



P-315 - ABSCESO GLÚTEO COMO MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN. UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

Barbero Valenzuela, Alejandro; Estaire Gómez, Mercedes; Ruiz García, Pablo; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Pelaez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Fernández Camuñas, Ángel; Martín Fernández, Jesús

Hospital General, Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: La enfermedad de Crohn se caracteriza por la inflamación de todo el espesor de la pared intestinal, que puede conllevar importantes complicaciones entre las que se incluyen los abscesos intrabdominales y pélvicos. El absceso glúteo secundario a la enfermedad de Crohn se puede producir a partir de la fistulización y microperforación de la pared posterior del colon descendente. Los abscesos intraabdominales ocurren en un 10-25%. Los abscesos musculares más habituales son los del psoas (5%) y, más raramente, los glúteos.

Caso clínico: Paciente varón de 34 años, diagnosticado de enfermedad de Crohn con patrón penetrante/fistulizante (A2L3B3) desde 2013 y en tratamiento con inmunosupresores y fármacos biológicos desde 2017. Como antecedente, presentó un absceso retroperitoneal de hasta 8cm, que se manejó conservadoramente con drenaje percutáneo y antibioterapia con buena evolución y práctica resolución radiológica. El cultivo del mismo fue positivo para *E. coli*, *S. intermedius*, *B. fragilis* y *A. odontolyticus*. En el momento actual, en tratamiento con pauta de metilprednisolona y ustekinumab, acude nuevamente a Urgencias por presentar zona tumefacta y eritematosa en región glútea izquierda, de horas de evolución. Se realizó TC, en el que se informa de recidiva de la colección retroperitoneal posterior izquierda causada por trayectos fistulosos complejos desde el colon descendente (con afectación inflamatoria del mismo). Asimismo, presentaba un trayecto fistuloso que conectaba el componente de la colección alojado en la pared abdominal posterolateral izquierda con la piel. Se instauró reposo digestivo y antibioterapia, teniendo una evolución desfavorable con aumento de empastamiento en región glútea izquierda sin fluctuación ni secreción espontánea. Tras exploración física del paciente y pruebas de imagen, se decide drenaje del absceso en quirófano. Se procede a incisión a través de la piel y se realiza disección roma del tejido subcutáneo hasta encontrar la cavidad, en cuyo fondo, se localiza abundante contenido purulento. Se coloca un drenaje tipo Penrose y se realizan lavados con suero fisiológico y povidona yodada. En un segundo tiempo durante el mismo ingreso, se programa hemicolectomía izquierda laparoscópica. Se objetiva el colon izquierdo con hallazgos macroscópicos compatibles con enfermedad inflamatoria, encontrándose adherido a gotiera izquierda y con plastrón inflamatorio prerrenal e intensa fibrosis. Se realiza hemicolectomía izquierda y anastomosis colorrectal lateroterminal.



Discusión: Los abscesos musculares son una complicación importante y potencialmente grave de la enfermedad de Crohn. No obstante, los abscesos glúteos son una manifestación rara de la enfermedad con pocos casos descritos en la literatura. El drenaje percutáneo y la antibioterapia como primera línea de tratamiento pueden ser una opción válida. Sin embargo, algunos autores han comprobado una tasa de recidivas que puede alcanzar el 100%. Por ello, la resección quirúrgica del segmento afecto de intestino debería ser considerada la única terapia definitiva.