



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL SECUNDARIO A
MICROFÍSTULA TUMORAL DE COLON SIGMOIDES.
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: SOFIA PATRICIA MORA CHICA

DIRECTOR: DR. CARLOS ENRIQUE FLORES MONTESINOS

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL SECUNDARIO A
MICROFÍSTULA TUMORAL DE COLON SIGMOIDES.
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: SOFIA PATRICIA MORA CHICA

DIRECTOR: DR. CARLOS FLORES

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Sofía Patricia Mora Chica portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104930680**. Declaro ser el autor de la obra: "**Sepsis de foco abdominal secundario a microfistula tumoral de colon sigmoides**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **08 de agosto de 2023**

F: 
Sofía Patricia Mora Chica
C.I. 0104930680

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "sepsis de foco abdominal secundario a microfistula tumoral de colon sigmoides. Reporte de caso" realizado por **Mora Chica, Sofia Patricia** con documento de identidad No. **0104930680**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 08 de agosto de 2023

F: 
Dr. Carlos Enrique Flores Montesinos
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A mis padres por los días fáciles y sobretodo difíciles que la carrera me dio.

A mis hermanos Isaac, Nicolás y Sebastián por siempre estar y ser el apoyo de todos los días

A mis tíos Diego, Paola y Priscila por ayudarme a seguir siempre.

A mi abuelita siempre ser quien más creyó en mí.

A Miguel por el apoyo, el amor y la paciencia dada día con día en toda la carrera.

Todo es por y para ustedes.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por nunca dejar que me rinda y darme las ganas de continuar. Sobretudo agradezco a mis amigas Coraima, Karol, Daniela, Evelyn, Micaela y Naty por ser quienes hicieron todo este camino un poco más fácil, pero sobretudo ayudarme en los momentos difíciles familiares.

A Miguel por estar desde el primer día para darme el aliento de seguir siempre con su apoyo y amor, por ser mi ejemplo a seguir y motor de cada día con su amor incondicional.

Agradezco a mi tío, Diego, por creer en mí, ayudarme a seguir y hacer que pueda lograr mis sueños sin dudar de que lo podía lograr.

Sofía Mora

RESUMEN

Antecedentes: la sepsis es una prioridad mundial, que afecta a todo grupo etario y raza por lo que es importante conocerla con detalle para reducir incidencia y mortalidad, cabe mencionar que los pacientes con más riesgo son los oncológicos por su inmunosupresión, la misma que en pacientes con tumores sólidos se da por efecto secundario del tratamiento quimioterápico y en neoplasias hematológicas se da por el curso natural de la enfermedad.

Descripción del caso: paciente femenino de 51 años, mestiza, presenta infecciones de vías urinarias a repetición, siendo resistente al tratamiento, refiere dolor tipo punzante que se irradia desde la vagina hacia ombligo cuando la vejiga se distiende, por lo que acude al servicio de urología, donde realizan exámenes de imagen evidenciando masa en colon sigmoideas, por lo que se solicita una colonoscopia más biopsia, dando como resultado adenocarcinoma moderadamente diferenciado con infiltración a vejiga y pared abdominal, con clasificación T4BN1M0. Días después y sin tratamiento neoadyuvante, la paciente presenta dolor y eritema en hipogastrio, fiebre, taquicardia e hipotensión, es ingresada para su manejo, donde se concluye una sepsis a causa de microfístulas producidas por un tumor sólido.

Conclusión: La sepsis de foco abdominal secundario a microfístula tumoral, se puede desarrollar de una forma no convencional, siendo comprobada el origen en histopatología donde es reportado microfístulas del tumor a la pared abdominal. Por la susceptibilidad de los pacientes oncológicos se debe tener cuidado al realizar intervenciones puesto que por su patología de base pueden desarrollar sepsis de formas no convencionales.

Palabras Clave: Cáncer, Cirugía, Colon, Fístula, Sepsis.

ABSTRACT

Background: Sepsis is a worldwide priority, affecting all age groups and races, so it is important to know it accurately to reduce incidence and mortality. It is worth noting that oncology patients are at higher risk due to their immunosuppression caused by the side effect of chemotherapy in solid tumors and as the natural course of the disease in hematologic neoplasms.

