



DOLOR Y TUMEFACCIÓN EN EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN CÁNCER DE COLON PERFORADO.

Antonio Gallegos Polonio, Francisca Árbol Linde*,
Fernando Marcos Sánchez, Jeffrey Oskar Magallanes
Gamboa, Miguel Ángel Vázquez Ronda,
Antonio Vizuete Calero y Karla Marín Mori

Servicios de Medicina Interna y de Medicina Intensiva*
del Hospital N^o S^o del Prado de Talavera de la Reina.
Toledo.

PALABRAS CLAVE

Gas en el muslo, absceso retroperitoneal, cáncer de colon perforado,
disección del músculo psoas

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones principales del cáncer de colon y recto son las alteraciones del ritmo intestinal durante semanas o meses, dolor abdominal generalmente poco intenso y rectorragias ocasionales o persistentes. En la analítica sanguínea puede apreciarse anemia. De cualquier forma en la mayoría de los casos la evolución suele ser insidiosa durante semanas o meses⁽¹⁾. Las complicaciones a nivel local más frecuentes son la obstrucción y la perforación intestinal.

La perforación intestinal se asocia a un peor pronóstico a largo plazo independientemente del proceso de base, aunque es indudable que esta complicación se asocia a menudo con estadios más avanzados de la neoplasia⁽²⁻⁴⁾. Recientemente hemos tenido ocasión de diagnosticar un nuevo caso de neoplasia de sigma perforado que presentó como primera manifestación un cuadro de dolor en el miembro inferior izquierdo, objetivándose además la

existencia de gas en los planos musculares del muslo, lo que motivó la sospecha inicial de fascitis necrotizante, realizándose incluso una fasciotomía. Las técnicas de imagen ayudaron al diagnóstico de presunción.

CASO CLÍNICO

Se trataba de una mujer de 54 años, con antecedentes personales de bocio multinodular y ansiedad. Desde hacía unos 15 días presentaba un cuadro de dolor en muslo izquierdo, sometiéndose en dicho periodo a técnicas de acupuntura local, con mejoría parcial del cuadro doloroso. Posteriormente presentó dolor e hinchazón en el muslo izquierdo, acudiendo al servicio de urgencias donde se realizó una radiografía de fémur, sin impresionar de alteraciones significativas (**Figura 1. Parte A**), siendo dada de alta con tratamiento analgésico.

Cuatro días después presentó intensificación del dolor en el muslo, asociándose escalofríos, aunque sin termometrar fiebre. Una nueva radiografía de fémur, mostró abundante gas en los planos musculares del muslo. (**Figura 1. Parte B**). En los datos de laboratorio destacó en el hemograma 24.200 leucocitos con 19.000 neutrófilos, hemoglobina de 12 g/dl, 583000 plaquetas, bioquímica con PCR 274 mg/L, CPK 475 U/L, creatinina 0.8 mg/dl, iones normales. Coagulación con una actividad de protrombina del 80.7%, y fibrinógeno 1218 mg/dl.

Ante la sospecha de fascitis necrotizante, el traumatólogo decidió realizar un desbridamiento amplio, encontrando el músculo recto externo levemente isquémico que mejoró tras la fasciotomía, pero no existía tejido necrótico ni colecciones purulentas. Se colocó un drenaje y se indicó tratamiento antibiótico con imipenem y clindamicina. Al día siguiente presentó un cuadro de dolor en punta de costado izquierdo e hiperventilación. A la exploración física se encontró hipotensa, afebril y taquicárdica a 130 lpm. A la auscultación cardiaca se encontraba taquicárdica, pero sin soplos ni rones. En la auscultación pulmonar el murmullo vesicular estaba aceptablemente conservado. El abdomen era blando y depresible, no doloroso a la palpación, aunque existía un leve empastamiento en el flanco izquierdo, sin masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas, cicatriz del desbridamiento amplio realizado en la cara externa de muslo izquierdo, con buena coloración local y sin áreas necróticas. El ECG solo mostró taquicardia sinusal, y en la radiografía de tórax había ligera cardiomegalia con cuestionable redistribución vascular. Se realizó una angio-TC torácica siendo informada de tromboembolismo en la arteria lobar descendente derecha, cardiomegalia, derrame pleural bilateral y lesiones nodulares focales hepáticas hipodensas, sugerentes de metástasis (**Figura 2**).

Tras el hallazgo de las lesiones hepáticas, se decidió ampliar el estudio mediante una TC abdominopélvica, encontrándose un engrosamiento e irregularidad de la

CORRESPONDENCIA: Fernando Marcos Sánchez
c) Gregorio Corrochano N^o1
45600 Talavera de la Reina. Toledo.
fmarcos666@yahoo.es



FIGURA 1.-
Parte A: Radiografía del fémur sin alteraciones.
Parte B: Abundante gas en los planos musculares del muslo.

