

CASO CLÍNICO

ABSCESO GLÚTEO RECIDIVANTE: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA NEOPLASIA DE COLON.

RECURRENT GLUTEAL ABSCESS: AN ATYPICAL PRESENTATION OF COLON NEOPLASM.

Moya Ruiz A, Miras Lucas L, Serrano Carrillo de Albornoz JL, González Olid MD

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 74 años que consulta a Urgencias por absceso glúteo derecho recidivante y que tras hacerle body-TAC, por el hallazgo incidental preoperatorio de nódulos pulmonares bilaterales, se diagnostica de neoplasia de ciego perforada de manera contenida en forma de colección retroperitoneal que fistuliza a tejido cutáneo.

Discusión: El cáncer de colo-rectal es el de mayor incidencia en España. Los signos y síntomas de presentación más comunes incluyen rectorragia, dolor abdominal, anemia inexplicable y / o un cambio en el hábito intestinal. Una parte importante de los pacientes puede presentar características clínicas sugestivas de enfermedad metastásica debido a diseminación linfática y hematógena y en raras

ocasiones se puede manifestar como absceso en regiones adyacentes por perforación del propio tumor.

Conclusiones: El carcinoma de colon perforado siempre debe considerarse como un diagnóstico diferencial para los abscesos de los miembros inferiores recidivantes y con mal control con manejo habitual.

Palabras clave: absceso glúteo, cáncer de colon, metástasis pulmonares.

Abstract

Clinical case: A 74-year-old female came to the emergency department due to a recurrent right gluteal abscess. Due to the incidental preoperative finding of bilateral pulmonary nodules, a body CT scan was performed. She was diagnosed with a perforated but contained cecum neoplasm, which forms the described collection.

Discussion: Colorectal cancer is the cancer with the highest incidence in Spain. The most common signs and symptoms include rectal bleeding, abdominal pain, unexplained anemia, and a change

CORRESPONDENCIA

Alejandro Moya Ruiz
Hospital de Poniente
04700 El Ejido, Almería
alejandromoyaruiz@hotmail.com

Fecha de envío: 16/12/2020

Fecha de aceptación: 21/02/2021

in bowel habits. A significant part of the patients may present clinical features that are suggestive of metastatic disease due to lymphatic and hematogenous spread. On rare occasions, it can appear in adjacent regions as an abscess due to the perforation of the tumor itself.

Conclusions: Perforated colon carcinoma should be always considered a differential diagnosis for abscesses of the lower limbs originated through the psoas muscle.

Keywords: gluteal abscess, colon neoplasm, lung metastases.

Introducción

La causa más común de absceso glúteo es la administración parenteral de fármacos con agujas contaminadas. Otras causas frecuentes suelen incluir la presencia de un hematoma infectado, seroma, sepsis postraumática o diseminación de sepsis intrapélvica a la región glútea. En raras ocasiones, puede deberse a un cáncer de colon perforado¹.

La perforación del cáncer colorrectal es rara (2,6% a 9%) y se asocia con una morbimortalidad significativamente altas. La formación de abscesos ocurre en 0.3% a 4% de los carcinomas de colon y es la segunda complicación más común de las lesiones perforadas. La mayoría de los abscesos secundarios a la perforación del carcinoma de colon se delimitan a nivel de la cavidad intraabdominal. En raras ocasiones, pueden presentarse como un absceso en glúteo, pared abdominal, región retroperitoneal, inguinal o muslo².

A continuación exponemos un caso de carcinoma de ciego avanzado sin síntomas intestinales que se presenta como absceso glúteo derecho recidivante.

Caso clínico

Se trata de una paciente mujer de 74 años, con intolerancia a Targin y antecedentes personales de LES cutáneo-articular en remisión, síndrome músculo-tensional, osteoartritis, fibrilación auricular controlada con bisoprolol, bocio multinodular (Nódulo sólido-quistico TIRADS³, estable ecográficamente), que desde mayo presenta absceso glúteo derecho recidivante.

Consulta en urgencias por tercera vez en el plazo de 7 meses. Presenta dolor inguinal derecho y posteriormente en zona alta del muslo para en los días posteriores aparecer una placa de celulitis en zona craneal glútea derecha de rápida abscesificación (en 3-4 días).