Case description: A fifty-one-year-old female patient of mixed race has recurrent urinary tract infections and is refractory to treatment. She complains of stabbing pain radiating from the vagina to the umbilicus when the bladder is distended and therefore visits the urology department. An imaging study revealed a mass in the sigmoid colon, prompting a colonoscopy and biopsy request, which revealed moderately differentiated adenocarcinoma with infiltration of the bladder and abdominal wall, with a classification of T4BN1M0. Days later and without neoadjuvant treatment, the patient presented pain and erythema in the hypogastrium, fever, tachycardia, and hypotension, and was admitted for supervision, where it was concluded that by micro-fistulas produced by a solid tumor caused sepsis.

Conclusion: Sepsis of an abdominal focus secondary to tumor micro-fistula may develop unconventionally, with evidence of origin in histopathology, where micro-fistulas from the tumor to the abdominal wall have been reported. Because of the susceptibility of oncologic patients, caution should be exercised when performing procedures, as they can develop sepsis unconventionally due to their underlying pathology.

Keywords: Cancer, Surgery, Colon, Fistula, Sepsis.

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
REPORTE DEL CASO	10
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	17
CONFLICTO DE INTERESES	17
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS	20

INTRODUCCIÓN

La sepsis se define como una disfunción orgánica que puede llegar a ser mortal si no se diagnóstica y trata a tiempo, debido a una respuesta desregulada del huésped a una infección grave¹, como consecuencia del aumento de la inflamación y la inmunosupresión². Un factor importante para el desarrollo de sepsis es contar con una puerta de entrada, la cual es el lugar por donde ingresan las bacterias para iniciar el proceso de infección².

Por otro lado, el cáncer es el resultado de la mutación de una célula y su división descontrolada, llegando a la formación de tumores, cuando este no es detectado a tiempo las células malignas inician un proceso de desregulación y proliferación anormal³.

Un metaanálisis publicado en el año 2020 concluyó la incidencia y letalidad de la sepsis a nivel mundial estimada de 189 casos por cada 100.000 personas, y una tasa de mortalidad hospitalaria del 26,7%, por otro lado la incidencia de sepsis en UCI es de 65 por 100.000 personas al año y la mortalidad de está es del 41,9%⁴.

La población con más riesgo para desarrollar esta patología tan incidente son los inmunocomprometidos, siendo estos los pacientes con cáncer y VIH los más frecuentes⁵, siendo los pacientes oncológicos los que presentan un riesgo de 10 veces más que la población general para desarrollar sepsis durante la patología neoplásica⁶. Se reporta que el 34,75% de los pacientes con neoplasia de tumor sólido en tratamiento coadyuvante pueden desarrollar sepsis⁷. Pero se ha demostrado que los pacientes oncológicos, con más riesgo, de sufrir sepsis por el curso normal de su enfermedad son los de cáncer hematológico, con la principal siendo la leucemia aguda⁵.

En cuanto al diagnóstico de esta patología se necesita la clínica del paciente (presentación de SRIS positivo, presencia de edema, eritema y calor en la zona afectada)⁸, para completar el diagnóstico se requiere pruebas tanto de laboratorio como hemograma y cultivos que corroboren la infección, los exámenes de imagen se solicitan con el fin de observar la profundidad y lugar donde se encuentra el absceso producido⁹. El tratamiento debe ser manejado según etiología, fisiopatología y sintomatología del paciente, esto debido a que en cada paciente será diferente, sobretodo en pacientes oncológicos, ya que se deberá tener consideración de su patología de base para establecer un correcto tratamiento¹⁰.

El tratamiento principal cuando de sepsis de origen bacteriano es la utilización de antibiótico¹¹. Los antimicrobianos más usados en sepsis son piperacilina más tazobactam por tener efectos contra bacterias grampositivos, gramnegativos y anaerobios lo que cubre la gran mayoría de bacterias, sin embargo, antes de utilizarlos se debe realizar pruebas de función renal esto para realizar un ajuste de dosis de ser necesario y con el resultado de cultivos al establecer el diagnóstico etiológico podemos utilizar el antibiótico adecuado para cada caso².

REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 51 años, mestiza, casada, instrucción secundaria, ocupación ama de casa, diagnosticada de microadenoma hipofisiario hace 20 años sin tratamiento, como antecedentes quirúrgicos apendicectomía y laparotomía exploratoria hace 8 años, cirugía por fractura de tibia-peroné hace 4 años; como antecedentes familiares abuelo materno con diagnóstico de cáncer gástrico.

Paciente acude a consulta externa de urología, presentando un cuadro repetitivo en el último año de infección de vías urinarias acompañado de disuria, polaquiuria, tenesmo vesical e incontinencia de medianos esfuerzos. Al examen físico se observa obesidad grado I con índice de masa corporal (IMC) de 33,7 kg/m², se palpa masa fija de 12 cm a nivel de fosa iliaca y flanco izquierdo, doloroso a la palpación, se le solicita examen elemental de orina, cultivo, ecografía abdomino pélvica.

