

Cirugía y Cirujanos

Volumen **73**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2005**
March-April

Artículo:

Fascitis necrotizante de pared abdominal secundaria a diverticulitis sigmoidea perforada en una hernia de Spiegel. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

Fascitis necrotizante de pared abdominal secundaria a diverticulitis sigmoidea perforada en una hernia de Spiegel. Reporte de un caso

Dr. Carlos Álvarez-Zepeda,* Dr. Carlos Hermansen-Truan,** Dr. Óscar Valencia-Lazo,†
Dr. Rodrigo Azolas-Marcos,‡ Dr. Francisco Gatica-Jiménez,§ Dr. Jorge Castillo-Avenidaño¶

Resumen

Es raro que una enfermedad diverticular complicada se presente con un cuadro extraperitoneal y que una diverticulitis sea la causa de una fascitis necrotizante. La fascitis necrotizante de la pared abdominal es una enfermedad poco frecuente, pero de mucha gravedad y a menudo mortal. Presentamos el caso de una mujer de 80 años con fascitis necrotizante de pared abdominal secundaria a un divertículo roto en una hernia de Spiegel sin peritonitis ni absceso intraabdominal. La ausencia de manifestaciones peritoneales retrasó el diagnóstico oportuno, el cual se hizo evidente con la crepitación de la pared y con una TAC de abdomen que mostraba extenso proceso gaseoso parietal. La enferma requirió una cirugía con inmediato desbridamiento del tejido necrótico, laparotomía exploradora, resección sigmoidea y colostomía derivativa, pero su edad extrema y la rápida caída en disfunción multiorgánica produjo desenlace fatal.

Palabras clave: colon, diverticulitis, fascitis necrotizante, pared abdominal.

Summary

It is uncommon that a complicated diverticular disease presents as an extraperitoneal manifestation, and it is also rare for diverticulitis to be the cause of a necrotizing fasciitis. Necrotizing fasciitis (NF) of the abdominal wall is not common and has a high mortality rate. We present a patient with NF of the abdominal wall secondary to a perforated colon diverticulum in a Spiegel's hernia without peritonitis or intraabdominal abscess. The absence of peritoneal manifestations delayed early diagnosis, which was evident through crepitation of the abdominal wall. Computed tomography (CT) revealed a severe inflammatory process characterized by the presence of gas in the abdominal wall. The patient underwent emergency surgery with debridement of all necrotic tissue, exploratory laparotomy, sigmoidectomy and derivative colostomy, but due to her advanced age and multiple organ failure, the outcome was fatal.

Key words: colon, diverticulitis, necrotizing fasciitis, abdominal wall.

Introducción

Es inusual que una diverticulitis sigmoidea complicada se presente con un cuadro estrictamente extraperitoneal, y más aún

como una fascitis necrotizante de la pared abdominal.¹⁻³ La fascitis necrotizante es una entidad poco frecuente, pero de extrema gravedad, se caracteriza por necrosis de los planos fasciales superficiales y profundos, con gangrena extensa de los tejidos adyacentes. Es más frecuente en las extremidades inferiores, pero también se reportan casos en las extremidades superiores, la pared abdominal y la región perineal, donde recibe el nombre propio de gangrena de Fournier, en honor al médico que la describió en 1883.⁴⁻⁷ La presentación de este caso se suma a las pocas publicaciones que hay de esta complicación de la enfermedad diverticular.

Reporte del caso

Mujer de 80 años de edad sin antecedentes mórbidos conocidos, que acude a la Unidad de Emergencia del Hospital "Barros Luco-Trudeau" por cuadro de un mes de evolución caracterizado por dolor abdominal insidioso tipo cólico difuso de mayor intensidad en hemiabdomen inferior. Refiere que

* Cirujano de la Unidad de Emergencia, Hospital Barros Luco-Trudeau.
** Jefe del equipo de Cirugía de Colon y Recto, Hospital Barros Luco-Trudeau.
† Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.
‡ Cirujano Residente de Coloproctología, Universidad de Chile.
§ Médico Residente de Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile.
¶ Médico Anatomopatólogo, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Barros Luco-Trudeau.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Carlos Álvarez-Zepeda,
Gran Avenida 3204, San Miguel, Santiago de Chile, Sudamérica, Chile.
Tel.: 56 (02) 394 8840.
E-mail: cmaz@vtr.net

