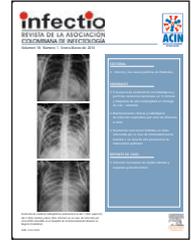




# Infectio

## Asociación Colombiana de Infectología

www.elsevier.es/infectio



### REPORTE DE CASO

## Infección necrosante de tejidos blandos y neoplasia gastrointestinal

Lina María Villa Sánchez<sup>a</sup>, Sonia Isabel Cuervo Maldonado<sup>a,b,c,\*</sup>,  
Julio César Gómez Rincón<sup>b,c</sup> y Mariam Carolina Rolón Cadena<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Grupo de Infectología, Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas en Cáncer y Alteraciones Hematológicas (GREICAH), Bogotá, Colombia

<sup>d</sup> Grupo Patología, Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado, Bogotá, Colombia

Recibido el 3 de mayo de 2013; aceptado el 13 de enero de 2014

#### PALABRAS CLAVE

Fascitis necrosante;  
Cáncer de colon;  
Cáncer de recto;  
Infección complicada  
de piel y tejidos blandos

**Resumen** Las infecciones necrosantes de tejidos blandos presentan altas tasas de mortalidad. Estas se han relacionado con diferentes causas, incluidas las enfermedades neoplásicas. En la literatura se ha descrito infección necrosante especialmente en pacientes con neoplasias del tracto gastrointestinal bajo. La presentación de este caso clínico tiene como objetivo recordar a los médicos de urgencias la pertinencia de considerar este diagnóstico en pacientes con neoplasias de colon y recto en estadio avanzado y presentar una breve revisión de la literatura.

© 2013 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Necrotizing fasciitis;  
Colon cancer;  
Rectal cancer;  
Complicated skin  
and soft tissue

#### Necrotizing soft tissue infection and gastrointestinal malignancy

**Abstract** Necrotizing soft tissue infections have high mortality rates. These infections have been linked to various causes, including those related to neoplastic diseases. The literature has described necrotizing particularly in patients with malignancies of the colon and rectum. The presentation of this case is intended to remind emergency physicians to consider this diagnosis in patients with advanced-stage gastrointestinal tract tumors and to present a brief review of the literature.

© 2013 ACIN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: scuervo@cancer.gov.co; sicuervom@unal.edu.co (S.I. Cuervo Maldonado).

## Introducción

Las infecciones necrosantes de tejidos blandos, aunque poco comunes, cursan con una alta tasa de morbilidad y mortalidad, más aún si son reconocidas tardíamente. Estas infecciones se han encontrado hasta en el 7,3% de los pacientes hospitalizados y críticamente enfermos<sup>1</sup>. Como es una infección con manifestaciones clínicas inespecíficas, que en la etapa temprana de la infección ofrece dificultad diagnóstica, desde 2004 se propone el puntaje LRINEC<sup>2</sup>, puntaje que sobre los resultados de algunos resultados de laboratorio permite calcular el riesgo de fascitis necrosante, con el fin de asegurar el tratamiento médico quirúrgico urgente<sup>3</sup>.

Aunque este puntaje no ha sido validado en pacientes con cáncer, es una herramienta útil en el servicio de urgencias cuando hay sospecha de infección necrosante de tejidos blandos, cualquiera que sea su comorbilidad asociada. Con respecto a las infecciones necrosantes de piel y tejidos blandos en pacientes con cáncer se han descrito clásicamente asociadas a perforaciones de neoplasias del tracto gastrointestinal bajo<sup>4-7</sup>. Aunque generalmente se presentan en pacientes con neoplasias en progresión, también se ha descrito como diagnóstico de novo de neoplasia de colon. En cuanto a la etiología microbiológica en el paciente con cáncer gastrointestinal se espera que corresponda a enterobacterias cuando la neoplasia se perfora; *Clostridium septicum* se ha asociado a infecciones no traumáticas con malignidad subyacente<sup>8</sup>.

## Caso clínico

Un hombre de 43 años de edad consulta al servicio de urgencias por presentar dos días de evolución de fiebre cuantificada de 39 °C y dolor en el muslo y pierna derechos. Dos días antes de la consulta tropieza y sufre caída de su propia altura con trauma en cadera. Negó haber recibido manejo médico previo, ni automedicación.