Los resultados microscópicos de orina muestran leucocitos abundantes y bacterias +, en la ecografía se observa vejiga con 362 ml capacidad y 131 ml de residuo, presencia de uraco con masa hipoecoica vascularizada al Doppler (6cm x 2 cm) por lo que se solicita una TAC simple y contrastada, misma que reporta engrosamiento tumoral estenosante del sigmoides en relación a neoplasia primaria, con infiltración loco regional a uraco, pared vesical y adenopatías regionales. (figura 1).

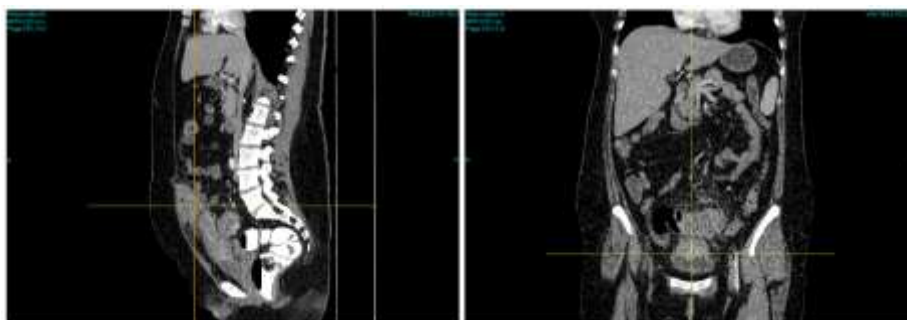


Figura 1: TAC abdominopélvica: Presencia de neoplasia en colon descendente y sigmoides de aproximadamente 78x56 mm, presenta compromiso con pared abdominal y vejiga, se asocia ganglios loco regionales, con cambios inflamatorios de la grasa mesentérica

La paciente acude al servicio de coloproctología, donde se le realizó una colonoscopia (figura 2) donde se observa lesión tumoral concéntrica que obstruye 75-80% de la luz colónica, ulcerada, de aproximadamente 7 cm de longitud con pérdida del patrón glandular, del cual se obtienen muestras de biopsias para estudio histopatológico.

Enviando a la paciente a casa con indicaciones de dieta líquida por riesgo a obstrucción total en colon, y próxima cita para revisión de resultados histopatológico.

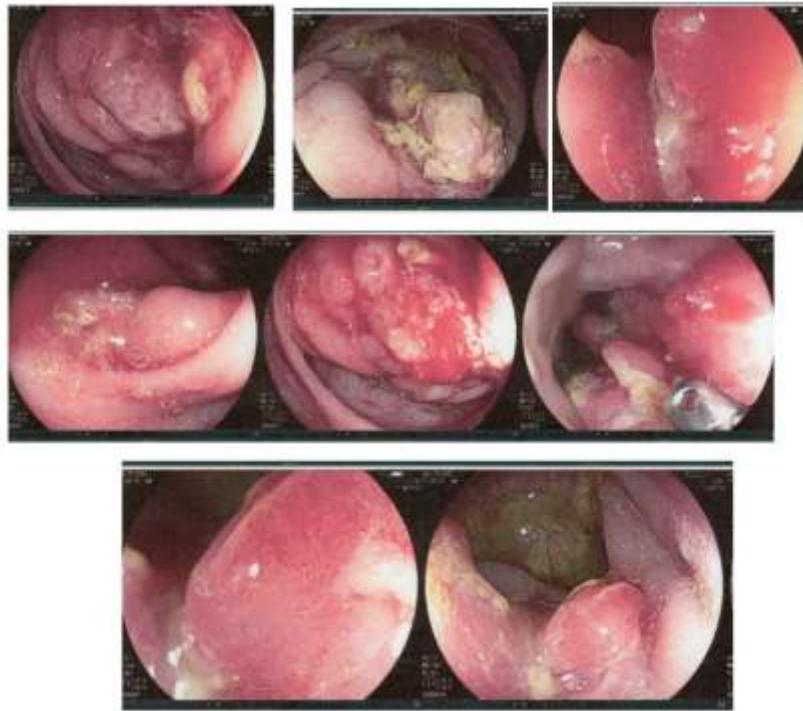


Figura 2: Colonoscopia

Al examen histopatológico se obtiene el resultado de “Adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado” (figura 3a). Se solicita cistoscopia para mejor conocimiento del estado vesical, durante el procedimiento urológico se evidencia infiltración del tumor maligno ubicado en la cúpula vesical de 4 a 6 cm aproximadamente, se toma muestra para biopsia que reporta “adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado grado 2, hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con primario de tracto gastrointestinal” (Figura 3b) corroborando que es una infiltración del tumor primario, por lo que se envía con indicaciones de utilización de sonda Foley hasta cirugía. Por examen elemental y microscópico de orina se envía con tratamiento ambulatorio con cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.