En este periodo de tiempo, y tras múltiples visitas a Urgencias siendo valorado por Cirugía y Traumatología en consultas externas; se trata con antibioterapia, en primer lugar de forma empírica, y posteriormente de forma dirigida tras el aislamiento de *Klebsiella Pneumoniae* y *S. Contellatus*, procediendo al drenaje del absceso hasta en dos ocasiones. Se realizan dos pruebas de imagen

(Ecografía de partes blandas y RMN) donde no se evidencian abscesos, signos artritis séptica ni osteomielitis. A pesar del manejo adecuado el absceso recidiva y se vuelve a modificar antibioterapia según antibiograma.

Tras mala evolución a pesar de antibioterapia dirigida destaca nuevo episodio de dolor en zona inguinal derecha a lo que asocia zona eritematosa e indurada en zona glútea derecha compatible con nueva abscesificación precisando nuevamente drenaje.

En el examen físico se evidenció una zona eritematosa, con aumento de temperatura e indurada de unos 7-8 cm en zona glútea derecha. A la exploración presentaba un abdomen blando y depresible con molestias a la palpación en fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Resto de la exploración física sin hallazgos de interés.

Análiticamente destacó: función renal e iones normales. Bilirrubina total 0,27 mg/dl. GOT 19 U/L, GPT 22 U/L, GGT 149 U/L, Fosfatasa alcalina 251, PCR 15,79 mg/dl. El hemograma destaca: leucocitosis (11.800/mm³) con neutrofilia (81,5% PMN), Hb 11 g/dl, con plaquetas y coagulación normales.

Tras el drenaje del absceso se decide ingreso en el servicio de Cirugía. Solicitando preoperatorio con ECG y radiografía de tórax, presentando en esta última nódulos pulmonares bilaterales que sugieren metástasis pulmonares (Figura 1).

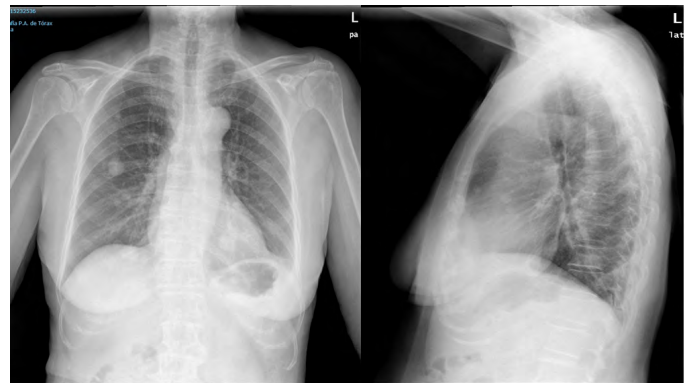


Figura 1

Nódulos pulmonares de distribución difusa pulmón derecho y en lóbulo inferior izquierdo. No se aprecian otras alteraciones de la densidad parenquimatosa pulmonar bilateral. Obliteración de seno costofrénico izquierdo sugestiva de pequeña cantidad de derrame. Silueta cardiomedial y hilos sin alteraciones.

Durante el ingreso se solicita Body-TAC (Figuras 2 y 3) como estudio de nódulos pulmonares bilaterales y en el que se aprecia: Metástasis hepáticas múltiples. Metástasis pulmonares bilaterales. Imagen de colección entre músculo psoas ilíaco derecho y ciego que parece presentar comunicación con la luz de ciego. Valorar la posible neoplasia de ciego, que se perfora de manera contenida y forma la colección descrita.

Tras los hallazgos en las pruebas de imagen se propone tratamiento quirúrgico llevándose a cabo hemicolectomía derecha

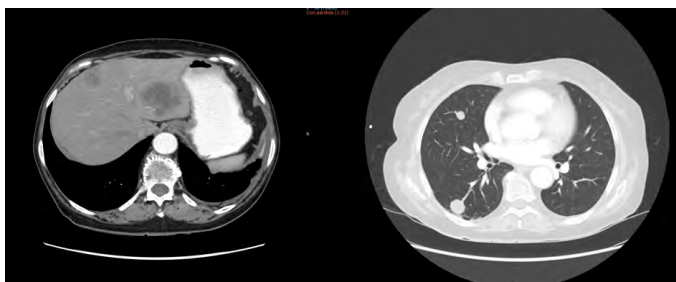


Figura 2

Body- TAC: Nódulos pulmonares bilaterales, el de mayor tamaño de 17 mm en LID. No se adenopatías hiliares ni mediastínicas. Hígado con múltiples nódulos sólidos hipodensos mal delimitados, de mayor tamaño de 49 mm entre segmentos II-III.

