



Shock séptico tras diverticulitis sigmoidea perforada en paciente inmunodeprimida, asociado a fascitis necrotizante vulvar y tep.

Jose Horacio Armagnague Mallada, Eloy Sancho Calatrava.

Hospital "Santa Bárbara", Puertollano, Ciudad Real, España.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 54 años que acude a Urgencias del Hospital por cuadro de malestar general y dolor a nivel de vulva y de hemiabdomen inferior de unas 72 horas de evolución. Presenta obesidad mórbida, HTA, Dislipemia, Enfermedad de Crohn ileocecal estenosante, espondiloartropatía HLA B 27 + y ha sido intervenida de paratiroidectomía inferior izquierda, apendicectomía, cesárea, hernia umbilical y artroplastia hombro izquierdo. Al examen físico, la paciente se encontraba lúcida, afebril, bien orientada en tiempo y espacio. Intenso dolor en región vulvar que dificulta el decúbito, se aprecia una zona roja y caliente por debajo del pliegue del faldón graso abdominal, muy sensible a la palpación así como una placa de necrosis. No otros aspectos destacables en la exploración física. Al momento del examen no refería dolor abdominal ya que había cedido con la medicación recibida en Urgencias (Metamizol 2 gr y Tramadol 100 mgr, ambos por vía intravenosa). Analíticamente destaca 300 leucocitos, glucemia 188, creatinina 1.84, PCR 37.36 hemoglobina de 8 gr/l y el frotis muestra anisopoiquilocitosis e hipocromía. Coagulograma normal.

Se decide intervención quirúrgica urgente. Tras colocar a la paciente ya anestesiada en posición de litotomía se constata que la infección abarca la hemivulva izquierda, con una placa de necrosis de unos 5 cms. de diámetro e intensa celulitis de dicha región, respetando periné y abdomen. Se realiza hemivulvectomía izquierda dejando el lecho abierto (Figura1).



La Anatomía Patológica reveló extensa necrosis de tipo isquémica con afectación predominante del celular subcutáneo, con vasculitis y obstrucción trombótica asociada, escaras necróticas en piel comunicadas entre si con tejido adiposo necrótico y violáceo, anejos cutáneos conservados, todo compatible con fascitis necrotizante.

La paciente ingresa en UCI, con diagnóstico de shock séptico de partes blandas, fallo hemodinámico y renal con neutropenia y leucopenia grave aguda secundaria a infección o a fármacos. Al cuarto día de su ingreso pasa a planta de Medicina Interna relativamente estable, aunque mantiene cifras de hemoglobina y de leucocitos bajas. Se inicia tratamiento con un factor de crecimiento de glóbulos blancos (Filmgrastrin) 2 viales al día. A las 72 horas de su estancia en planta, presenta cuadro de hipotensión severa, taquipnea, taquicardia de 140 lpm y dolor hipogástrico súbito. Se realiza TAC tóraco abdominal, informado como neumomediastino, defectos de repleción a nivel de arteria pulmonar principal derecha con extensión a ramas lobares (TEP central).

Retroneumoperitoneo, neumoperitoneo masivo con imagen “en miga de pan” en gotera parietocólica izquierda, burbujas en raíz de arteria mesentérica, líquido libre pararenal izquierdo, enfisema subcutáneo en fosa ilíaca izquierda, figuras 2 y 3.



Figura 2. TEP derecho.

