



P-166 - FASCITIS NECROTIZANTE POSTHERNIOPLASTIA INGUINAL

B. Laiz Díez, K. Cuiñas León, N. González Alcolea, J.L. Lucena de la Poza, A. García Pavia, F. Martínez Arrieta, D. Chaparro Cabezas, J.G. García Schiever, E. Jiménez Cubedo, J. Serrano González y V. Sánchez Turrión

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Presentación del caso de una paciente operado de una hernia inguinal que sufrió una fascitis necrotizante de la herida quirúrgica en el postoperatorio con desenlace infausto.

Caso clínico: Varón de 69 años con los siguientes antecedentes personales: alérgico a penicilinas, hipertenso, diabético, EPOC, con FA, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis, arteriopatía periférica y obesidad, que es visto en Consultas de Cirugía General por hernia inguinoescrotal de gran tamaño muy sintomática. Se realiza hernioplastia inguinal según técnica de Rutkow-Robbins. El paciente es dado de alta volviendo a Urgencias a los 7 días por dolor abdominal y en área de herida quirúrgica con secreción maloliente, fiebre y malestar general. En la exploración física destaca hematoma periherida e infección de la herida quirúrgica. Se instaura tratamiento antibiótico empírico y se solicita TC abdominal observándose afectación inflamatoria con enfisema desde la región inguinal hasta la bolsa escrotal afectando al tejido celular subcutáneo. Se decide limpieza quirúrgica de la herida. Se realiza desbridamiento de la herida quirúrgica y lavado de la misma. A las 24 horas existe progresión de los signos infecciosos locales y empeoramiento clínico del paciente por lo que se realiza nueva intervención quirúrgica para ampliación del desbridamiento de la pared abdominal. El paciente evoluciona desfavorablemente a pesar del tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos y fallece finalmente debido a fracaso multiorgánico.

Discusión: La fascitis necrotizante es una infección rara de los tejidos blandos que supone una emergencia médica y quirúrgica. Está caracterizada fundamentalmente por su rápido curso evolutivo con inflamación y necrosis desde la fascia hasta la piel. Al principio los signos locales infecciosos son poco llamativos, lo que no concuerda con el intenso dolor que habitualmente manifiesta el paciente. Es importante tener una sospecha clínica para diagnosticarlo en estadio precoz e implantar tratamiento quirúrgico mediante desbridamiento y tratamiento médico de soporte y antibioterapia de amplio espectro en una Unidad de Cuidados Intensivos. Sin embargo, a menudo el diagnóstico precoz es difícil debido a que en estadios precoces de la infección los signos inflamatorios-infecciosos son poco llamativos lo que comporta una elevada mortalidad.