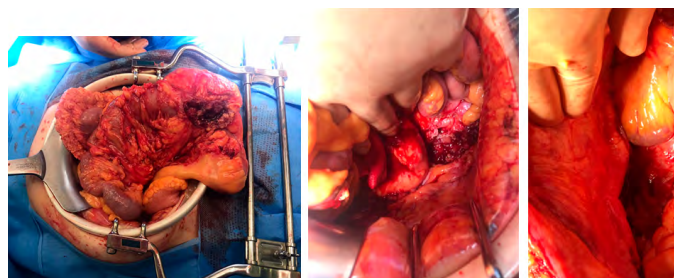


Figura 4

Pieza quirúrgica. Fondo de fosa iliaca derecha tras retirada del tumor.

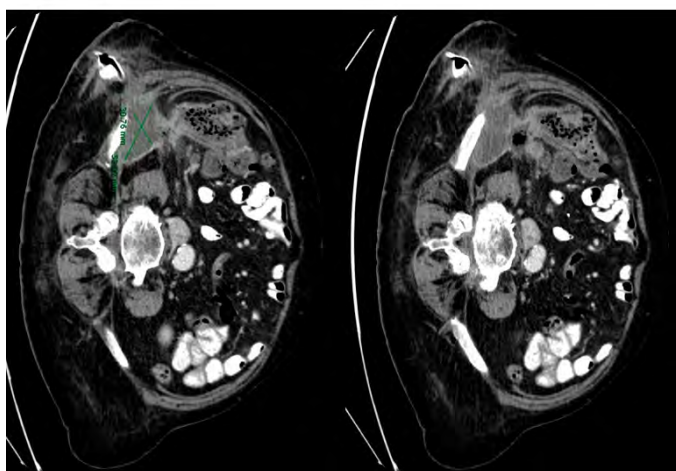
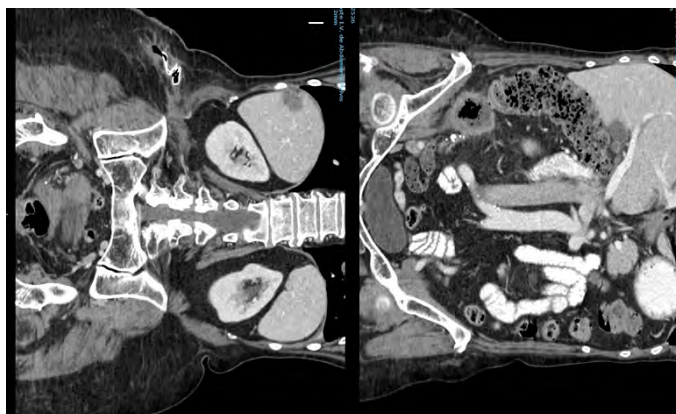


Figura 3

Body- TAC: Imagen de colección de contornos anfractuosos realce periférico y contenido hidroaéreo que afecta al músculo iliopsoas, y presenta mínima relación con el ciego, presentando diámetros axiales de 54 mm x 48 mm, parece presentar comunicación con la luz del ciego.

Discusión

El cáncer colorrectal predomina en personas mayores siendo la edad media de presentación de 70-71 años. Afecta a hombres y mujeres casi por igual. A nivel mundial, en el año 2018 el cáncer colorrectal representa el tercero en incidencia en ambos sexos después de cáncer de pulmón y mama, sin embargo según el informe 'Las cifras del cáncer en España 2020' realizado por la Sociedad Española de Oncología Médica, el cáncer de colon es el de mayor incidencia en España y se espera el diagnóstico de 44.231 nuevos casos en 2020³.

Los síntomas van a depender, en gran medida, de la localización del tumor. En el caso de afectación de colon izquierdo se manifiesta como dolor abdominal, cambios en el ritmo intestinal, hematoquecia y obstrucción intestinal. En lesiones tumorales que afectan a colon derecho se presentan como masa abdominal (25%) y signos de anemia crónica. En tumores rectales la presentación más frecuente es rectorragia (50%), aunque también se puede presentar como disminución del calibre de las heces, cambios en el ritmo intestinal, tenesmo rectal y defecación imperiosa.

Otras manifestaciones típicas son fiebre, pérdida de peso y astenia. Las manifestaciones clínicas según la localización metastásica del tumor: carcinomatosis peritoneal (estreñimiento, dolor abdominal, obstrucción); hígado (Ictericia, hepatomegalia dolorosa, coagulopatía); pulmón (disnea, tos seca, hemoptisis), etc. Los síndromes paraneoplásicos son infrecuentes y pueden presentarse en forma de miositis o dermatomiositis, acantosis nigricans o hipertrichosis lanuginosa⁴.

