

Cáncer rectal asociado a gangrena de Fournier

Vera-Pérez Ilse Iraís, Latorraca-Santamaría José Isaac, Torres-Velasco Raúl, Calle-Campoverde Imelda y Betancourt-Vicencio Shadya.

Autor para correspondencia

Ilse Iraís Vera-Pérez. Servicio de Coloproctología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
Domicilio: Calle Coronel Calderón No. 777, Colonia El Retiro, CP 44280, Guadalajara, Jalisco. México.
Teléfono: +52 1 55 4613 3096.
Contacto al correo electrónico: dra.ilse.vera@gmail.com

Palabras clave: cáncer de Recto, debridación, gangrena de Fournier, , morbi-mortalidad, resección abdominoperineal.

Keywords: abdominoperineal resection, debridement, Fournier's gangrene, morbidity, rectal cancer.



Cáncer rectal asociado a gangrena de Fournier

Vera-Pérez II, Latorraca-Santamaría JI, Torres-Velasco R, Calle-Campoverde I, Betancourt-Vicencio S.

Resumen

La Gangrena de Fournier es la diseminación bacteriana en la región perineal y perianal que compromete tejidos profundos y ocurre en individuos que tienen algún estado de inmunomodulación. Tiene una alta tasa de morbilidad y el tratamiento oportuno, incide en su pronóstico. Existen pocos casos reportados asociados a perforación rectal por neoplasia maligna. Se describen dos casos de esta entidad en individuos con cáncer rectal. Se describe su evolución y se realiza una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: *cáncer de Recto, debridación, gangrena de Fournier, morbi-mortalidad, resección abdominoperineal*

Rectal cancer associated with Fournier's gangrene Abstract

Fournier's Gangrene is the bacterial spread in the perineal and perianal region that compromises deep tissues and occurs in individuals who have some immunomodulation status. It has a high morbidity and mortality rate, and timely treatment affects its prognosis. There are few reported cases associated with rectal perforation due to malignant neoplasia. Two cases of this entity are described in individuals with rectal cancer. Its evolution is described, along with a brief review of the literature.

Key words: *abdominoperineal resection, debridement, Fournier's gangrene, morbidity, rectal cancer*

Servicio de Coloproctología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Autor para correspondencia

Ilse Irais Vera Pérez. Servicio de Coloproctología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Domicilio: Calle Coronel Calderón No. 777, Colonia El Retiro, CP 44280, Guadalajara, Jalisco, México. Teléfono: +5215546133096. Contacto al correo electrónico: dra.ilse.vera@gmail.com

Introducción

La Gangrena de Fournier (GF) es la diseminación bacteriana en la región perineal y perianal que compromete tejidos profundos y ocurre en individuos que tienen algún estado de inmunomodulación. Se presenta en ambos géneros y se manifiesta en dos fases: la primera es la propagación de la inflamación y la segunda es la infección progresiva rápida a la enfermedad fulminante^{1,3}.

La asociación de GF y cáncer de recto, ha ido en incremento y se trata de una dualidad con alta mortalidad¹. Existen diferentes vías etiopatogénicas de la GF: la primera es la perforación rectal retroperitoneal iatrogénica sin presencia de carcinoma rectal; tales como instrumentaciones rectales, enemas de bario y colonoscopia diagnóstica o terapéutica. La segunda, es causada por un cuerpo extraño retenido a través la pared rectal, y el tercer mecanismo es la infiltración de una neoplasia maligna como el cáncer rectal, que puede desarrollarse de dos maneras clínicas, como un absceso isquiorrectal o un absceso en región glútea^{1,3}.

La mortalidad está relacionada al desarrollo de sepsis y progresión a choque séptico con falla multiorgánica. El tratamiento consiste en aseo quirúrgico con debridación del tejido desvitalizado, antibioticoterapia de amplio espectro, terapia nutricional, desfuncionalización gastrointestinal y cirugía reconstructiva^{3,4}.

Presentación de caso

Primer caso

Se trató de paciente femenino de 39 años quien acudió a valoración por presentar dolor y aumento de volumen en el glúteo derecho de 3 meses de evolución, así como fiebre y salida de materia fecal a través de la vagina.

En la exploración de anodermo se evidenció aumento de volumen perianal hacia glúteo derecho y edema localizado, no se realizó tacto rectal por presencia de dolor. Entró a quirófano donde se realizó aseo con debridación y colostomía en asa. Durante la cirugía se realizó tacto rectal en el que se

documentó una lesión que causaba estenosis de la luz intestinal.

Se realizó toma de biopsia en la que se reportó la presencia de carcinoma pobremente diferenciado compatible primario de colon con invasión perineural. Se complementó abordaje con resonancia magnética en la que se reportó engrosamiento concéntrico de ano y recto desde margen anal hasta 7 cms y dos ganglios inguinales derechos 4.6 mm del canal anal.

Tuvo adecuada cicatrización de herida y se programó una segunda intervención para realizar resección abdomino-perineal laparoscópica. En este procedimiento, se encontró un tumor rectal a 5 cms del margen anal con infiltración hacia la pared posterior de la vagina. Tuvo una adecuada evolución postquirúrgica y se egresó. Continúa en seguimiento por la consulta externa por oncología y coloproctología.

Segundo caso

Se trató de paciente femenino de 52 años, con antecedente de DM tipo dos e hipertensión quien aproximadamente 12 días previos a su ingreso presentó dolor en la región glútea derecha, fiebre, limitación de la marcha, presencia de secreción anal sanguinolenta y tuvo disminución en el calibre de las heces.

