

FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE CON CÁNCER DE RECTO

TTD

Pablo Flores^{1,2} María López-Herrero^{1,2} Rosa María Rodríguez^{1,2} Enrique Aranda^{1,2}
¹Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.
²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).

HURS

IMIBIC

Introducción

El tratamiento del cáncer de recto metastásico debe individualizarse en función de factores propios del tumor (como la reseccabilidad potencial o el perfil molecular) y del paciente; atendiendo fundamentalmente a la situación funcional, comorbilidad, preferencias y toxicidad de fármacos

En cáncer de recto RAS mutado irresecable sin contraindicación para antiangiogénicos el tratamiento estándar de 1ª línea es habitualmente FOLFOX-Bevacizumab.

A continuación, presentamos el caso de un paciente intervenido de cáncer recto con progresión pulmonar irresecable que presentó una complicación intercurrente muy grave durante el tratamiento de primera línea precisando un abordaje adaptado.

Descripción del caso

Paciente de 64 años sin antecedentes relevantes.

En **mayo de 2016** se diagnostica de adenocarcinoma ulcerado GH II de recto medio-superior rT3N1cM0 estadio IIIB.

- Recibe neoadyuvancia con quimiorradioterapia concomitante (Capecitabina 825mg/m²/12h + 50,8Gy).

- Intervenido mediante resección anterior baja (RAB) de recto con resultado anatomopatológico (AP) de adenocarcinoma ypT3ypN1b(2/16)M0, Estadio IIIB, con invasión linfovascular y perineural, RO y grado 3 de regresión tumoral.

- Posteriormente, recibe XELOX adyuvante (6 ciclos) precisando reducción de dosis de oxaliplatino por toxicidad neurológica(TN) y hematológica grado 2.

En **noviembre 2017**, tras intervalo libre de enfermedad (ILE) de 14 meses, progresión pulmonar (1 nódulo). En subcomisión de tumores digestivos se decide resección diagnóstico-terapéutica (AP: metástasis de origen colorrectal).

En TAC postquirúrgico, nueva progresión pulmonar. Ante perfil molecular KRAS wild type (WT), NRAS mutado codón 12, BRAF WT y MSS inicia 1ª línea con FOLFOX- Bevacizumab dada la ausencia de neuropatía residual.

En **julio 2018** tras cuatro ciclos ingreso hospitalario por dolor glúteo izquierdo y fiebre sugestivos de celulitis.

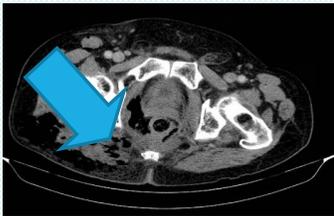


Figura A

Exploración Física

ECOG 1. SatO2 97% basal TA 98/66mmHg FC 89lpm.
Eritema e induración extensa en glúteo derecho sin lesiones adyacentes.

Pruebas Complementarias

*Analítica: Hb 10g/dl, PCR 300,6mg/l y Procalcitonina 1,15ng/ml
*TC abdomen-pelvis (21/07/18): Fascitis necrotizante en miembro inferior derecho secundaria a dehiscencia de suturas de recto(Figura A).

Tratamiento y Evolución

A las 48 horas evolución tórpida con inestabilidad hemodinámica que requiere manejo intensivo e intervención urgente el 21/07/18 mediante fasciectomía, drenaje y desbridamiento de región glútea y miembro inferior derecho

Permaneció 40 días en Cuidados Intensivos con antibioterapia, precisando múltiples reintervenciones por herida quirúrgica severa(Figura B) además de ileostomía de protección por sospecha de fístula crónica de la anastomosis rectal.

Lenta evolución favorable con secuela de pie equino que mejoró con tratamiento rehabilitador y curas de herida.



Figura B



Figura C

Discusión

La fascitis necrotizante suele presentarse en pacientes con diabetes mellitus, desnutrición, traumatismos e intervenciones quirúrgicas(3). La literatura también describe casos en pacientes con antiangiogénicos sin factores de riesgo(4)(5)

Como efectos secundarios graves e infrecuentes Bevacizumab puede ocasionar perforaciones gastrointestinales y fístulas (2,7%). Por otra parte, son frecuentes las colecciones postquirúrgicas tras RAB y sabemos que la quimioterapia incrementa el riesgo de infección pudiendo contribuir al desarrollo de fascitis en nuestro caso.

La posibilidad de graves complicaciones derivadas del tratamiento oncológico específico requiere una rápida actuación a veces no contemplada en pacientes con enfermedad avanzada.

Nuestro paciente actualmente continúa en tratamiento activo, con EE, oligometastásico pulmonar y buena calidad de vida. La actuación multidisciplinar (figuraC) combinando terapias locales y sistémicas, están condicionando una supervivencia global de más de 4 años desde el diagnóstico de enfermedad avanzada en un paciente vulnerable por secuelas de una entidad con alta mortalidad esperable.