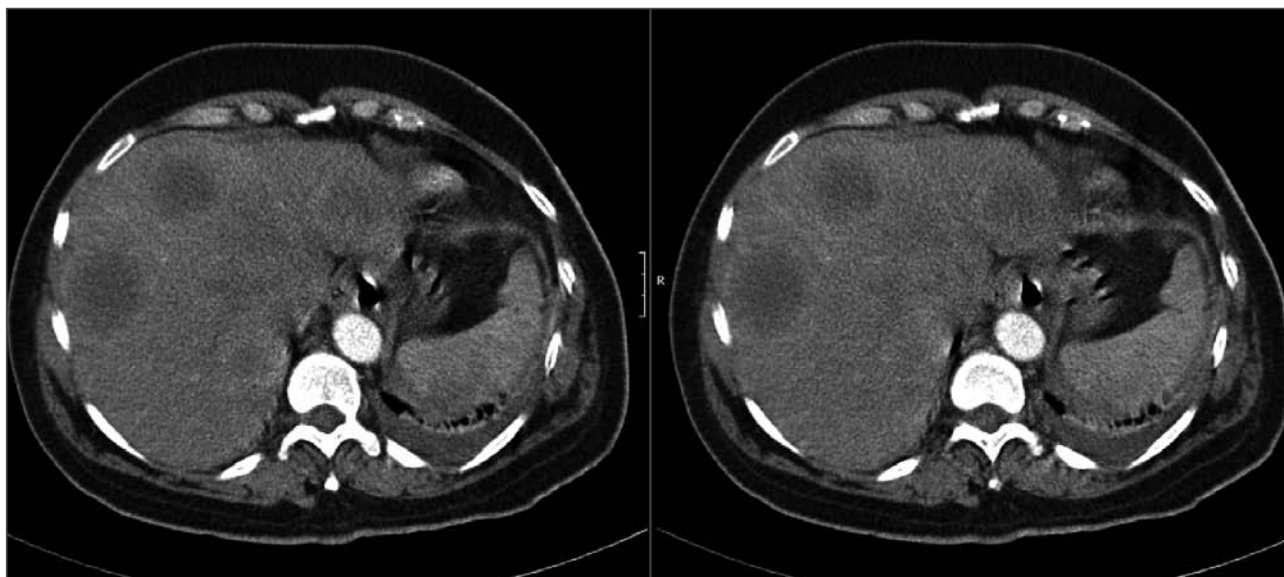


FIGURA 2.- Lesiones nodulares hipodensas hepáticas, sugestivas de metástasis.

pared del colon descendente con aumento de la densidad de la grasa locoregional y burbujas extraluminales en el retroperitoneo, psoas y músculo ileo-psoas izquierdo, alcanzando la región inguinal izquierda, sugestivo de neoplasia colónica perforada y complicada (**Figura 3**). Múltiples lesiones focales hepáticas hipodensas con tenue realce tras contraste en relación con metástasis.

En vista de estos hallazgos, se realizó laparotomía, en la que se constató la existencia de una neoplasia de colon descendente - sigma perforado a retroperitoneo con un gran absceso retroperitoneal que disecaba el músculo psoas izquierdo y ascendía hasta el polo superior de riñón. El absceso se continuaba caudalmente alcanzando la cara posterior y lateral de la musculatura

