



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2116 - Sepsis perianal

P. Montalvá García<sup>a</sup>, N. Arroyo Pardo<sup>b</sup>, E. Gómez Gómez-Mascaraque<sup>c</sup>, Á.M. López Llerena<sup>d</sup> y M.E. Rosa González<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valdezara Sur. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Hoyo de Manzanares. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Cañada. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 65 años, bebedor y fumador habitual, que acude a urgencias por cuadro de incontinencia fecal con diarrea desde hace 10 días. Fiebre asociada de 38-39 °C con molestias perianales y tumefacción a ese nivel.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 97/59, FC 125, Sat O29%. T<sup>a</sup> 35,7 °C. Exploración ACP y abdominal: normal. Exploración proctológica: tumefacción perianal que se extiende a periné con 2 orificios con salida de pus/contenido fecaloideo. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm. Analítica destacar: leucocitos 35,2 × 10 mm, Neutrófilos 89,9% con PCR 36,31 mg/dl, fibrinógeno 967, pH arterial 7,475, pO2 69,2 mmHg, pCO2 27,1 mmHg, creatinina 1,0 mg/dl, urea 63 mg/dl, FG 75 ml/min. Rx tórax AP y LAT: normal. Hemocultivos: estéril tras 5 días de incubación. Heces-toxina A/B *C. difficile*: negativo. En quirófano se realiza drenaje del absceso, durante este procedimiento se objetiva un gran engrosamiento de la pared rectal que ocupa toda la circunferencia rectal desde 2 cm hasta al menos 10, sugerente de neoplasia rectal localmente avanzada. También se evidencia una placa necrótica con orificio yuxtaanal a la 1 que comunica con espacio isquio-rectal izquierdo con trayecto hacia periné de unos 3 cm y hacia posterior de unos 8 cm.

**Juicio clínico:** Sepsis perianal secundaria a absceso perianal y a neoplasia de recto localmente avanzada.

**Diagnóstico diferencial:** Hay que descartar otras etiologías específicas como enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis, actinomicosis, cuerpos extraños, traumatismos, tratamientos quimo-radioterápicos, hemorriidectomía.

**Comentario final:** La causa más común de los abscesos anorrectales es la infección de las glándulas anales. Esta patología afecta más al hombre que a la mujer durante 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> década. El paciente ingresa en Reanimación tras cirugía, hemodinámicamente estable, con buena dinámica respiratoria y función renal mantenida. Durante las primeras horas, mejoría analítica pero empeoramiento progresivo hemodinámico con SOFA 3 puntos, por lo que necesita soporte vasoactivo con noradreanlina y antibioterapia. Al día siguiente el paciente presenta deterioro progresivo con disnea y taquicardia, con repercusión hemodinámica produciéndose fallo multiorgánico y finalmente exitus como desenlace final.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Manual de Urgencias, Elsevier.

2. Schwartz Principios de Cirugía. McGrawHill.

*Palabras clave:* *Absceso anal. Sepsis.*