Recibido para publicación: 07-06-2004
Aceptado para publicación: 23-07-2004

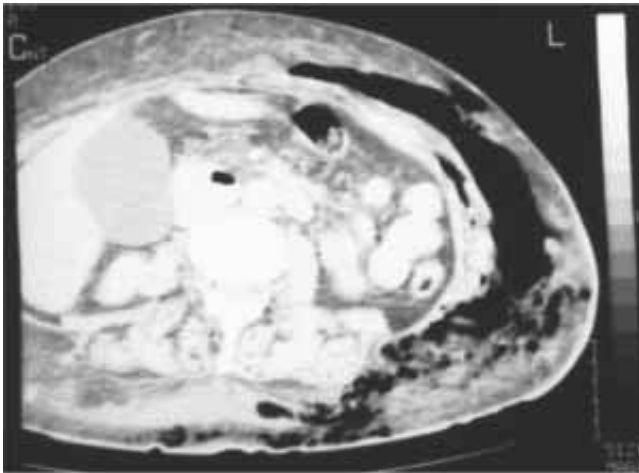


Figura 1. TAC abdominal donde se observa el extenso compromiso diagonal gaseoso de la pared abdominal izquierda.



Figura 2. Fotografía donde se observa el compromiso de la piel del cuadrante inferior izquierdo.

tres días antes consulta médico quien le solicita exámenes complementarios, de los cuales destacan: leucocitos plasmáticos de $21,600/\text{mm}^3$, con marcada desviación izquierda; hematócrito de 35%, hemoglobina de 11.2 mg/dl, velocidad de sedimentación de 100 mm/hora, glucemia de 145 mg/dl, nitrógeno ureico plasmático de 33.5 mg/dl, creatinina plasmática de 2.7 mg/dl y perfil hepático y pruebas de coagulación normal. Concomitantemente se realiza ultrasonografía ginecológica y abdominal que resultan dentro de los límites normales. Dos días después al cuadro clínico se agrega marcado compromiso del estado general y de conciencia, con la aparición de una zona indurada, dolorosa y enrojecida de la pared abdominal de flanco izquierdo, por lo que su médico solicita además una tomografía axial computarizada abdominopélvica que mostró edema y aire subcutáneo de pared abdominal izquierda con compromiso inflamatorio de colon sigmoideas (figura 1). Al examen físico se encontraba soporosa, con polipnea de 26 respiraciones por minuto, taquicardia de 105 latidos por minuto y presión arterial de 100/50 mmHg. En la región umbilical, flanco y fosa ilíaca izquierda presentaba lesión macular violácea, irregular con bordes eritematosos de 20 por 15 centímetros, muy dolorosa al tacto. A la palpación el abdomen es blando, sensible en forma difusa, doloroso en hemiabdomen izquierdo, con ruidos intestinales presentes y signo de rebote positivo (figura 2). Se hospitaliza con diagnóstico de fascitis necrotizante de pared abdominal. Es intervenida de emergencia encontrándose en la exploración: fascitis necrotizante de pared abdominal anterior y flanco izquierdo, hernia de Spiegel izquierda en cuyo saco se encuentra divertículo sigmoideo necrótico, perforado a pared abdominal, sin isquemia intestinal por estrangulación herniaria. Se realiza necrosectomía amplia de pared abdominal, operación de Hartmann y laparostomía contenida (figura 3). La paciente se traslada a la

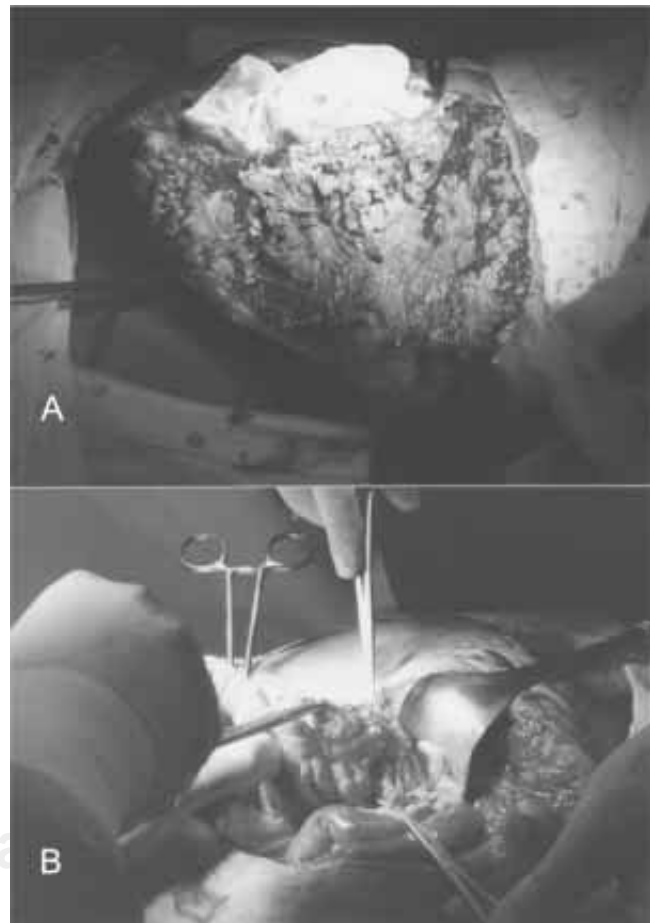


Figura 3. A) Se muestra la coloración grisácea del tejido celular y la fascia necrótica de la pared abdominal. B) El divertículo perforado causante del cuadro.