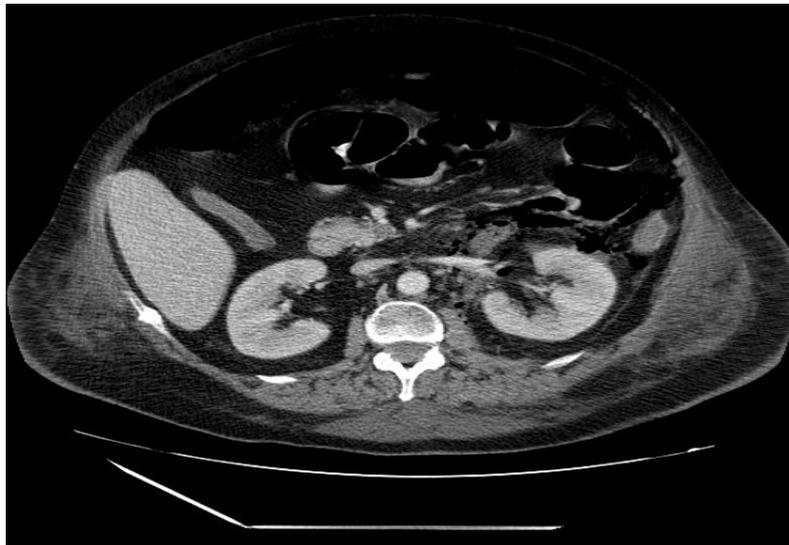


Figura 3. Hallazgos abdominales

La paciente vuelve a UCI donde se administran medidas de soporte con ventilación mecánica, antibioticoterapia de amplio espectro, aminas y se realiza trombolisis sistémica. Score Apache 28. Se realiza consulta a Cirugía de guardia, quien decide intervenir a la paciente de forma urgente. Encontrando neumoperitoneo, peritonitis purulenta, perforación de sigma por enfermedad diverticular, afectación de colon derecho y transverso de aspecto inflamatorio crónico. Se realiza colectomía subtotal, resección de 50 cms de ileon e ileostomía en FID (Figura 4).



En UCI continua inestable, precisando infusión de noradrenalina a más de 1.5 mcg/kg/minuto, tensión arterial de 70/50 mmHg, taquicardia, hemoglobina de 7.3, 44.000 plaquetas, 46% actividad de protrombina, FiO2 60% y PEEP de 5, oligoanuria, ácido láctico en 70. A pesar de transfusión de hemoderivados y administración de volumen, continúa en anuria y sin modificación hemodinámica. Se coloca hemofiltro que no tolera por la inestabilidad hemodinámica severa que presenta, con acidosis metabólico-láctica, hipopotasemia y anuria. Shock refractario pese a las medidas instauradas, produciéndose el exitus a las 24 horas de esta segunda intervención. La anatomía patológica confirmó diverticulosis complicada con perforación en descendente/sigma, colitis crónica parcheada que afecta capa mucosa con pérdida de criptas e infiltrado linfohistiocítico.



Discusión

Se trata de una mujer joven, pluripatológica e inmunodeprimida, que debuta con una infección severa de partes blandas de unos días de evolución, recibiendo tratamiento quirúrgico, ingreso en UCI y antibioticoterapia de amplio espectro. En ese momento, no se objetivó claramente dolor abdominal en el examen físico practicado en Urgencias y las pruebas complementarias radiológicas, placas simples de tórax y abdomen fueron normales, por lo que no se realizó tomografía abdominal en el ingreso. Tras una recuperación parcial, estando ingresada en Medicina Interna, presenta un cuadro muy grave con tromboembolismo pulmonar y perforación de sigmoides con peritonitis, tres patologías asociadas a una alta morbimortalidad. A pesar de haber recibido trombopprofilaxis desde el postoperatorio inmediato, antibióticoterapia de amplio espectro, medidas de sostén, corrección de su insuficiencia renal, estimulación de los neutrófilos, la paciente presenta el episodio descrito en el párrafo anterior, falleciendo a las 24 horas de la segunda intervención. La presencia en esta paciente de una serie de factores (enfermedad de Crohn, dislipemia, inmunosupresión por medicamentos) así como una calidad de vida deficiente con mal control de su diabetes y obesidad mórbida, han contribuido al rápido deterioro de su estado general y al exitus a pesar de todas las medidas clínico-quirúrgicas tomadas.

Bibliografía

1. Teixeira C, Trabulo D, Ribeiro S, Martins CR, Alves AL, Cremers I, Oliveira AP. Colonic diverticulosis and the metabolic syndrome: an association? *Rev Esp Enferm Dig.* 2017 Nov;109(11):768-771. doi: 10.17235/reed.2017.5009/2017. PMID: 28776378. Wood S. (2019) Fascitis necrotizante. En: Bornstein J. (eds) *Vulvar Disease.* Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61621-6_47.
2. Shimizu T, Tokuda Y. Necrotizing fasciitis. *Intern Med.* 2010;49(12):1051-7. doi: 10.2169/internalmedicine.49.2964. Epub 2010 Jun 15. PMID: 20558917.
3. Sallinen VJ, Leppäniemi AK, Mentula PJ. Staging of acute diverticulitis based on clinical, radiologic, and physiologic parameters. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015 Mar;78(3):543-51. doi: 10.1097/TA.0000000000000540. PMID: 25710425.