



P-414 - ABSCESO INGUINAL POSDESBRIDAMIENTO DE ABSCESO INTERESINTERIANO

Gómez Fernández, Laura; Lamas Moure, Susana; Bargalló Berzosa, Josep; Cayetano Paniagua, Ladislao; Pérez Muñante, Mónica Elizabeth; Silva Infantino, Marycarmen; Pou Macayo, Sara; Campillo Alonso, Francesc

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Resumen

Introducción: La fístula perianal engloba gran variedad de manifestaciones clínicas, desde una fístula perianal subcutánea hasta fístulas complejas con múltiples trayectos. Existe poca literatura referente a las fistulas supranelevadoras y de su tratamiento. Mostramos el caso de un paciente con inicial diagnóstico de absceso perianal interesfinteriano sobre fístula interesfinteriana recién diagnosticada, con reabscesificación postoperatoria y extensión supranelevadora hasta canal inguinal. Se muestra el caso de un paciente con fistula interesfinteriana posterior con extensión supranelevadora hasta canal inguinal izquierdo, su tratamiento y seguimiento.

Caso clínico: Paciente de 41 años que acude a urgencias por fiebre, proctalgia intensa y supuración endoanal. A nivel analítico destaca aumento de los parámetros inflamatorios, y por exploración no se acompaña de flogosis perianal. Se decide revisión quirúrgica objetivando absceso perianal interesfinteriano en herradura posterior y se realiza desbridamiento transmucoso interesfinteriano. A las 24 horas de la intervención quirúrgica persiste con fiebre, empeoramiento analítico y empastamiento a nivel glúteo izquierdo, se realiza tomografía computarizada (TC) compatible con absceso a nivel perianal-puborectal izquierdo que se extiende a nivel del espacio perirectal. Se decide nueva revisión quirúrgica objetivando absceso perianal interesfinteriano en herradura posterior y extensión a nivel isquiorectal izquierdo, se realiza desbridamiento y 2 contraaberturas (isquiorectal izquierdo, perianal derecho) que se comunican con drenaje declive. A los 5 días de la última revisión quirúrgica presenta cuadro de bacteriemia, dolor y crepitación inguinal izquierdo, se realiza TC que objetiva colección de $15 \times 6 \times 7$ cm en hemipelvis izquierda con inicio perianal y extensión a pared pélvica extraperitoneal anterior en contacto con los vasos iliacos y desplazamiento vesical medial. Se realiza exploración quirúrgica, drenando el absceso que se localiza en área preperitoneal inguinal izquierda y desplaza conducto inguinal hacia medial. A través del espacio preperitoneal se comunica el trayecto hasta región isquiorectal izquierda, se realiza desbridamiento y se comunican ambas zonas por drenaje declive. Tras la última revisión quirúrgica, el postoperatorio transcurre sin incidencias. Valorado en consulta externa mantiene una zona de fina exudación no purulenta cutánea inguinal, y no ha presentado más episodios de abscesificación. Se realiza RMN para descripción de los trayectos fistulosos actuales y se solicita estudio para descartar enfermedad inflamatoria intestinal de debut perianal puro.

Discusión: Las fistulas perianales conforman una patológica compleja y recidivante, que puede llegar a interferir en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. La prueba de imagen recomendada es la resonancia magnética que nos permite categorizarlas y objetivar sus trayectos. Las fistulas supranelevadoras son las más complejas y dada su baja incidencia (1,5-9,1%) es difícil precisar su fisiopatología. Es importante

el diagnóstico precoz de los abscesos perianales y su desbridamiento en la mayor brevedad, para poder evitar su diseminación y la evolución a cuadros sépticos graves. Con este caso queremos exponer la posibilidad de encontrar trayectos supranelevadores en pacientes con abscesos perianales interesfinterianos, drenados inicialmente por abordaje transmucoso anal, previa realización de TC abdominal urgente para cada exploración quirúrgica que no revela dicha extensión supranelevadora hasta la aparición del absceso inguinal.