

CASO CLÍNICO. ABSCESO TROCANTÉREO DE CADERA SECUNDARIO A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Ramayo Díaz N, Verdejo González A, Achaerandio de Nova A, Ruiz Picazo D, Martínez Arnaiz J
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

OBJETIVOS: Plantear la revisión de un caso clínico presentado en nuestro centro. Se describe el proceso diagnóstico en el que se asocia una infección de partes blandas peritrocantérica y una enfermedad inflamatoria intestinal, siendo esto poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 50 años con antecedentes quirúrgicos de salpinguectomía bilateral hacía 10 años y síndrome adherencial que requirió intervención quirúrgica. Tras esto, presentó varios episodios de diarrea autolimitados sin causa filiada.

Tras infiltración analgésica de trocánter derecho presentó infección de partes blandas que requirió dos limpiezas quirúrgicas y cierre diferido de la herida a los 15 días junto con tratamiento antibiótico. Inicialmente en los cultivos se obtuvieron Escherichia coli y Bacteroides fragilis. (Imagen 1)

A los dos meses la paciente reingresó por reaparición de clínica infecciosa en cadera derecha realizándose varias limpiezas quirúrgicas a lo largo de un mes. En esta ocasión, en los cultivos crecieron Enterococcus faecium, Klebsiella pneumoniae, Citrobacter freundii, Morganella morganii y Escherichia coli. (Imagen 2)

Se realizó tratamiento antibiótico intravenoso y oral con Cotrimoxazol durante tres meses en total. Se realizó cierre de la herida diferido con ayuda de un dispositivo VAC (cierre asistido por vacío). Tras un mes de mejoría clínica la paciente acudió por reaparición de clínica infecciosa. (Imagen 3)



Imagen 1. Primera limpieza quirúrgica el día 20/07/2022



Imagen 2. Limpieza quirúrgica el día 26/08/2022



Imagen 3. Situación de la herida quirúrgica el día 13/02/2023

Tras un nuevo lavado quirúrgico se realizó una RMN pélvica en la que se observaba una colección intraabdominal con gas que comunicaba mediante un trayecto fistuloso por la escotadura ciática con las partes blandas peritrocantéreas de cadera derecha, además se observa engrosamiento de asa intestinal compatible con cambios inflamatorios. (Imagen 4 y 5)

RESULTADOS:

Dado el resultado de la RMN junto con los microorganismos filiados, muchos de ellos enterobacterias; se realizó una laparotomía exploratoria por parte de cirugía general en la que se resecaron asas intestinales. En el estudio anatómico-patológico de la pieza se diagnosticó de Enfermedad de Crohn.

Tras introducir tratamiento médico para la Enfermedad de Crohn la paciente ha ido mejorando clínicamente sin volver a presentar clínica infecciosa en la cadera derecha.

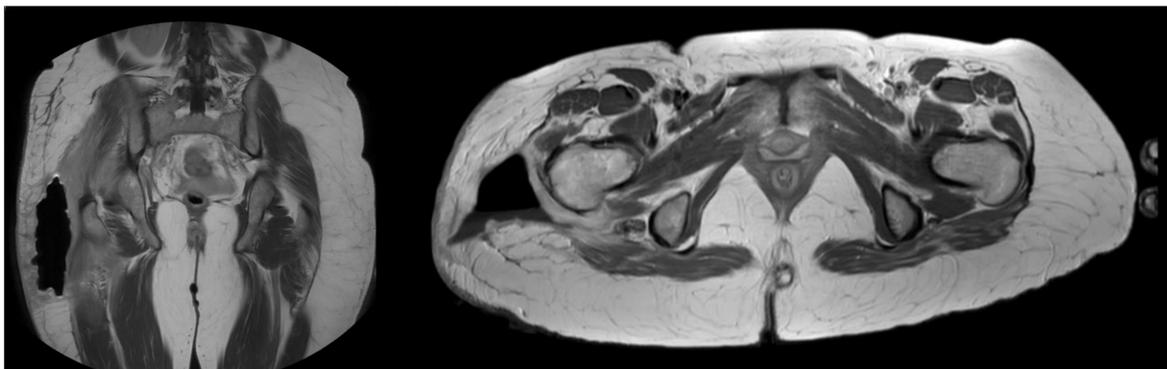


Imagen 4. Secuencias en T1 de RM realizada el 17/02/2023

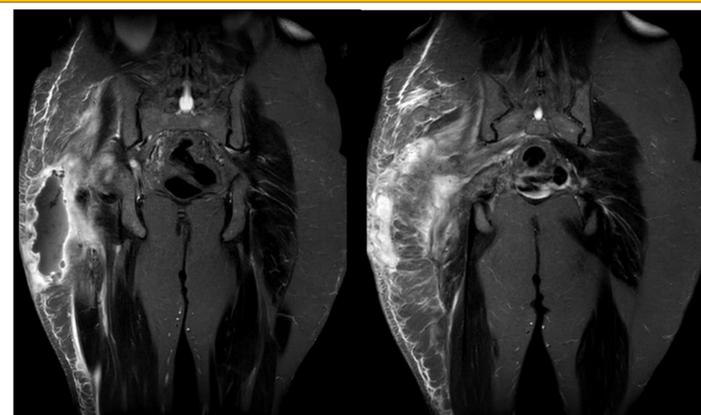


Imagen 5. Secuencias en T2 de RM realizada el 17/02/2023

CONCLUSIONES:

Ante evoluciones tórpidas de una infección hay que ampliar el diagnóstico diferencial buscando el foco infeccioso. La filiación microbiológica puede ayudar a orientar el foco infeccioso siguiendo orígenes de dichos microorganismos.