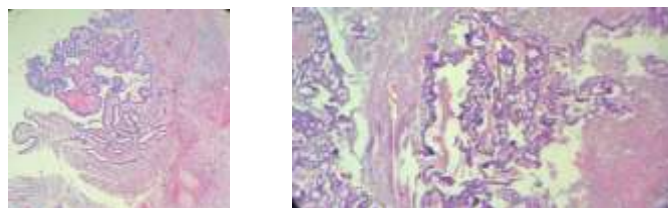


Figura 3a: Estudio histopatológico de la lesión tumoral encontrada en colon *Figura 3b: Estudio histopatológico de lesión tumoral vesical*

Días posteriores a la realización de cistoscopia acude nuevamente por el área de emergencia por dolor abdominal en hipogastrio y alza térmica, constatándose por signos vitales: fiebre de 38,8°C, frecuencia cardiaca 122 latidos por minuto (lpm) y frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto (rpm), complementando con exámenes de laboratorio se obtiene los nuevos diagnósticos de infección de vías urinarias bajas (examen elemental y microscópico de orina se observa 3 cruces de bacterias, y en exáman de sangres se evidencia leucocitosis (leucocitos 18080 mm³)), insuficiencia renal aguda (Urea 41 mg/dl se encuentra elevada y depuración de creatinina de 15 ml/min) hiponatremia moderada asintomática (sodio 129 mEq/l) y anemia (hemoglobina 8,8 g/l). Por lo que, para tratamiento, se realiza transfusión de 1 concentrado de glóbulos rojos como tratamiento de anemia, inicio de tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam 4,5 gr en 100 cc de solución salina más metronidazol 500 mg vía intravenosa cada 8 horas.

A la revisión del 2 día de ingreso a piso la paciente presenta hipotensión, taquicardia y oliguria, refiere también dolor y eritema de hipogastrio, por lo que se solicitan hemocultivos por sospecha de sepsis y se le deriva a UCI para su tratamiento.

Posteriormente el resultado de hemocultivo fue negativo, pero urocultivo positivo con presencia de *Escherichia coli*. Se realizo TAC abdomino pélvica evidenciándose signos de celulitis, al examen físico se evidencia hipotensión arterial (97/48 mmHg) y taquicardia, al examen físico mucosa oral seca, ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos (110 lpm), abdomen distendido doloroso a la palpación en hipocondrio derecho e izquierdo, eritema y edema en hipogastrio y mesogastrio con sensibilidad aumentada, ruidos hidroaéreos intestinales disminuidos. Por lo que se realiza el diagnóstico de sepsis abdominal de origen en tejidos blandos y vías urinarias, para su tratamiento se coloca cristaloides, cambiando el antibiótico ajustado a función renal (meropenem 1 gr diluido en 100 cc de solución salina al 0,9% más linezolid 600 mg intravenosa cada 12 horas), profilaxis antitrombótica (enoxaparina 40 mg día) y analgesia (tramal 50 mg diluidos en 100 cc de solución salina al 0,9%).

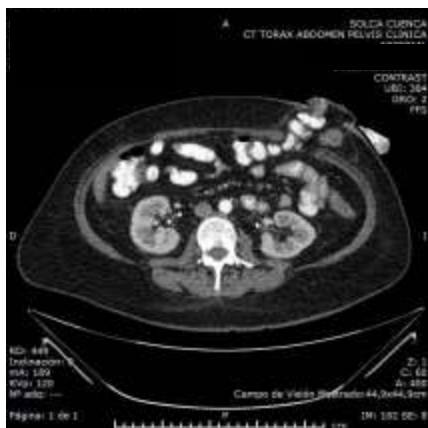


Figura 4: TAC con contraste de la paciente, después de cirugía de drenaje de absceso y colostomía

Después de 3 días de estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI) la paciente es estabilizada, sin embargo, no se encontraba con alimentación adecuada lo que empeoraba el cuadro de la paciente, además de presentar absceso intraabdominal, por lo que fue valorada por cirugía, los cuales la intervinieron en un procedimiento quirúrgico para fasciotomía abdominal además la realización de colostomía en asa nivel de colón transverso a 10cm anteriores al tumor. En cirugía se evidenció comunicación o fístula del tejido celular subcutáneo con la cavidad abdominal (Figura 4).