Como antecedentes de importancia, seis meses antes del ingreso se diagnostica adenocarcinoma de recto tipo clásico moderadamente diferenciado, ulcerado e infiltrante, T3N0M0, en plan de manejo quirúrgico paliativo. Recibió cinco semanas de radioterapia acompañada de quimioterapia adyuvante con 5-Fluoracilo y leucovorin los días 1 a 5 de la primera y quinta semanas, ciclo que finalizó cuatro meses antes. El control histológico posterior a la quimioterapia y a la radioterapia evidencia persistencia de la lesión, por lo que se programa para colostomía derivativa, la cual no se alcanza a realizar. Además presenta epilepsia en tratamiento con carbamazepina y secuelas de poliomielitis.

Al examen físico de ingreso se encontró paciente en muy regular estado general, alerta y orientado en las tres esferas. Los signos vitales mostraron FC: 104 × min, FR: 24 × min TA 100/60, T: 38,3 °C, ECOG de 2/0 y Karnovsky de 40/100. El examen cardiopulmonar sin sobreagregados auscultatorios. El abdomen se encuentra doloroso a la palpación de manera difusa pero sin signos de irritación peritoneal. Al examen de las extremidades se observan secuelas de la poliomielitis por deformidad en flexión del miembro inferior izquierdo y atrofia muscular generalizada. En el miembro inferior derecho la piel lucía íntegra, del mismo color del resto del cuerpo, con aumento considerable del volumen del muslo y se palpaban



Figura 1 Radiografía de pelvis, la flecha muestra gas por fuera de la ampolla rectal y en tejidos blandos de muslo.

crépitos en la ingle derecha que se extendían hasta el muslo ipsilateral, a la palpación y movilización de la extremidad con dolor severo (puntaje de escala de dolor: 10/10). La región perineal y los genitales externos al igual que su contenido se encontraron dentro de límites normales. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitos de 2.700 cel/ $\mu$ L, neutrófilos de 2.241 cel/ $\mu$ L, hemoglobina de 8,5 mg/dl, proteína C reactiva > 27 mg/dl, glucemia de 142 mg%, creatinina de 0,72 mg/dl, nitrógeno ureico de 30 mg/dl y sodio de 132 meq/L. En la radiografía de cadera y muslo derecho se observó presencia de gas en tejidos blandos y gas en la pelvis por fuera de la ampolla rectal (fig. 1). En la valoración por infectología se consideró que el paciente cursaba con sepsis por fascitis necrosante del muslo derecho cuyo origen podría ser la perforación de la neoplasia de recto con extensión por planos profundos hasta la extremidad. Se decidió mantener tratamiento con ampicilina-sulbactam, solicitar TAC de abdomen y valoración por grupo de Gastroenterología para tratamiento quirúrgico urgente. En la exploración quirúrgica inicial se encuentra secreción purulenta en el compartimiento anteromedial y lateral del muslo derecho hasta la región inguinal ipsilateral, tejido celular subcutáneo y fascia desvitalizada; músculo con escasa respuesta al estímulo, enfisema y crépitos. Se realiza lavado quirúrgico y desbridamiento. Se brinda apoyo hemodinámico y ventilatorio posoperatorio en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Al ingreso a la UCI y por el deterioro clínico progresivo se cambia antibiótico a piperacilina-tazobactam más vancomicina. La TAC abdominal (fig. 2) confirma perforación de la ampolla rectal a la altura de la unión con el canal anal en su porción extraperitoneal, presencia de gas que diseca los músculos obturadores, pélvicos, región glútea y del muslo, se lleva a colostomía al cuarto día del ingreso. Los hallazgos de la laparotomía fueron abundante líquido libre, asas de colon distendidas, asa en recto inferior móvil, adicionalmente tejido desvitalizado en miembro inferior derecho que se extiende hacia glúteo y región genital.

Los estudios microbiológicos mostraron en las placas de coloración de Gram del tejido tomado en el primer desbri-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3403834>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3403834>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)