tumor apendicular. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:42.