En el cultivo realizado de la colección obtenida en la cirugía se reportó positivo para *Escherichia coli* y *Candida albicans* por lo que se continúa con el tratamiento antibiótico con meropenem 1 gr diluido en 100 cc de solución salina al 0,9% .

En el postoperatorio presenta inestabilidad hemodinámica con apoyo de vasopresores (norepinefrina 8ml/hora), más salida de líquido purulento por drenes abdominales. Tras 3 día de hospitalización en UCI la paciente pasa a cuidados generales por encontrarse hemodinamicamente estable sin apoyo de vasopresores, con tratamiento antibiótico a base de meropenem y linezolid en el día 5, e infusión de furosemida (100 mg).

Tras 2 semanas en hospitalización la paciente presenta evolución favorable, con diagnóstico actual de adenocarcinoma de colon locorregionalmente avanzado que se estadifica como T4N1M0, y se inicia tratamiento quimioterápico neoadyuvante esquema FOLFOX (5-fluorouracilo y oxaliplatino) que contiene ácido folínico, fluorouracilo y oxaliplatino y el otro quimioterápico FOLFIRI (Irinotecán) que contienen ácido folínico, fluorouracilo y clorhidrato de irinotecán se programa 3 ciclos para posterior valoración quirúrgica para resección de tumoral, se da de alta a la paciente para recibir quimioterapia ambulatoria y con indicaciones de mantener drenes abdominales para su seguimiento.

Se continúa con tratamiento con quimioterapia, sin embargo, la paciente presentaba infecciones en vías urinarias y salida de líquido seroso-purulento de los drenes, por lo que se inicia tratamiento con cefuroxima 750 mg cada 8 horas. Después del término de antibiótico se retira los drenes abdominales por muy poca cantidad de drenado.

Al término de 3 ciclos de quimioterapia con FOLFOX-FOLFIRI, se inicia planificación para cirugía de resección tumoral. Al día de la cirugía la paciente inicia con síntomas de alza termina, decaimiento y astenia, al examen físico se observa absceso abdominal, sin embargo, se continúa con proceso quirúrgico.

En cirugía se encuentra tumor de aproximadamente 20 cm a nivel de colon sigmoidees y recto superior que infiltra músculos de la pared abdominal (rectos y oblicuos), aponeurosis, piel infraumbilical y cúpula vesical. Por lo que se realiza resección anterior baja más resección parcial de pared abdominal con plastia y cistectomía parcial (70%) con reconstrucción del tránsito intestinal. Se envía la resección tumoral a patología para su estudio histopatológico donde se concluye con adenocarcinoma moderadamente diferenciado grado 2 con infiltración a cúpula vesical y aponeurosis de pared abdominal, en el estudio histopatológico de la resección de pared abdominal se pudo evidenciar presencia de células neoplásicas, trayecto fistuloso con zonas de infiltrado inflamatorio crónico de tipo linfoplasmocitario (figura 5).

Actualmente la paciente se encuentra recibiendo tratamiento con quimioterapia coadyuvante, con favorable y gran mejoría.

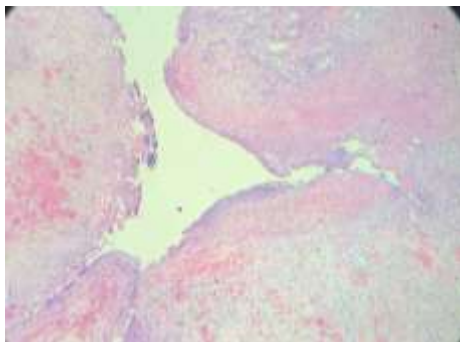


Figura 5a1: Imagen histopatológica tomada de pared abdominal donde se observa tejido

