



# Infectio

## Asociación Colombiana de Infectología

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



### REPORTE DE CASO

## Candidiasis intraabdominal masiva secundaria a cirugías digestivas en pacientes inmunocompetentes. A propósito de 2 casos

Iago Justo Alonso, Rebeca Sanabria Mateos, Alberto Marcacuzco Quinto\*, Óscar Caso Maestro, Félix Cambra Molero, Jorge Calvo Pulido, Alejandro Manrique y Carlos Jiménez Romero

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo «C», Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Recibido el 19 de enero de 2015; aceptado el 22 de mayo de 2015

#### PALABRAS CLAVE

*Candida spp.*;  
Perforación  
duodenal;  
Infección fúngica

#### KEYWORDS

*Candida spp.*;  
Duodenal  
perforation;  
Fungal infection

**Resumen** La perforación asociada a infección intraabdominal difusa por *Candida spp.* es excepcional. Suele asociarse a pacientes inmunodeprimidos o con enfermedad tumoral avanzada. Presentamos 2 casos de perforación digestiva secundaria a candidiasis invasiva. En el primer caso, una mujer de 68 años con una perforación duodenal secundaria a *Candida spp.*, se realiza laparotomía exploradora y reparación de la perforación duodenal. Sin embargo, la paciente requiere más de 2 intervenciones, observándose *Candida spp.* macroscópica diseminada por toda la cavidad abdominal. El segundo caso es el de un varón de 60 años que presenta un postoperatorio complicado de una hemicolectomía derecha, que se asocia con pancreatitis, y con posterior diseminación fúngica abdominal secundaria a *Candida parapsilopsis*, con múltiples complicaciones infecciosas.

En ambos casos se intentó un tratamiento basado en resección quirúrgica y cambio de anti-fúngicos, sin éxito. El tratamiento antifúngico precoz evita la diseminación hematógena y el shock séptico, disminuyendo la morbimortalidad de estos pacientes.

© 2015 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Massive intra-abdominal candida infection secondary to digestive surgery in immunocompetent patients: A report on 2 cases

**Abstract** *Candida spp.* as cause of diffuse intraabdominal infection is very rare. Often associated with immunocompromised or patients with advanced tumor disease. We are reporting 2 cases of gastrointestinal perforation secondary to invasive candidiasis. The first case, a 68 years old female with a *Candida spp.* duodenal perforation. An emergency exploratory laparotomy

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alejandro\\_mq@yahoo.es](mailto:alejandro_mq@yahoo.es) (A. Marcacuzco Quinto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.infect.2015.05.005>

0123-9392/© 2015 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

was performed and a duodenal perforation repair was done. However, the patient required 2 more reoperation due to *Candida spp.* macroscopic intra-abdominal dissemination. The second case, is presented in the context of a postoperative period of a right hemicolectomy, pancreatitis associating abdominal spread and subsequent secondary fungal *Candida parapsilopsis* with multiple infectious complications.

In both cases there were unsuccessful surgical resection and antifungal change. The early antifungal treatment prevents hematogenous dissemination and septic shock, reducing the morbidity and mortality of these patients.

© 2015 ACIN. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Las infecciones fúngicas son una importante causa de morbilidad y mortalidad en los hospitales, tanto por el aumento de su incidencia como por la dificultad en su diagnóstico precoz. Aunque la mayoría de las infecciones sistémicas por levaduras son producidas por las diferentes especies de *Candida spp.*, en los últimos años se ha observado un progresivo incremento de infecciones profundas por otras levaduras<sup>1</sup>.

La infección por *Candida spp.* en el tracto gastrointestinal, debido al pH ácido de este, es una entidad poco frecuente, a pesar de que son comensales habituales del tracto gastrointestinal<sup>1</sup>.