A la exploración física se encontró necrosis anterolateral derecha a 4 cm de margen anal. En el tacto rectal se evidenció una tumoración palpable a 4 cm del margen anal. Se realizó rectosigmoidoscopia en la que se evidenció estenosis luminal con fuga de aire por el orificio rectal superolateral derecho de 7 mm a 3 cm del margen anal, por lo que se tomó biopsia en la que se reportó la presencia de adenocarcinoma de colon invasor moderadamente diferenciado con infiltrado submucosa y permeación linfovascular.

Se realizó aseo quirúrgico con desbridación, colocación de sistema VAC e ileostomía en asa. En el complemento del abordaje, se realizó resonancia magnética en la que se reportó la presencia de un tumor de 6.5 x 3.9 x 3.3 cms con invasión a la fascia mesorrectal, perforación rectal a las 8 en porción media de la tumoración, ganglios iliacos internos reactivos.



Figura 1. A) Primer caso a su llegada al hospital. B) Imagen de seguimiento un mes después de cirugía laparoscópica y tratamiento antimicrobiano.

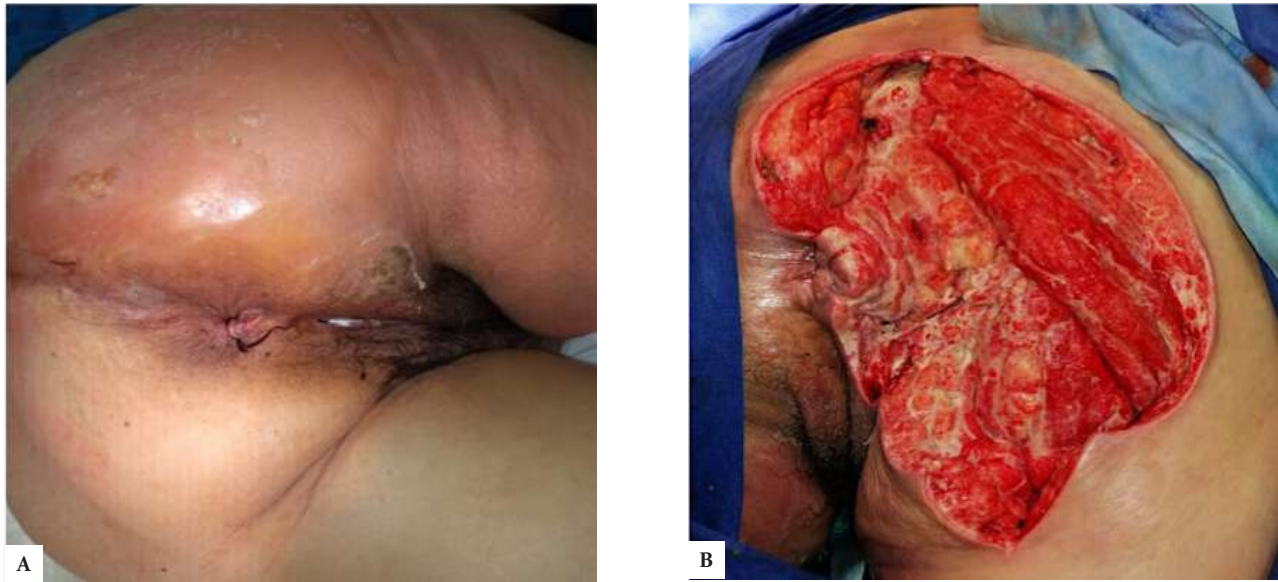


Figura 2. A). Segundo caso a su llegada al hospital. B) Imagen de seguimiento un mes después de desbridación, se aprecia perforación de recto.

Se programó para una segunda intervención en la que se realizó resección abdomino-perineal abierta no se evidenció carcinomatosis abdominal. Sin embargo, requirió asistencia y manejo en la Unidad de Cuidado intensivos y falleció a los 5 días después de la cirugía.

Discusión y conclusiones

Se presentan dos casos clínicos de pacientes femeninos con cáncer rectal en estadios avanzados (EC IIIB). El segundo caso, tuvo una evolución tórpida con un desenlace fatal asociado a sus comorbilidades y alteración en el estado nutricional.

Referencias bibliográficas

1. Tomislav Bruketa. Rectal cancer and Fournier's gangrene-current knowledge and therapeutic options. *World Journal of Gastroenterology*. 2015; 21: 9002-9020.
2. Oehling de los Reyes. Fascitis Necrotizante por Cáncer de Recto Perforado. *Cirugía Española*. 2015; 93: 678.

3. Yu Yoshino. Severe Fournier's gangrene in a patient with rectal cancer: case report and literature review. *World Journal of Surgical Oncology*. 2016; 234
4. L. Highton. Necrotising fasciitis of the thigh secondary to a perforated rectal cancer. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2009; 62: e17-e19.
5. NP Woodcock. Necrotising fasciitis secondary to

La dualidad de GF y cáncer rectal, representa una patología con alta mortalidad si no se realiza una detección oportuna y se instaura tratamiento médico y quirúrgico. La mayoría de las ocasiones se diagnostica en estadios avanzados. De acuerdo con la literatura universal, existe una mayor incidencia en mujeres, y tienen peor pronóstico aquellos individuos que tienen edad mayor a 60 años, tienen un mal estado nutricional, cuentan con alta comorbilidad y/o existe la presencia de metástasis^{5,6}.

Declaración de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

locally advanced rectal cancer. *The Royal College of Surgeons of England*. 2006; 88: 1-3.

6. Henry Chih-Hung Tai. Necrotizing fasciitis as an initial manifestation of perforated rectal cancer in a young man. *Journal of Acute Medicine*. 2012; 2: 62-64.