

CASOS EN IMAGEN: 2

M.C. Castro Copete, M. Carnero Ruiz y J. Calbo Maiques

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario San Juan. San Juan. Alicante. España.



Fig. 1.— Radiografía simple de abdomen en la que se observa un retroneumoperitoneo derecho y la existencia de aire en partes blandas proyectado sobre el cuello femoral derecho.

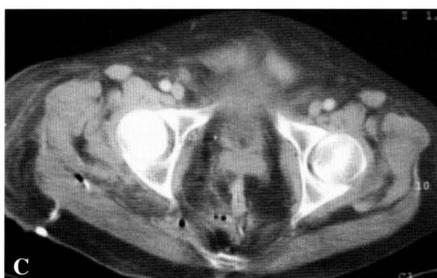


Fig. 2.— Cortes de tomografía computarizada. (A) Muestra un absceso glúteo derecho y aire disecando la musculatura del periné. (B) Aire disecando planos musculares de la pierna derecha. (C) Trayecto fistuloso.

Varón de 37 años que refiere dolor en región sacroilíaca derecha e impotencia funcional de la pierna derecha de dos meses de evolución. Acude a urgencias por agudización del dolor y rectorragia.

Entre los antecedentes de interés destaca una colectomía total con reservorio ileoanal hacía 7 años, por colitis ulcerosa.

Comentario en la página 324

Casos en imagen 2.—ABSCESO GLÚTEO ASOCIADO A RETRONEUMOPERITONEO Y FASCITIS NECROTIZANTE DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO SECUNDARIOS A FÍSTULA RESERVORIO-GLÚTEA

Diagnóstico

Absceso glúteo asociado a retroneumoperitoneo y fascitis necrotizante de miembro inferior derecho secundarios a fístula reservorio-glútea.

Comentario

La anastomosis ileoanal con construcción e interposición de un reservorio ileal, tras colectomía total y disección de la mucosa rectal, es actualmente la técnica quirúrgica de elección en pacientes con colitis ulcerosa y poliposis adenomatosa familiar. La ventaja que ofrece esta cirugía es que evita la colocación de una ostomía permanente preservando la «ruta» normal de defecación transanal, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes. Este procedimiento quirúrgico está totalmente contraindicado en pacientes con enfermedad de Crohn, debido a que el reservorio es creado con fleon terminal. Es imprescindible el examen del reservorio con estudios baritados antes del cierre definitivo de la ileostomía para comprobar la integridad del mismo.

Aunque los resultados funcionales son excelentes, esta técnica se asocia a un número apreciable de complicaciones significativas con aumento de la morbilidad durante el postoperatorio y complicaciones a largo plazo. Dentro de ellas la formación de fístulas es la complicación más seria y de más difícil manejo. Los tipos de fístulas descritos incluyen: reservorio-anales (las más frecuentes), reservorio-vaginales, enterocutáneas y reservorio-vesicales. En nuestro caso se trató de una fístula reservorio-glútea, siendo este tipo la más infrecuente. Otra rareza del caso presentado es la progresión secundaria hacia un retroneumoperitoneo, así como la gran extensión y gravedad de la fascitis necrotizante que se extendía hasta la rodilla de la pierna derecha. No hemos encontrado en la literatura revisada ningún caso descrito semejante al nuestro. Primero, en lo referente al tiempo desde la cirugía y la aparición de las complicaciones, ya que normalmente suelen aparecer en el postoperatorio tardío (a partir de las dos semanas de la cirugía), recogiendo casos hasta el tercer año de seguimiento, siendo en nuestro caso el período transcurrido de 7 años, y segundo, en cuanto a la «espectacularidad» del caso, por la gran extensión de la fascitis disecando los planos musculares desde la región inguinal hasta la rodilla de la pierna derecha.

Otras complicaciones incluyen la obstrucción de intestino delgado (la más frecuente), la estenosis y/o dehiscencia de la anastomosis, la infección pélvica que suele ocurrir antes del cierre de la ileostomía, ya que estas infecciones con mucha más frecuencia son secundarias a contaminación pélvica durante la cirugía, no obstante también se han recogido casos de infección secundaria a dehiscencia de la anastomosis. Por último la «pouchitis» o inflamación del reservorio es otra de las complicaciones que conllevan un fallo del reservorio. Los hallazgos por la imagen encontrados son un engrosamiento de los pliegues y de la pared del reservorio con cambios inflamatorios perireservorio.

En conclusión, la colectomía total con creación de reservorio ileoanal es en la actualidad la técnica quirúrgica de elección en estos pacientes, por lo que hay que conocer las complicaciones asociadas a este tipo de cirugía, siendo la formación de fístulas la complicación más seria, tal y como se demuestra en este caso.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Alfisher MM, Scholz FJ, Roberts PL, Counihan T. Radiology of ileal pouch-anal anastomosis: normal findings, examination pitfalls, and complications. *Radiographics*. 1997;17:81-98.
- Hillard AE, Mann FA, Becker JM, Nelson JA. The ileoanal J pouch: radiographic evaluation. *Radiology*. 1985;155:591-4.
- Thoeni RF, Fell SC, Engelstad B, Schrock TB. Ileoanal pouches: comparison of CT, scintigraphy, and contrast enemas for diagnosing postsurgical complications. *AJR*. 1990;154:73-8.
- Seggerman R, Chen M, Waters G, Ott D. Radiology of ileal pouch-anal anastomosis surgery. *AJR*. 2003;180:999-1002.

Correspondencia:

M.^a Carmen Castro Copete.
Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital U. San Juan.
Crta. Alicante-Valencia 332, km 87.
03550 San Juan (Alicante).
castromca@seram.org