



## P-601 - FASCITIS NECROTIZANTE EN EXTREMIDAD INFERIOR SECUNDARIA A FUGA ANASTOMÓTICA COLORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez-Migallón, Elena; Díaz García, Alberto; Nicolás de Cabo, Sara; García Niebla, Jennifer; Feria González, Ana; Hernández Oaknin, Ana; Barrera Gómez, Manuel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Introducción:** La dehiscencia anastomótica tras la resección anterior de recto (RAR) supone una importante morbilidad para los pacientes, con una mortalidad de hasta el 32%. Un tercio se detectan en el postoperatorio inmediato, pero un número significativo pasan clínicamente desapercibidas. Presentamos un caso de fascitis necrotizante secundario a la fuga de la anastomosis colorrectal (ACR), años después de la cirugía del cáncer de recto.

**Caso clínico:** Varón de 70 años, con antecedentes de neoplasia rectal tratado mediante resección anterior baja y radio-quimioterapia adyuvante hace cinco años. Acude a urgencias por empeoramiento de dolor de meses de evolución, en miembro inferior derecho; asociando incapacidad funcional, empastamiento, crepitación y fiebre. Analíticamente muestra elevación importante de PCR y coagulopatía. Se solicita un TC abdominal donde se objetiva colección hidroaérea que afecta al músculo piramidal derecho y musculatura abductora, con enfisema en todos los compartimentos musculares del muslo con extensión hacia la pierna, secundarios a dehiscencia de la anastomosis colorectal. Tras monitorizar al paciente y antibioterapia de amplio espectro intravenoso, se decide intervención quirúrgica urgente en colaboración con servicio de Traumatología. Inicialmente se explora el periné objetivando dehiscencia parcial de la ACR entre las 7 y las 4 horas, con un sinus presacro crónico en cara posterior. Se lava el absceso presacro mediante sonda rectal y se realiza colostomía terminal con fístula mucosa como cirugía derivativa. En colaboración con traumatología se realiza fasciotomía con apertura de los tres compartimentos del muslo derecho con incisiones mediales y laterales, extrayendo gran cantidad de pus, y lavado abundante. El paciente permanece en área de recuperación anestésica con necesidad de ventilación mecánica y drogas vasoactivas que se pueden ir retirando progresivamente. Se realizan curas posteriores cada 48-72h utilizando la técnica de Shoelace para la aproximación de la piel y, posteriormente, terapia de vacío (VAC). Tras 12 días, pasa a planta con necesidad de rehabilitación por tetraparesia del paciente crítico y de un injerto cutáneo por parte de cirugía plástica, presentando buena evolución posterior.

**Discusión:** La incidencia de sinus posterior tras las resecciones de recto es desconocida, aunque algunos autores como Arumainayagam et al. describen una incidencia del 5%. La asociación de fascitis necrotizante como consecuencia de esta patología, es anecdotica en la bibliografía, habiéndose descrito sólo en un caso por Nagib et al. en 2018. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de dolor incapacitante junto a datos de sepsis y fiebre, puesto que signos como la crepitación y la necrosis cutánea se suelen presentar de forma tardía. El TC permite conocer la extensión del tejido afectado. Se debe realizar el drenaje quirúrgico sin demora, con desbridamiento agresivo y antibioterapia de amplio espectro para el

control de la sepsis. También es importante valorar, cómo en nuestro caso, una derivación fecal para control del foco infeccioso. El diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinar de la patología resulta fundamental para conseguir la recuperación clínica y funcional de estos pacientes.