Tras una revisión sistemática de la literatura, Medina A. et al (2019) concluyen que la perforación es infrecuente, presentando distintos escenarios en el momento del diagnóstico: a) tumor perforado libremente hacia la cavidad abdominal causando peritonitis; b) formación de un absceso intrabdominal/parietal, c) formación de un trayecto fistuloso, con mayor frecuencia colovesical, coloentérico o colovaginal. Fisiopatológicamente existen dos mecanismos de perforación, uno por perforación tumoral primaria y otro secundario a hiperpresión retrógrada. El colon izquierdo es el sitio más frecuente de perforación de las neoplasias colorrectales, seguido del colon derecho. En el caso de las perforaciones contenidas por la pared abdominal con consecuente formación de un absceso parietal, el sitio de mayor frecuencia es el colon derecho⁵. La formación tanto

y exéresis para biopsia de metástasis hepática en segmento II (Figura 4). Finalmente, se confirmó mediante Anatomía Patológica que se trataba de un adenocarcinoma de ciego ulcerado escasamente diferenciado y que la metástasis hepática era compatible con origen tumoral primario colónico. El estadiaje postquirúrgico TNM (8ª ed): pT4a pN2a pM1a.

de abscesos glúteos como retroperitoneales secundarios a cáncer de colon suele ser una causa infrecuente. En un estudio llevado a cabo por Altemeier et al (1961) esta forma de manifestación clínica se presentó en 6 de 189 casos estudiados⁶.

Aunque infrecuente, esta forma de presentación con formación de absceso secundario a perforación de tumor en colon derecho, aparece en casos revisados en la literatura como: Mohandas et al (2010) describieron el caso de una paciente de 81 años con absceso glúteo derecho de 3 semanas de evolución sin asociar clínica a nivel intestinal y que finalmente se trataba de un carcinoma cecal, Karthikeyan et al (2014) presentaban el caso de una paciente de 50 años que acudía por absceso en región glútea derecha de una semana de evolución. En este caso la paciente estaba recibiendo inyecciones intramusculares por lo que tenían este factor de confusión. Finalmente tras estudio con pruebas de imagen e histológicas se confirmó cáncer cecal perforado y que fistuliza a región glútea derecha.

En conclusión, el carcinoma cecal es uno de los cánceres más comunes con diferentes formas de presentación clínica según su localización. Aunque la perforación intestinal es una complicación bien reconocida del carcinoma cecal, los síntomas y los hallazgos físicos pueden ser engañosos, principalmente en personas de edad avanzada o cuando la historia clínica del paciente incluye factores de confusión, como la tuberculosis. El carcinoma cecal perforado puede simular muchas otras enfermedades y siempre debe tenerse en cuenta durante el diagnóstico diferencial de abscesos retroperitoneales y absceso glúteo de difícil control⁷.

Bibliografía

1. Karthikeyan VS, Sistla SC, Ram D, Ali SM, Velayutham SSR, Vijayaraghavan N. Carcinoma cecum presenting as right gluteal abscess through inferior lumbar triangle pathway-report of a rare case. *Int Surg* 2014; 99:371–373. <https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-13-00116.1>.
2. Mohandas SK, Mazarello F, Bisset R. Right gluteal abscess: An unusual presentation of perforated caecal adenocarcinoma. *J Gastrointest Cancer* 2010; 41:285-587 <https://doi.org/10.1007/s12029-010-9155-y>.
3. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. (2020). Cifras del cáncer en España | SEOM - Día Mundial del Cáncer 2020. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf.
4. Molina-Villaverde R, Jiménez-Gordo AM, López-Gómez M, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer colorrectal. *Medicine (Spain)* 2017, 12:1911–1918. <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.04.012>.
5. Medina-Velasco AM, Gemio del Rey I, de la Plaza Llamas R, Arteaga-Peralta VA, Ramia JM. Absceso inguinal como presentación de la neoplasia de colon derecho. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Esp Enferm Dig* 2020; 112:139-143 <https://doi.org/10.17235/reed.2020.5887/2018>.
6. Altemeier WA, Alexander JW. Retroperitoneal abscess. *Arch Surg* 1961; 83:512-524.
7. Fotiadis C, Macheras A, Charalampopoulos A, Karatzas G. Perforated cecal carcinoma presenting as a retroperitoneal abscess. *Ann Gastroenterol* 2004; 17:410-412.