



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-373 - DOCTOR " TENGO UNA HERIDA DOLOROSA QUE NO CURA DESDE HACE TRES DÍAS"

Nicolás López, Tatiana; Febrero, Beatriz; Alconchel Gago, Felipe; Gómez Bosch, Francisco; Soriano Palao, María Teresa; Tomás Amérigo, José Ángel; Fernández Pascual, Clemente; Rodrigues Silva, Kamila

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante constituye una patología poco frecuente, rápidamente progresiva y de difícil diagnóstico en estadios iniciales. Se trata de una infección grave, causada por gérmenes anaerobios, principalmente, que afecta a la piel y los tejidos blandos, acompañándose de elevada toxicidad sistémica y mortalidad. Entre los factores de riesgo de padecer esta entidad se incluyen traumatismos, infecciones de heridas, inmunosupresión, diabetes... Debido al creciente número de incidencias en nuestra región, se expone este caso como revisión del tratamiento.

Caso clínico: Paciente varón de 68 años diabético y dislipémico, que acude a urgencias por dolor costal izquierdo y dificultad respiratoria. Refiere que un día antes de acudir a urgencias descubrió de forma casual una pequeña lesión en tórax, enrojecida con que a la mañana siguiente había aumentado rápidamente de tamaño. Se halla TA: 47/62, T^a 38,5 °C y un área de sufrimiento cutáneo, con presencia de epidermolisis, equimosis y flictenas que se extendía por pared lateral, flanco y EIAS izquierdas. El TAC: informa de extensa alteración del tejido celular subcutáneo y de los planos grasos interfasciales e intermusculares de todo el hemitórax izquierdo, con extensión a la línea media anterior y posterior, así como a la pared abdominal izquierda hasta la FII. Hallazgos descritos sugestivos de fascitis necrotizante. Se decide intervención quirúrgica urgente, realizando desbridamiento amplio hasta tejido sano. El estudio anatomopatológico de las piezas quirúrgicas confirmó el diagnóstico de fascitis necrotizante. El cultivo microbiológico del exudado de la herida y el hemocultivo informaba de infección por *Streptococcus pyogenes*. El paciente permaneció en la UCI durante 2 meses y 5 días por fallo multiorgánico, siendo alta domiciliaria a los 3 meses y 1 día. Como secuelas presenta disminución parcial de la abducción del brazo izquierdo. En la figura se observa la evolución hasta la recuperación total. Fascitis necrotizante al diagnóstico. Friedrich amplio hasta tejido sano vascularizado. 1º tiempo: cobertura con ILPP mallados 1:3-1:5. Aplicación de injertos de piel de donante cadáver sobre los injertos autólogos según la técnica sándwich. 2º tiempo: terapia de vacío VAC. 3º tiempo: se completa la cobertura con ILPP autólogos. La FN es una enfermedad con una alta mortalidad (20-50%). Se requiere un diagnóstico precoz, y una vez sea sospechado es mandatorio la antibioticoterapia de amplio espectro (aminopenicilina ± sulbactam en combinación con clindamicina y/o metronidazol) y un desbridamiento quirúrgico radical para disminuir la mortalidad. Es requerido el ingreso en una unidad de cuidados intensivos para optimizar la terapia de reemplazo renal, terapia de ventilación y manejo de la coagulación. Las curas deben ser cada 4/6 horas durante los 3 primeros días e ir espaciándolas cada 24/36 horas. Se recomienda el uso de bisturí frío con hoja nº 22, y la irrigación continua con prontosan®. En las situaciones con gran pérdida de sustancia será necesario el uso de tejido

autólogo o injerto cadáver.