Las perforaciones gástricas debidas a la colonización fúngica varían entre un 37,1 y un 54,2%<sup>1</sup>. A pesar de ello, la presencia de una perforación duodenal secundaria a una infección fúngica es rara y se objetiva fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos y con comorbilidades asociadas, aunque también puede darse en pacientes inmunocompetentes con uso crónico de inhibidores de la bomba de protones<sup>2</sup>.

## Descripción del caso

### Caso 1

Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial y gastritis crónica en tratamiento con lansoprazol. Acude a Urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución. En la valoración inicial la paciente se encuentra taquipneica, taquicárdica e hipotensa. La analítica presenta creatinina de 3 mg/dl, PCR de 4, leve acidosis metabólica, neutrofilia sin leucocitosis y leve coagulopatía.

Se realizó una tomografía abdominal en la que se observó perforación duodenal con abundante neumoperitoneo y líquido libre. Fue intervenida quirúrgicamente, objetivándose úlcera de 5 cm en cara anterior de la primera porción duodenal y peritonitis biliar. Se realizó sutura simple más epiploplastía sin complicaciones inmediatas. Al 5.º día postoperatorio, la paciente presentó deterioro clínico y analítico, por lo que se realizó nueva tomografía que mostró colecistitis perforada. Fue reintervenida y se objetivó abundante bilioperitoneo con necrosis de la pared vesicular y reapertura de la úlcera duodenal. Además, se objetivó afectación del antro gástrico y del colon ascendente con decapsulación hepática de los segmentos III, IV B, V, VI, en probable relación con la peritonitis reiterada y con implantes

de aspecto blanquecino-nacarado en epiplón mayor, hígado, peritoneo parietal y diafragmático, de donde se tomaron muestras para estudio (fig. 1).

Ante los hallazgos, se realizó colecistectomía más exclusión duodenal. El análisis microbiológico de la primera cirugía y la anatomía patológica de los implantes demostró la presencia de *Candida spp.* y numerosas estructuras fúngicas de tipo pseudohifa y levaduras de *Candida spp.*, respectivamente. Ante los hallazgos, se instauró tratamiento antifúngico con fluconazol; sin embargo, la paciente presentó nuevo deterioro hemodinámico, con presencia de contenido fecaloideo a través del drenaje intraabdominal, por lo que se decidió nueva reintervención. En esta, se objetivó perforación del ciego secundario a los implantes de *Candida spp.* visibles macroscópicamente, se realizó hemicolectomía derecha con ileostomía terminal y se cambió el tratamiento antifúngico a micafungina, según cultivos. Tras leve mejoría inicial, la paciente presentó distrés respiratorio y coagulación intravascular diseminada debido a la sepsis, por lo que se intentó intensificar el tratamiento médico inicial, pero la paciente presentó fallo multiorgánico, falleciendo en el 24.º día postoperatorio.

### Caso 2

Varón de 60 años, con antecedente de diabetes, diagnosticado de adenocarcinoma de ciego sin diseminación, por lo que se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica, que precisa reintervención en 2.º día postoperatorio por malrotación del íleon ascendido y pancreatitis secundaria a fístula digestiva, con síndrome compartimental abdominal que requiere cierre cutáneo con bolsa de Bogotá. En el 3.º día postoperatorio se realiza lavado de la cavidad abdominal, objetivándose placas blanquecinas en peritoneo, subhepáticas y en todo el flanco derecho. Se realiza lavado y drenaje de la cavidad, y se envían muestras para cultivo. Ante el diagnóstico de *Candida parapsilopsis* en los cultivos abdominales, se decide resección de todos los implantes, así como cambio de tratamiento antifúngico, inicialmente anifulfungina, por micafungina por demostrar mejor sensibilidad en los cultivos. El paciente es intervenido 4 veces más, con exteriorización de la anastomosis y 2 perforaciones añadidas de origen aparentemente candidiásico, con diseminación no controlable de la cavidad. Tras la 6.ª reintervención, presenta cuadro de fallo multiorgánico por sepsis, falleciendo en el 30.º día postoperatorio.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8745877>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8745877>

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