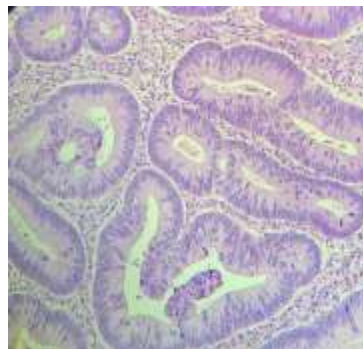


Figura5b: Imagen histopatológica tomada de la muestra tumoral en

DISCUSIÓN

La forma más común de sepsis de tejidos blandos es por un trauma¹⁰, toda la población puede estar en riesgo, ya sea por una lesión cutánea o por un accidente que deje una herida y esta no sea curada o tratada a tiempo⁴, sin embargo, la sepsis puede generarse desde los tejidos internos del cuerpo sin haber sufrido un trauma, como es el caso de una infección gastrointestinal, que se puede dar por consumir alimentos contaminados o en mal estado, de igual forma, si esta no es tratada a tiempo puede generar sepsis, sin embargo, en la segunda, dependerá mucho del sistema y respuesta inmunológica de cada individuo, es por esto que los pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades que comprometan su sistema inmunológico presentan más riesgo de desarrollar una sepsis¹³.

Dentro de las enfermedades que comprometen el sistema inmunológico, ya sea por el curso normal de la enfermedad o por diversos tratamientos, tienen riesgo de desarrollar una infección o sepsis, siendo el cáncer y VIH-SIDA las patologías con mayor riesgo⁵. En el caso de los pacientes oncológicos, son el grupo de más riesgo para desarrollar sepsis, esto porque es una proliferación anormal de células que pueden generar tumores y también diseminarse afectando a la homeostasis del cuerpo³.

Es importante diferenciar entre las neoplasias hematológicas y las de tumor sólido, en el estudio multicéntrico retrospectivo realizado por Vincent F y sus colaboradores, con una muestra de 1053 pacientes buscando la supervivencia hospitalaria en pacientes de cáncer sólido, se evidenció la diferencia en como el cáncer hematológico y el de tumor sólido afectan al sistema inmunológico, siendo la incidencia de neutropenia en neoplasias hematológicas sin tratamiento del 82,4% y en pacientes oncológicos con tumores sólidos del 17,6%, existiendo una clara diferencia en la incidencia de neutropenia por el propio curso de la enfermedad⁶.

En la investigación realizada por Guarana M, se pudo constatar que las neoplasias hematológicas, principalmente la leucemia aguda, mieloma múltiple y linfoma no Hodgkin son las patologías que deprimen el sistema inmunológico como transcurso natural de la enfermedad¹⁴, pero por otro lado en el artículo de Gudiol C y sus colaboradores se vio que en cuanto a las neoplasias de tumor sólido con más incidencia en desarrollar sepsis se encuentra el cáncer gastrointestinal y pulmonar⁵.

En el caso de la paciente presenta un tumor sólido de colon sin tratamiento quimioterápico, que no afectó al sistema inmunológico inicialmente, sin embargo posterior a su tratamiento afectó su sistema inmunológico, concordando con el artículo realizado por Vincent F, en el 2018, en donde menciona que los pacientes con tumores sólidos presentaban inmunodepresión como efecto secundario de su tratamiento con quimioterapia ⁶, los pacientes con neoplasia maligna hematológica lo presentaban sin recibir el tratamiento ⁵; por lo que en este caso, el desarrollo de sepsis no presentó una vía de ingreso, como una herida o trauma.

Contrariamente al artículo realizado en 2020 por Baguena G, titulado “Impact of perioperative transfusions and sepsis on long-term oncologic outcomes after curative colon cancer resection. A retrospective analysis of a prospective database” ¹⁵, dando una comparación con dos variantes en el cáncer de colon, siendo estas las transfusiones y la sepsis intraabdominal después de una cirugía por cáncer de colon, con una muestra de 1686 pacientes de los cuales antes de su cirugía no presentaron sepsis como nuestra paciente, pero de estos el 9,9% presentaron complicaciones de sepsis intrabdominal después de su procedimiento quirúrgico y su tratamiento con quimioterapia¹⁵.

El tratamiento quimioterápico con FOLFOX tiene repercusiones en el sistema inmune, corroborado por un estudio realizado en 2021 sobre cáncer de colon, acerca de sus propiedades biológicas de las células tumorales y la afección al sistema inmunitario, comprobando específicamente que este tipo de quimioterapia afecta a las células inmunitarias en especial los neutrófilos y linfocitos¹⁶. Otro reporte de caso realizado en Argentina reporta acerca de la perforación colónica y sepsis fulminante como presentación de cáncer de colon metastásico, además revisa otra presentación parecida a la de la paciente en este caso, donde la sepsis fue por otra causa diferente a una lesión, siendo esta perforación cecal produciendo una peritonitis secundaria y por consiguiente sepsis, pero difiere el caso de la paciente presentada ya que este estudio ya se encontraba con tratamiento quimioterápico, además de que su cáncer de colon era metástasis y no un tumor primario como en el caso de nuestra paciente¹⁷.