Unidad de Cuidados Intensivos donde evoluciona con shock séptico, falla renal y respiratoria, falleciendo al tercer día de su ingreso.

Discusión

Fue en 1700 cuando Littre⁸ describió por primera vez la enfermedad diverticular adquirida del colon, sin embargo, esta entidad alcanzaría un aumento manifiesto sólo en el recién pasado siglo XX. En 1930, Rankin y Brown,⁹ de la Clínica Mayo, determinaron una prevalencia de 5% en amplias series de enemas opacos y de autopsias. Actualmente, la prevalencia se establece en 5 a 25% en la quinta década y de 50 a 60% en los individuos mayores de 85 años^{10,11} Dado el incremento de los individuos de edad avanzada en occidente, tal como la paciente que reportamos, la incidencia de la enfermedad diverticular y sus complicaciones aumentarán. Si a esto le añadimos la aparición de pacientes inmunodeprimidos (por ejemplo con sida) y la evolución más desfavorable en éstos, esta patología se convierte en un problema sanitario que nos tocará enfrentar cada vez con más frecuencia.¹²

Es excepcional que una enfermedad diverticular complicada se inicie con un cuadro estrictamente extraperitoneal. De hecho, menos de 2% de los enfermos operados a causa de su proceso diverticular presentan manifestaciones extraperitoneales en el momento de su ingreso.³ Éstas pueden variar desde el enfisema subcutáneo, hasta las infecciones graves de las partes blandas de los cuadrantes inferiores del abdomen, cadera, ingle, muslo, región glútea o la extremidad inferior de preferencia izquierda. En la serie de Rothenbuehler¹³ sólo un paciente tenía compromiso de la pared del cuadrante inferior izquierdo del abdomen (entre 263 pacientes estudiados), al igual que la paciente que nos tocó tratar. Sin embargo, se describe en él un absceso de la pared abdominal y no una fascitis necrotizante, como lo demostrará la anatomía patológica de nuestra paciente (figura 4).

La fascitis necrotizante tiene una mortalidad de 30 a 70%.^{14,15} Se presenta preferentemente en pacientes que tienen un compromiso de su inmunidad: diabéticos, pacientes de edad avanzada, desnutridos y obesos. Los gérmenes descubiertos en esta enfermedad generalmente son del tipo flora mixta aerobia y anaerobia, incluyendo estreptococos grupo hemolítico, *Escherichia coli* y *Staphylococcus spp.*¹⁶ El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El paciente presenta marcado compromiso del estado general con un dolor desproporcionado en etapas precoces en relación a los cambios que muestra la piel, lo que hace plantear muchas veces el diagnóstico de celulitis.¹⁷ Son comunes también la fiebre, el edema local, la crepitación de la pared y la evidencia radiológica de gas en los tejidos blandos.¹⁶ El gas o enfisema subcutáneo, sea o no expresión de una fascitis necrotizante,

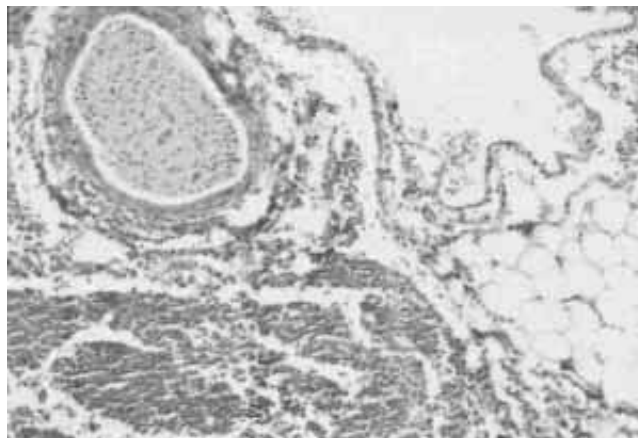


Figura 4. Microfotografía con trombotización venosa, inflamación y necrosis (hematoxilina-eosina 10x).

puede asociarse con determinados procesos intraabdominales y más concretamente con la diverticulitis. Esta relación es conocida desde hace tiempo y ha sido objeto de estudio en la bibliografía internacional.¹⁸⁻²¹ En nuestra paciente el diagnóstico fue evidente cuando la tomografía abdominal y pélvica mostró el enfisema subcutáneo extenso de la pared abdominal (figura 1). Sin embargo, la principal herramienta diagnóstica es la exploración quirúrgica. Los hallazgos más característicos son una grasa grisácea y edematosa sobre una fascia necrótica con o sin mionecrosis,¹⁵ tal como se muestra en la figura 3A. Es frecuente, además, que las alteraciones histológicas profundas sean más intensas y diseminadas que los cambios en la superficie.¹⁷