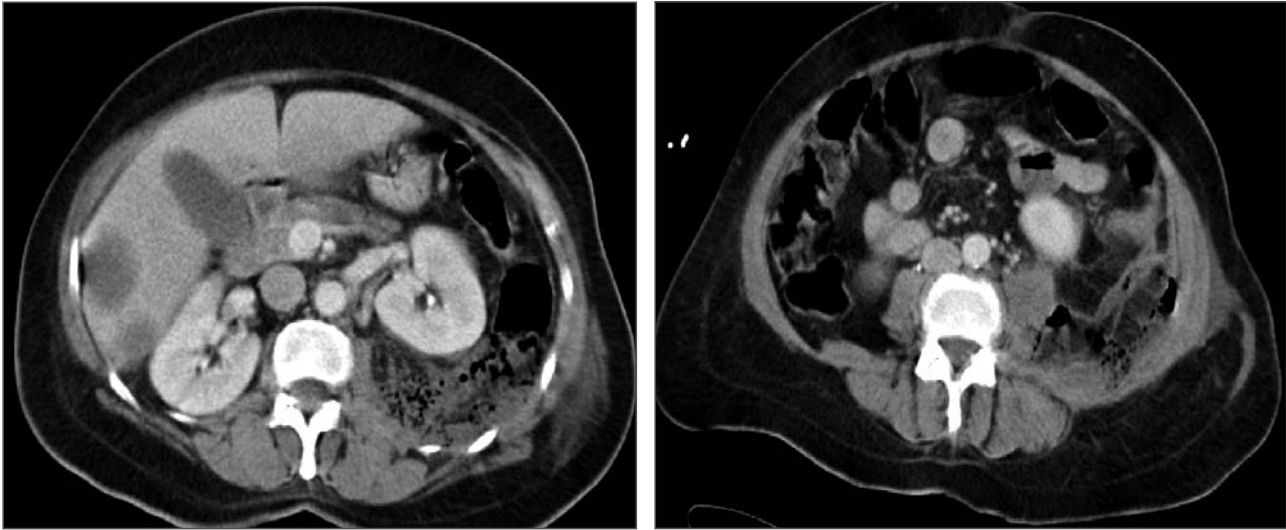


FIGURA 3.- Engrosamiento e irregularidad de la pared del colon, con aumento de densidad de la grasa y burbujas extraluminales en el retroperitoneo, psoas y músculo ileo-psoas. Lesiones nodulares hepáticas.

de miembro inferior izquierdo. Se realizó lavado y drenaje de retroperitoneo, técnica de Hartmann con colostomía terminal en la fosa ilíaca izquierda. Se amplió la incisión de muslo y se realizó drenaje y lavado de la colección purulenta en el miembro inferior izquierdo.

En la anatomía patológica se informó de la existencia de un adenocarcinoma colorrectal bien diferenciado, estenosante, perforado, que infiltraba la grasa perivisceral de forma focal, pero ninguno de los 22 ganglios linfáticos aislados mostró datos de la enfermedad neoplásica. Por parte del Servicio de Oncología Médica se inició tratamiento de poliquimioterapia, pero la evolución fue desfavorable, falleciendo al mes siguiente del diagnóstico.

DISCUSIÓN

Nos encontramos ante una presentación muy atípica de cáncer colorrectal. La perforación intestinal en el cáncer colorrectal ocurre entre un 3,7% y un 7,8% de los casos, presentando una elevada mortalidad ^(2,3,4). Su forma de presentación conlleva la existencia de una peritonitis fecaloidea, y de la formación de un plastrón-absceso. De forma excepcional la localización del absceso puede ser a nivel muscular, existiendo casos de absceso de psoas como primera manifestación ⁽⁵⁾.

De cualquier forma, los abscesos de psoas secundarios, obviamente muy poco frecuentes, suelen proceder de infecciones de órganos adyacentes, siendo las más frecuentes del tracto digestivo (enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, apendicitis, absceso pancreático, etc), y con menor frecuencia de otros focos, como patologías urológicas u osteoarticulares ⁽⁶⁾. Las pruebas de imagen pueden mostrar la existencia de datos de obs-

trucción, ileo paralítico difuso, y neumoperitoneo e incluso datos sugerentes de la neoplasia, como en el caso que hemos presentado. El tratamiento debe ser quirúrgico y lo más precoz posible, con el fin de solucionar la causa de la perforación, realizar una limpieza de la cavidad y un drenaje de la misma. Debe optarse por la resección del tumor, de la zona de la perforación y la realización de una colostomía terminal proximal (Hartman), con su restauración en un segundo tiempo, si las condiciones del paciente lo permiten. ^(2,3)

Como conclusión, presentamos un caso de cáncer de sigma, cuyo debut clínico consistió en dolor tipo mecánico de miembro inferior, alejándose de las formas más habituales de presentación, e incluso de las manifestaciones de sus complicaciones. En nuestro caso se formó un absceso retroperitoneal y posteriormente se disecaron los planos musculares hasta alcanzar el paquete muscular del muslo, lo que constituye una excepcional rareza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Midgley R, Kerr D. Colorectal cancer. *Lancet* 1999; 353:391-9.
2. Álvarez JA, Baldonado RF, García-Bear I, Truán N, Pire G, Álvarez P. Factores de riesgo en pacientes mayores de 70 años con carcinoma colorrectal complicado. *Cir Esp* 2006;79:36-41.
3. Biondo S, Martí-Rague J, Kreisler E, Parés D, Martín A, Navarro M, et al. A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer. *Am J Surg* 2005;189:377-83.

4. Smothers L, Hynan L, Fleming J, Turnage R, Simmang C, Anthony T. Emergency surgery for colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 2003;43:24-30.
5. Merino Muñoz D, Pérez Ruiz M, Creagh Cerquera R, Gálvez Acebal J, Pujol de la Llave E. Absceso del psoas como primera manifestación de un adenocarcinoma de sigma. *An Med Intern (Madrid)* 2001;18:56-7.
6. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: Análisis de 11 casos y revisión de la literatura. *Enf Inf Microbiol Clin* 1998;16:19-24.