

Fascitis necrotizante retroperitoneal secundaria a un absceso anorrectal profundo

Ariadna Sol Accialini, Federico Carballo, Pablo Farina, Ignacio Pantanali

Hospital Dr. Ignacio Pirovano

RESUMEN

Una paciente diabética de 60 años concurre por un síndrome de fosa ilíaca derecha por lo que se realiza una apendicectomía laparoscópica. A las 72 horas intercorre con una fascitis necrotizante retroperitoneal como evolución tórpida de un absceso pelvisubperitoneal bila-teral no diagnosticado inicialmente.

Palabras clave: Absceso pelvisubperitoneal; Fascitis necrotizante; Retroperitonitis.

ABSTRACT

A 60-year-old female diabetic patient presented with right iliac fossa syndrome, for which laparoscopic appendectomy was performed. At 72 hours he developed retroperitoneal necrotizing fasciitis as a torpid evolution of an initially undiagnosed bilateral pelvi-subperitoneal abscess. Keywords: Pelvi-subperitoneal abscess; Necrotizing fasciitis; Retroperitonitis.

Keywords: *Oncologic colorectal surgery; Quality indicators; Reference standards; Mentoring*

INTRODUCCIÓN

Los abscesos anorrectales son una patología altamente frecuente. Sin embargo el subtipo pelvisubperitoneal corresponde a menos del 10%.¹ Estos últimos tienden a ser clínicamente difíciles de diagnosticar debido a su escasa manifestación local.

La diseminación al espacio retrorrectal y retroperitoneal, a modo de fascitis necrotizante (FN), se ha descrito como una complicación poco frecuente pero letal.²

El propósito de la siguiente presentación es la descripción de un caso clínico poco frecuente que puede evolucionar de manera tórpida ante la ausencia de un diagnóstico precoz.

CASO

Paciente diabética de 60 años que consulta por un cuadro de 7 días de evolución caracterizado por un síndrome de fosa ilíaca derecha. Con un score de Alvarado de 7 puntos se realiza la apendicectomía laparoscópica, evidenciándose un apéndice cecal congestivo.

Intercurre a las 72 horas con signos de hiperdinamia y dolor en la región lumbar derecha. Se constata enfisema subcutáneo desde la región lumbar hasta la subescapular homolateral.

El laboratorio evidencia coagulopatía y acidosis metabólica y la tomografía computada muestra el enfisema subcutáneo en la región toracoabdominal derecha y líquido libre abdominal con burbujas aéreas en el espacio pararectal (Figs. 1, 2 y 3).

Se decide la conducta quirúrgica donde se constata peritonitis y retroperitonitis asociadas a un absceso pelvisubperitoneal bilateral (Figs. 4 y 5). Se realiza el lavado de la cavidad, el espacio pre y retroperitoneal y el cierre asistido con malla de poliglactina, más el drenaje de ambas fosas isquiorrectales.

Debido al gran compromiso sistémico la paciente fallece al quinto día.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Ariadna Sol Accialini:** ariadna.accialini@gmail.com

Recibido: septiembre de 2021. Aceptado: diciembre de 2022

Ariadna Sol Accialini: <https://orcid.org/0000-0003-2514-779X>, Federico Carballo: <https://orcid.org/0000-0002-8513-4715>, Pablo Farina: <https://orcid.org/0000-0002-1869-1861>,

Ignacio Pantanali: <https://orcid.org/0000-0003-1839-6819>

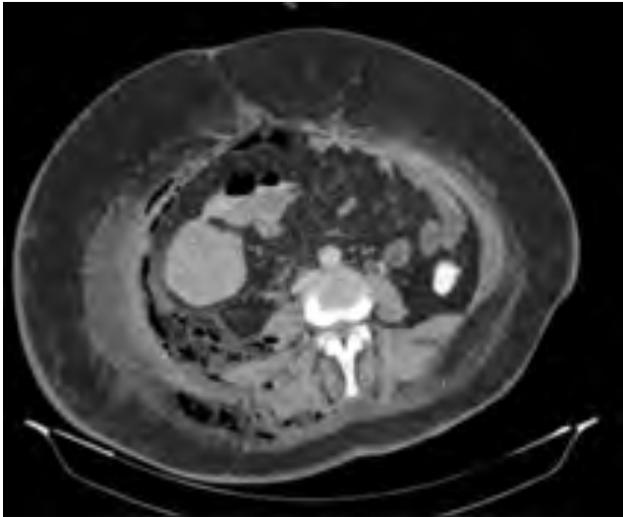


Figura 1. Tomografía computada. Enfisema subcutáneo.



