

ORIGINAL

INFECCIÓN GRAVE DE PARTES BLANDAS SECUNDARIA A HERIDA TRAUMÁTICA DEL RECTO SUBPERITONEAL

Rodríguez, Facundo¹; Madrid, Fausto²; Liz Alejandra³

1: Residente de Cirugía, Clínica Quirúrgica "1", Prof. Dr. J Curi, Facultad de Medicina, UdelaR. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2613-7113>

2: Cirujano de guardia. Hospital Pasteur, ASSE. Montevideo, Uruguay.

3: Profesora Adjunta de Clínica Quirúrgica "1", Prof. Dr. J Curi, Facultad de Medicina, UdelaR. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay

Correspondencia: Facuksl@gmail.com.uy

Los autores declaran ausencia de conflicto de interés

RESUMEN:

Las infecciones graves de partes blandas (IGPB) representan una complicación poco frecuente del trauma rectal, pero de muy elevada morbimortalidad (1). Presentamos el caso de un hombre de 24 años que consultó por una infección grave de partes blandas a punto de partida de una lesión de recto subperitoneal secundaria a un disparo por arma de fuego.

Se realizó un tratamiento enérgico de resucitación y antibioticoterapia de amplio espectro, derivación fecal y desbridamiento extenso que requirió múltiples procedimientos resectivos, siendo estos pilares en el tratamiento de las mismas (3).

Palabras clave: Trauma rectal, infección grave de partes blandas, traumatismo penetrante

SUMMARY:

Severe soft tissue infections (STIs) represent a rare complication of rectal trauma, but with very high morbidity and mortality (1). We present the case of a 24-year-old man who presented with a severe soft tissue infection due to a subperitoneal rectal injury secondary to a gunshot wound.

An aggressive treatment of resuscitation and broad-spectrum antibiotic therapy, fecal diversion and extensive debridement was performed that required multiple resection procedures, these being pillars in their treatment (3).

Keywords: Rectal trauma, severe soft tissue infections, penetrating trauma

RESUMO:

Infecções graves de tecidos moles (IST) representam uma complicação rara de trauma retal, mas com morbidade e mortalidade muito elevadas (1). Apresentamos o caso de um homem

de 24 anos que apresentou infecção grave de partes moles devido a lesão retal subperitoneal secundária a ferimento por arma de fogo.

Foi realizado um tratamento agressivo de reanimação e antibioticoterapia de amplo espectro, derivação fecal e desbridamento extenso que exigiu múltiplos procedimentos de ressecção, sendo estes pilares no seu tratamento (3).

Palavras-chave: Trauma retal, Infecções graves de tecidos moles, trauma penetrante

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones graves de partes blandas (IGPB) representan una entidad de marcada severidad, con tasas de morbi-mortalidad elevadas (1). Su asociación con el trauma rectal extra peritoneal es rara y las publicaciones disponibles son escasas.

CASO CLÍNICO :

Se trata del caso de un hombre de 24 años, consumidor de marihuana, que sufre un único disparo de arma de fuego en la pelvis, con entrada sobre la región coxofemoral derecha.

Es traído por familiares una semana después por intenso dolor y limitación funcional a nivel de miembro inferior izquierdo y confusión mental. De la valoración inicial presentaba elementos de shock con hipotensión y confusión mental asociando fiebre de 39 °C. Se observó un orificio de entrada en la región coxofemoral izquierda sin orificio de salida y un severo proceso infeccioso del miembro inferior izquierdo, con edema, rubor y calor, que comprometía el muslo asociando un extenso enfisema subcutáneo que llegaba hasta la pelvis. El examen proctológico no mostró lesiones perineales. Al tacto rectal, se palpan dos lesiones en recto inferior, a 6 cm del margen anal, en horas 9 y 3 respectivamente. Rectorragia al guante. En el examen abdominal no presentaba elementos de irritación peritoneal. Con el planteo de shock séptico por infección grave de partes blandas, se solicitaron exámenes de laboratorio que mostraron leucocitosis elevada y confirmaron la disfunción orgánica múltiple al objetivar falla renal y hepática.

Para evaluar la extensión del proceso infeccioso y despistar otras lesiones, se realizó una tomografía computada (TC) abdomino-pélvica, la cual evidenció un importante aumento de tamaño de las partes blandas del muslo izquierdo con enfisema y edema, así como un extenso enfisema de la totalidad del espacio pelviano subperitoneal y perirrectal (Fig. 1 y 2).