CONCLUSIONES

En conclusión, se describió un caso clínico de sepsis de foco abdominal secundario a microfístula tumoral de colón sigmoides y se describió como se pudo desarrollar esta distinta forma de presentación de sepsis en un paciente oncológico, como mencionamos anteriormente en el caso particular de la paciente en el momento y la forma de desarrollo no es nada común, esto se comprobó en la primera cirugía de fasciotomía ya que no se encontró una fistula que comunique permanentemente la cavidad abdominal con el tejido celular subcutáneo; Y con varios estudios publicados pudimos corroborar nuevamente que la sepsis se puede presentar en cualquier momento pero va a ser más incidente en pacientes oncológicos, por lo que se debe tener mucho cuidado y rigurosidad en este tipo de pacientes al realizar cualquier estudio o intervención puesto que por su patología de base pueden desarrollar sepsis de formas no convencionales.

CONFLICTO DE INTERESES

Se debe detallar si existe algún conflicto de interés por parte de los investigadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caiozzo V, Haddad F, Lee S, Baker M, Burkhardt, Et A. Análisis de Prevalencia de Sepsis utilizando Escalas Pronósticas en Pacientes con Sospecha de Sepsis en el Hospital General Plaza de la Salud en el periodo Enero - Diciembre 2019. *Society*. 2019;2(1):1–19.
2. Laguado M, Amaris A, Vergara A, Vargas J, Rangel J García S, et al. Actualización en sepsis y choque séptico en adultos. *MedUNAB*. 2019;22(2):213–27.
3. Guibert L, Quiroga L, Estrada Y, Maestre O, Guilarte G. Characterization of patients with colon cancer. *Rev Arch Médico Camagüey*. 2018;22(3):324–35.
4. Fleischmann-Struzek C, Mellhammar L, Rose N, Cassini A, Rudd K, Schlattmann P, et al. Incidence and mortality of hospital- and ICU-treated sepsis: results from an updated and expanded systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2020;46(8):1552–62.
5. Gudiol C, Albasanz-Puig A, Cuervo G, Carratalà J. Understanding and Managing Sepsis in Patients With Cancer in the Era of Antimicrobial Resistance. *Front Med*. 2021;8: 636-51.
6. Vincent F, Soares M, Mokart D, Lemiale V, Bruneel F, Boubaya M, et al. In-hospital and day-120 survival of critically ill solid cancer patients after discharge of the intensive care units: results of a retrospective multicenter study—A Groupe de recherche respiratoire en réanimation en Onco-Hématologie (Grrr-OH) study. *Ann Intensive Care*. 2018;8(1).
7. Carvajal M, Caballero A. Sepsis en pacientes con tumores sólidos en quimioterapia. *Cienc y Salud*. 2020;4(3):53–61.
8. ChávezM, del Cristo A, Tascón A. Características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de sepsis y choque séptico en un hospital de la ciudad de Cali, Colombia. *Acta Med Costarric*. 2018;60(4):150–6.
9. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*. 2021;47(11):1181–247.

10. Avilés M, Figueira J, Agrifoglio A, Sánchez M. Bacteriemia, sepsis y shock séptico. *Medicine*. 2018;12(52):3066–75.
11. Ramos E, Cevallos C, Herdoíza A, Gabela M, Ruiz J, Betancourt L. Perfil demográfico y epidemiológico de la sepsis en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. *Cambios rev méd*. 2018;17(1):36–41.
12. Singer M, Deutschman C, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801–10.
13. Yang Y, Dong J, Li Y, Chen R, Tian X, Wang H, et al. Development and validation of a nomogram for predicting the prognosis in cancer patients with sepsis. *Cancer Med*. 2022;11(12):2345–55.
14. Guarana M, Nucci M, Nouér S. Shock and Early Death in Hematologic Patients with Febrile Neutropenia. *Antimicrob Agents Chemother*. 2019; 63(11):1250-19.
15. Baguena G, Pellino G, Frasson M, Escrig J, Marinello F, Espí A, et al. Impact of perioperative transfusions and sepsis on long-term oncologic outcomes after curative colon cancer resection. A retrospective analysis of a prospective database. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;43(2):63–72.
16. Murray N, Villalon R, Hartmann D, Rodriguez P, Aedo S. Improvement in the Neutrophil-Lymphocyte Ratio after Combined Fluorouracil, Leucovorina and Oxaliplatino based (FOLFOX) Chemotherapy for Stage III Colon Cancer is Associated with Improved Minimal Residual Disease and Outcome. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2022;23(2):591–9.
17. Nicolas M, Huaier-Arriazu E, Perez K, Gonzalez E. Colonic perforation and sepsis associated with *Clostridium septicum* as clinical presentation of colon cancer. *Rev Chil Infectol*. 2022;39(3):354–6.

