



www.elsevier.es/cirugia

P-337 - FASCITIS NECROTIZANTE RECTAL TRAS ENEMA, UNA COMPLICACIÓN FULMINANTE

Peiró Monzó, Fabián; Ponce Villar, Úrsula; Planells Roig, Manuel Vicente

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante es una entidad de baja incidencia, y alta morbimortalidad. Presenta una evolución fulminante, por todo ello su sospecha diagnóstica debe acompañarse de un tratamiento de manera temprana, constante y agresiva. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de fascitis necrotizante secundario a perforación rectal por enema. Se revisa el manejo y actitud de esta patología urgente.

Caso clínico: Varón de 87 años, antecedentes de DMNID, HTA, prostatectomía y hábito intestinal estreñido. Refiere, cinco días antes aplicación de 5 enemas rectales con cánula, por estreñimiento pertinaz. Acudió a urgencias por rectorragia y proctalgia, siendo alta con diagnóstico de hemorroides, volviendo 2 días después por dolor abdominal y malestar general. A la exploración presentaba signos de sepsis, abdomen defendido, e induración dolorosa en periné sin supuración aparente. Analíticamente, destacamos procalcitonina 49 ng/ml. Se realizó TC AP que mostró abundante aire ectópico a través de periné, desde espacio pararrectal derecho hasta bolsa escrotal-raíz del pene. Con estos hallazgos, se planteó la posibilidad de laceración ureteral vs perforación rectal, por lo que se completó el estudio con TC con contraste ureteral y enema de gastrografín rectal, mostrando extravasación de contraste próxima a recto derecho, sugiriendo perforación a dicho nivel. Se intervino quirúrgicamente realizando drenaje perianal amplio con contraincisiones a nivel inguinoescrotal al evidenciar cavidad necrótica que ascendía hacia escroto, profundizando por encima de los elevadores del recto. Evolución ominosa. El paciente presentó deterioro hemodinámico importante en el postoperatorio inmediato, siendo exitus a las 16 horas de la intervención. En el cultivo se aislaron *Morganella morganii*, *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*.

Discusión: La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante de tejidos blandos, que afecta a la piel, tejido subcutáneo y músculo del periné y escroto. De curso rápido y destructivo, presenta una mortalidad muy elevada (20-80%). Generalmente, existe una patología anorrectal o genitourinaria, traumática o infecciosa, como puerta de entrada a la infección. Se asocia a pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico es fundamentalmente clínico; cursa con fiebre, dolor e inflamación perineal, crepitación subcutánea y posible supuración. La tomografía computarizada es la técnica más sensible y específica. Confirma la presencia de enfisema subcutáneo en el 90% de los casos, aunque su ausencia no descarta el diagnóstico y muestra la presencia de colecciones subcutáneas y la extensión del daño facial. En nuestro caso, la lesión fue traumática tras la aplicación repetida de cánulas de laxante intrarrectal y el diagnóstico clínico se confirmó con el TC. El tratamiento es multidisciplinar. Se basa en cirugía inicial, con amplios desbridamientos y antibioterapia de amplio espectro (metronidazol, carbapenem o cefalosporinas de tercera generación) hasta obtener el antibiograma específico del cultivo realizado. Debe considerarse como una urgencia quirúrgica que requiere un diagnóstico y tratamiento temprano; a pesar de todo ello su mortalidad sigue siendo muy elevada.