Figura 2. Tomografía computada. Presencia de aire perirectal.



Figura 3. Tomografía computada. Corte coronal donde se constata la presencia de aire en la región retroperitoneal y pararectal.



Figura 4. Retroperitonitis. Drenaje quirúrgico.

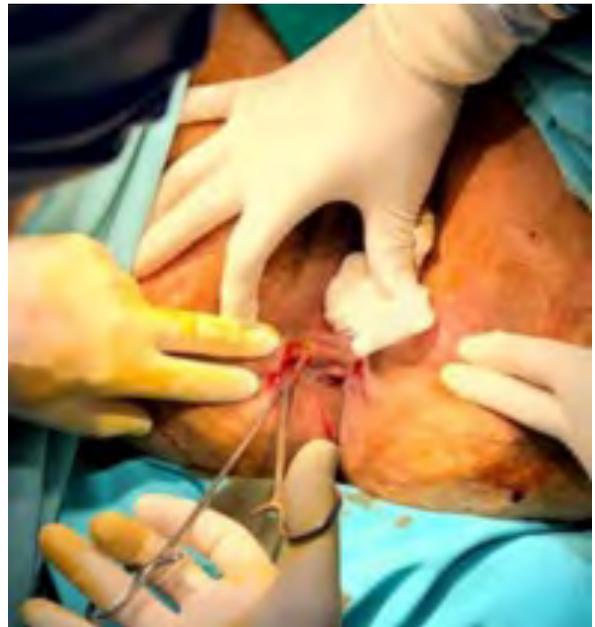


Figura 5. Drenaje del absceso pelvisubperitoneal bilateral.

DISCUSIÓN

La FN es una infección de los tejidos blandos subcutáneos caracterizada por su rápida progresión y alta morbimortalidad.^{4,5}

El diagnóstico es exclusivamente clínico y debe realizarse de manera rápida con un alto índice de sospecha. Los abscesos anorrectales profundos presentan un desafío a la hora del diagnóstico debido a sus manifestaciones locales poco claras.

Suelen presentarse con dolor abdominal, fiebre y signo-sintomatología sistémica. La irritación peritoneal baja que generan puede confundir, llevando a un retraso en el diagnóstico de certeza.⁶ Su diseminación hacia el retroperitoneo es una complicación sumamente infrecuente pero potencialmente mortal debido al cuadro infeccioso que puede evolucionar hacia el shock séptico.

REFERENCIAS

1. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. *Dis Colon Rectum*. 1984; 27:593-97.
2. Konstantinos PS, Andreas D, Kleoniki K, Dimitrios F. Extraperitoneal spread of anorectal abscess: A case report and literature review. *Ann Coloproctol*. 2021; 37(Suppl 1):S11-S14.
3. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg*. 2000; 87:718-28.
4. Misiakos EP, Bagias G, Patapis P, Sotiropoulos D, Kanavidis P, Machairas A. Current concepts in the management of necrotizing fasciitis. *Front Surg*. 2014; 1:36.
5. Pryor JP, Piotrowski E, Seltzer CW, Gracias VH. Early diagnosis of retroperitoneal necrotizing fasciitis. *Crit Care Med*. 2001; 29:1071-73.
6. Giri S, Kandel BP, Kansakar PBS, Vaidya P. Retroperitoneal necrotizing fasciitis presenting with peritonism in a 33-year-old Nepalese man: a case report. *J Med Case Rep*. 2012; 6:53. 3:483-94.