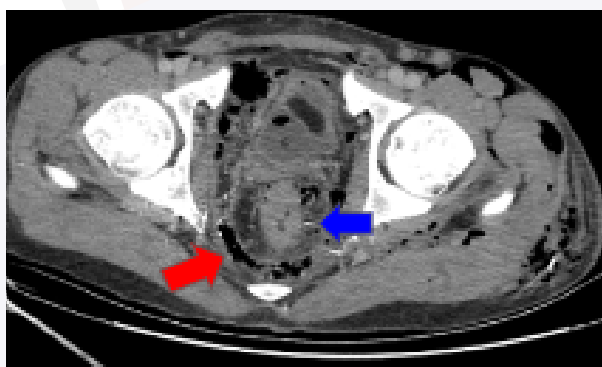


Figura 1. Extenso enfisema de partes blandas



Figura 2. Hematoma (flecha azul) y gas perirrectal (flecha roja)

El tratamiento consistió en soporte vital con reposición energética de volumen, inotrópicos, antibioticoterapia de amplio espectro con Piperacilina-Tazobactam y el drenaje y desbridamiento quirúrgico extenso urgente del miembro inferior izquierdo y la pelvis menor. Se realizó un abordaje combinado de la región subperitoneal y el miembro inferior. La pelvis se abordó por laparotomía con el objetivo de despistar rápidamente lesiones asociadas intraabdominales y efectuar el drenaje amplio del espacio subperitoneal. Si bien es discutido, dada la gravedad y lo evolucionado del cuadro, se decidió hacer una colostomía en asa sigmoidea de detransitación. El muslo izquierdo se abordó por una amplia incisión lateral, requiriendo una incisión complementaria en la región glútea. De ambas regiones se evacúa abundante pus fétido y materia fecal líquida. A nivel del muslo, se comprueba una extensa celulitis y fascitis necrotizante que se reseca en forma completa hasta observar tejido sano, sangrante. No se observó miositis. (Fig. 3).



Figura 3. Lecho de desbridamiento inicial

Ingresa a unidad de cuidados intensivos. La segunda re exploración se produjo a 48 horas de la primera cirugía, requiriendo un total de 9 procedimientos quirúrgicos de limpieza y debridamiento para controlar el proceso infeccioso. El cultivo mostró desarrollo de *Escherichia Coli* multisensible. Evolución con múltiples complicaciones respiratorias e infecciosas, típicas del paciente crítico, pero luego de 50 días de internación en terapia intensiva, logra la estabilidad y pasa a sala de cuidados moderados. Actualmente, continúa el tratamiento médico en sala con enfoque en el soporte nutricional y de fisioterapia, logrando una aceptable movilidad del miembro, con seguimiento conjunto con cirugía plástica para realizar la cobertura del lecho de resección.

DISCUSIÓN:

La asociación entre lesiones rectales e infecciones graves de partes blandas está bien establecida (2,3), siendo la patología neoplásica su causa más habitual. Si bien la infección grave de partes blandas secundaria a trauma rectal subperitoneal es poco frecuente, con pocos casos reportados(4), es la complicación más temida, siendo el enfoque en este tipo de lesiones su prevención y detección temprana. La manifestación oligosintomática inicial vuelve más difícil aún su tratamiento oportuno, aumentando la morbilidad. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones es motivo de constante debate (ostomización y drenaje sistemáticos o no, posibilidad

de realizar reparaciones primarias) y tiene como objetivo la prevención o control de esta temida complicación. A pesar del tratamiento agresivo, la mortalidad sigue siendo elevada. (5)

En este paciente, la consulta tardía llevó a la extensión del proceso infeccioso por los espacios extra peritoneales de la pelvis y hacia el miembro inferior con el subsiguiente desarrollo de un shock séptico. La permeación del contenido fecal a los espacios celulares produjo una infección grave que obligó al desbridamiento agresivo y amplio de los mismos con un abordaje combinado y múltiples reintervenciones para lograr control del foco infeccioso.

CONCLUSIONES:

Se presentó el caso de un paciente que se presentó con un shock séptico secundario a una infección grave de partes blandas del espacio subperitoneal y el miembro inferior, debido a una lesión de recto subperitoneal por arma de fuego no tratada en forma oportuna, que requirió un abordaje quirúrgico agresivo del espacio subperitoneal y el miembro inferior, con desbridamiento amplio y colostomía en asa de detransitación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Takakura Y, Ikeda S, Yoshimitsu M, Hinoi T, Sumitani D, Takeda H, Kawaguchi Y, Shimomura M, Tokunaga M, Okajima M, Ohdan H. Retroperitoneal abscess complicated with necrotizing fasciitis of the thigh in a patient with sigmoid colon cancer. *World J Surg Oncol*. 2009 Oct 7;7:74. doi: 10.1186/1477-7819-7-74. PMID: 19811627; PMCID: PMC2762971
2. Woodcock NP, Sebag-Montefiore D, Mannion RA, Alexander DJ, Miller GV. Necrotising Fasciitis Secondary to Locally Advanced Rectal Cancer. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006 May;88(3):W7-9. doi: 10.1308/147870806X95249. PMCID: PMC1963681
3. Mahan ME, Toy FK. Rectal Trauma. [Updated 2022 Jul 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551636/>
4. Fu W P, Quah H M, Eu K W. Traumatic rectal perforation presenting as necrotising fasciitis of the lower limb. *Singapore Med J*. 2009, 50 (8)
5. Wallace HA, Perera TB. Necrotizing Fasciitis. [Updated 2023 Feb 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430756/>