Son comunes el shock y la falla orgánica múltiple, por lo que son vitales la resucitación y las medidas de apoyo general en una unidad de cuidados intensivos. El pilar del tratamiento es la cirugía inmediata con desbridamiento de todo el tejido necrótico, es importante hacer notar que nunca el cirujano debe tentarse de hacer operaciones menos mutilantes, pero menos efectivas.²²

En conclusión podemos decir que la paciente que presentamos tenía una rara y grave complicación de la enfermedad diverticular. Su diagnóstico amerita un alto índice de sospecha y una rápida y agresiva conducta quirúrgica²³ ya que su presentación solapada puede retrasar el oportuno y adecuado tratamiento, haciendo inevitable el resultado final.

Referencias

1. Galbunt DL, Gelber DL, Belgrair AH. Spontaneous necrotizing fasciitis. Occurrence secondary to occult diverticulitis. JAMA 1977;238:2302.
2. Ravo B, Khan SA, Ger R, Mishrick A, Soroff H. Unusual extraperitoneal presentations of diverticulitis. Am J Gastroenterol 1985;80:346-351.

3. Reina-Duarte A, Vidaña-Marquez E, Orte-Martinez A, y col. Fascitis necrotizante del miembro inferior secundaria a diverticulitis aguda. *Cir Esp* 2000;68:160-162.
4. Klutke CG, Miles BJ, Obeid F. Unusual presentation of sigmoid diverticulitis as an acute scrotum. *J Urol* 1988;139:380-381.
5. Fournier AJ. Gangrene foudroyante de la verge. *Semin Med* 1883;3:345.
6. Gerber GS, Guss SP, Piolet RW. Fournier's gangrene secondary to intra-abdominal processes. *Urology* 1994;44:779-782.
7. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg* 2000;87:718-728.
8. Littre A. 1700. Citado por Finney JM. Diverticulitis and its surgical treatment. *Proc Interstate Postgrad Med Assoc North Am* 1928;55:57-65.
9. Rankin FW, Brown PW. Diverticulitis of the colon. *Surg Gynecol Obstet* 1930;50:836-847.
10. Parks TG. Natural history of the diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol* 1975;4:53-69.
11. Thompson DA, Bailey HR. Management of acute diverticulitis with abscess. *Semin Colon Rectal Surg* 1990;1:74-80.
12. Rodríguez M, Artigas V, Trías M, Roig JV, Belda R. Enfermedad diverticular: revisión histórica y estado actual. *Cir Esp* 2001;70:253-260.
13. Rothenbuehler JM, Oertli D, Harder F. Extraperitoneal manifestation of perforated diverticulitis. *Dig Dis Sci* 1993;38:1985-1988.
14. Rea WJ, Wyrick WJ Jr. Necrotizing fasciitis. *Ann Surg* 1970;172:957-964.
15. Pessa ME, Howard RJ. Necrotizing fasciitis. *Surg Gynecol Obstet* 1985;161:357-361.
16. Majeski JA, Alexander JW. Early diagnosis, nutritional support, and immediate extensive debridement improve survival in necrotizing fasciitis. *Am J Surg* 1983;145:784-787.
17. War RG, Walsh MS. Necrotizing fasciitis: 10 years experience in district general hospital. *Br J Surg* 1991;78:488-489.
18. Montero JA, López J, Segura J, et al. Perforación gastrointestinal asociada con gran enfisema subcutáneo. *Rev Quir Esp* 1988;15:153-155.
19. Cifuentes J, Aguayo JL, Robles R, Luján JA, Lirón R, Parrilla P. Enfisema subcutáneo como manifestación inicial de perforación de viscera hueca abdominal. *Rev Esp Enf Digest* 1990;78:38-40.
20. Nicell P, Tabrisky J, Lindstrom R, Peter M. Thigh emphysema and hip pain secondary to gastrointestinal perforation. *Surgery* 1975;78:555-559.
21. Adresen R, Meyer DR, Banzer D. Soft tissue emphysema as manifestation of perforating diverticulitis. *Aktuelle Radiol* 1997;7:202-204.
22. Burge TS, Watson JD. Necrotizing fasciitis. *BMJ* 1994;308:1453-1454.
23. Catena F, La Donna M, Ansaloni L, et al. Necrotizing fasciitis: a dramatic surgical emergency. *Eur J Emerg Med* 2004;11:44-48.