ANEXOS



Se deberán firmar dos juegos originales del presente documento: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

HOJA INFORMATIVA PARA EL/LA PACIENTE

TÍTULO DE LA PUBLICACION CIENTÍFICA:

"SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL SECUNDARIO A MICROFÍSTULA TUMORAL DE COLÓN SIGMOIDES. REPORTE DE CASO"

INVESTIGADORES: Sofía Mora, Dr. Carlos Flores, Dr. Byron Álvarez

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de **pedir su autorización** para recoger datos sobre el problema de salud de sepsis de foco abdominal por el que, fue tratada/o en este centro.

Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del profesional que solicita su consentimiento, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no.

Su decisión es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. y sus familiares tienen derecho.

¿Cuál es el propósito de esta petición?

Nuestro interés es exponer SU problema de salud como **"caso clínico"** a la comunidad científica, con la finalidad de dar a conocer a otros profesionales cómo ha sido tratada y cómo ha evolucionado. Esta información podría ser de utilidad en el futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

¿Qué me están solicitando?

Usted fue atendida/o en la sociedad de lucha contra el cáncer "SOLCA" por presentar una enfermedad de sepsis de foco abdominal secundario a microfistula tumoral de colón sigmoides.

Si firma este documento, nos autoriza para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que se describe.

Entre la información que queremos recoger, es necesario antecedentes patológicos personales, evolución intrahospitalaria pre y postquirúrgica. La publicación científica puede ser de varios tipos, por ejemplo: una conferencia, una comunicación a un congreso, un artículo en una revista científica o incluso una actividad docente.

Se deberán firmar dos juegos originales del presente documento: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

¿Obtendré algún beneficio o inconveniente?

No se espera que Usted ni sus familiares obtengan beneficio, ni se expongan a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

¿Se publicarán los datos del caso clínico?

Sí, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud. Ha de saber que algunas de estas publicaciones pueden ser de acceso libre en internet, por lo que también pueden ser leídas por muchas otras personas ajenas al mundo sanitario. No se transmitirá ningún dato de carácter personal, tal como se describe en el punto siguiente. Si es de su interés, se le podrá facilitar la publicación realizada.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos de identificación personal, que se recogerán **anonimizados**, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni cédula de identidad, pasaporte, ni número de historia clínica, ni código de identificación personal contenido en su carnet de salud.

Vamos a utilizar datos de su historia clínica. Los profesionales autores de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de los datos de salud.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

Si tiene alguna duda puede contactar con: Sofia Mora

Teléfono: 0998487844 Correo-electrónico:
sofia.mora@est.ucacue.edu.ec

Muchas gracias por su colaboración

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PACIENTE / POR REPRESENTANTE LEGAL
PARA REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y PUBLICACIÓN CIENTÍFICA**

TÍTULO: "SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL SECUNDARIO A MICROFÍSTULA TUMORAL DE COLÓN SIGMOIDES. REPORTE DE CASO"

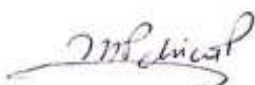
Yo: Miriam Patricia Chica Patiño, con cédula de identidad: 0102535150. Leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen mis datos personales de historia clínica en las condiciones que se describen.

Se incluye fotografías de radiografías y tomografías computarizadas sin nombres del encabezado.


- Deseo se me permita ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación científica resguardando la confidencialidad de mis datos personales
- Deseo conocer el documento científico una vez que se haya publicado.

Firma.: El/ la representante legal

Firma.: Investigador/a que solicita el consentimiento



Nombre y apellidos: Patricia Chica



Nombre y apellidos: Sofia Patricia Mora Chica

C.C. 0102535150

C.C. 0104930680

Fecha: 24 de octubre de 2022

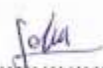
Fecha: 24 de octubre de 2022

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Sofia Patricia Mora Chica portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104930680**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**Sepsis de foco abdominal secundario a microfistula tumoral de colon sigmoides**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **08 de agosto de 2023**

F:


Sofia Patricia Mora Chica
C.I. **0104930680**