

## Bibliografía

1. Marín-Méndez HM, Monroy-Aguirre DE, Rodríguez-Perales MA, Lopez-Chavira A, Kaneko-Wada T. Neumomediastino espontáneo manifestado por enfisema cervical, neumorraquia y neumoperitoneo: reporte de tres casos. *An ORL Mex.* 2005;50:9–14.
2. Martín-Serradilla JI, Guerrero-Peral AL, Franco-Hidalgo S, Laherrán E, Sobrino-Garrido G. Neumorraquis epidural. *Rev Neurol.* 2007;44:254–5.
3. Ristagno RL, Hiratzka LF, Rost Jr RC. An unusual case of pneumorrhachis following resection of lung carcinoma. *Chest.* 2002;121:1712–4.
4. Atalar M, Dogan T, Cevit O, Humus C. Epidural Pneumorrhachis Accompanying to Spontaneous Pneumomediastinum in a Boy: A rare association. *Turkish Respiratory Journal.* 2007;8:60–2.
5. Goh BKP, Yeo AWY. Traumatic pneumorrhachis. *J Trauma.* 2005;58:875–9.

M.D. Pérez Frutos\*, M.O. Cerezo Arias, A. Córdoba López y D. Granado Martínez

*Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz, Badajoz, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marimaria27@yahoo.es](mailto:marimaria27@yahoo.es)

(M.D. Pérez Frutos).

doi:10.1016/j.medin.2010.04.006

## Diagnóstico diferido de una fascitis necrotizante secundaria a perforación de íleon

### Delayed diagnosis of Necrotizing Fasciitis secondary to ileum perforation

Sr. Director:

La fascitis necrotizante es una rara infección que ocurre más frecuentemente en pacientes inmunosuprimidos, diabéticos o con enfermedad vascular periférica. Aparece de forma más común en la pared abdominal, extremidades y periné, introduciéndose el germen por cualquier disrupción de la barrera cutánea; aunque han sido reportado otras etiologías como los abscesos perirretrales, las inyecciones subcutáneas, el cálculo renal o la fístula coloductánea<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 78 años, diabético, que ingresó por cuadro de 7 días de evolución consistente en fiebre y dolor a nivel de cadera y fémur derecho. En la exploración física se apreciaba un aumento significativo del perímetro del muslo, acompañado de lesiones eritematosas a nivel de la región femoral lateral. No refería ningún antecedente traumático ni lesiones en la piel de la zona afectada, siendo además la exploración abdominal anodina. Se realizó un CT abdominal que no apreciaba patología intraabdominal y sí claros signos de fascitis necrotizante a nivel femoral lateral derecha, motivo por lo que fue intervenido de urgencias, encontrando una importante necrosis muscular con gran cantidad de material purulento, para lo cual se hizo un desbridamiento quirúrgico con lavado y limpieza profusa de la zona afectada. En los cultivos se aisló *Bacteroides fragilis*, *Streptococcus sanguis*, *Escherichia coli* y *Candida albicans*. Tras la cirugía el paciente permanece en situación de shock séptico, realizándose curas diarias en quirófano de la herida, sin presentar sintomatología abdominal que hiciese sospechar una complicación asociada. Al 7.º día aparece drenaje de material fecaloideo a través de la herida por lo que se repitió nuevo CT abdominal que objetiva enfisema a nivel de región glútea derecha que se extiende hasta musculatura iliaca derecha, sin objetivarse colecciones intraabdominales. Es trasladado nuevamente a quirófano donde se encuentra que la herida

a nivel femoral comunica con una perforación a nivel de íleon terminal; se realiza sutura simple de la misma con epiploplastia e irrigación para limpieza del trayecto fistuloso. El paciente persiste con signos de sepsis grave, a pesar de las curas diarias de la herida, por lo que se decidió la realización de desarticulación de la cadera derecha al 20.º día de ingreso, a pesar de lo cual fallece al 27.º día de su ingreso en situación de fallo múltiple orgánico.

Nuestro caso representa una fascitis secundaria a una perforación del íleon, adyacente al músculo iliaco, el cual sirvió de trayecto de salida del material purulento. En este paciente no existían signos de afectación de la pared abdominal, además de que en el CT no se apreciaban signos de peritonitis, ni de absceso intrabdominal, ni neumoperitoneo, motivo por lo cual se demora el diagnóstico del origen de la fascitis hasta que se objetiva salida de material fecaloideo a través del trayecto fistuloso. Existen escasos casos reportados en la literatura donde una perforación intestinal provoque una fascitis necrotizante a nivel del muslo sin signos en la exploración abdominal que hicieran sospechar el origen a dicho nivel<sup>2</sup>. La mortalidad de esta patología es tan elevada como de un 76%, correlacionándose con el mal pronóstico el retraso en el diagnóstico o en el tratamiento<sup>3</sup>. Por tanto, cuando nos encontramos ante una fascitis habrá que pensar que, a pesar de no existir datos clínicos ni en las pruebas complementarias que lo apoyen, puede ser la consecuencia de un problema intraabdominal que si no se resuelve precozmente la mortalidad es casi segura<sup>4,5</sup>.

## Bibliografía

1. Ku HW, Chang KJ, Chen TY, Hsu CW, Chen SC. Abdominal necrotizing fasciitis due to perforated colon cancer. *J Emerg Med.* 2006;30:95–6.
2. Highton L, Clover J, Critchley P. Necrotising fasciitis of the thigh secondary to a perforated rectal cancer. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62:e17–9.
3. Marron CD, McArdle GT, Rao M, Sinclair S, Moorehead J. Perforated carcinoma of the caecum presenting as necrotising fasciitis of the abdominal wall, the key to early diagnosis and management. *BMC Surg.* 2006;6:11.

4. Tsai HL, Liu CS, Chang JW, Wei CF, Lin JT, Chin TW. Severe necrotizing fasciitis of the abdominal wall secondary to colon perforation in a child. *J Chin Med Assoc.* 2008;71:259–61.
5. Alvarez-Zepeda C, Hermansen-Truan C, Valencia-Lazo O, Azolas-Marcos R, Gatica-Jiménez F, Castillo-Avendaño J. Necrotizing fasciitis of the abdominal wall secondary to a perforated sigmoid diverticulum in a Spiegel's hernia. A case report. *Cir Cir.* 2005;73:133–6.

L. Santana Cabrera<sup>a,\*</sup>, P. Eugenio Robaina<sup>a</sup>, J.P. Rodríguez Álvarez<sup>b</sup> y M. Sánchez Palacios<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [lsancabx@gobiernodecanarias.org](mailto:lsancabx@gobiernodecanarias.org) (L. Santana Cabrera).

doi:10.1016/j.medin.2010.04.014