



P-168 - FASCITIS NECROTIZANTE TRAS HERNIA ABDOMINAL TRAUMÁTICA

A. Martínez Pérez, G. Garrigós Ortega, N. Estellés Vidagany, J.A. Díez Ares, E. Martínez López, S.A. Gómez Abril, T. Torres Sánchez, E.M. Martí Martínez y F. Blanes Masson

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: Los traumatismos abdominales cerrados son una entidad potencialmente grave, y pueden producir lesiones en órganos sólidos abdominales (sobretudo bazo, hígado y riñón) y menos frecuentemente en vísceras huecas. Si asocian perforación intestinal, hecho que es menos frecuente, la sepsis originada por la salida de material a la cavidad peritoneal es la causa más frecuente de mortalidad. Las hernias traumáticas de la pared abdominal son una entidad poco usual. Suelen producirse por traumatismos de alta energía. Si los pacientes no presentan complicaciones relacionadas con ella, en los primeros momentos se puede realizar tratamiento conservador, difiriendo la cirugía. La fascitis necrotizante es una entidad muy grave, y puede deberse a traumatismos abdominales cerrados que hayan producido un defecto en la pared abdominal.

Caso clínico: Paciente de 52 años, traído a Urgencias tras accidente de tráfico (moto-coche) presentando masa dolorosa, no reductible en fosa ilíaca derecha. El abdomen era blando y depresible, doloroso de forma difusa a la palpación, y no se apreciaban signos de irritación peritoneal. Se realiza TC toracoabdominal, que muestra hernia traumática abdominal sin signos de complicación ni perforación. No obstante la imagen hace sospechar lesión cubierta de vena cava inferior, por lo que el paciente ingresa en UCI. Tres horas tras ingresar, inicia un deterioro clínico marcado por inestabilidad hemodinámica, por lo que se solicita otro TC que muestra engrosamiento de pared en asa herniada y enfisema subcutáneo. Se interviene de forma urgente, identificando un asa de yeyuno seccionada transversalmente con presencia de material de aspecto intestinal en tejidos blandos (sobretudo) e intraperitoneal. Se realiza anastomosis T-T manual, lavado abundante del abdomen y de la herida, y cierre de la aponeurosis dejando la herida abierta por el elevado riesgo de infección de la misma. Cinco horas tras después el paciente desarrolla nuevo cuadro de inestabilidad hemodinámica. En la herida se evidencia signos de necrosis tisular que se extienden a muslo y tórax. Sospechando el desarrollo de fascitis necrotizante se realizó desbridamiento amplio en quirófano. El postoperatorio fue lento, precisó de intensas maniobras de resucitación y curas repetidas en quirófano. Los grandes defectos cutáneos residuales fueron manejados con injertos. Fue dado de alta tras 52 días de ingreso.

Discusión: En las primeras horas tras traumatismos abdominales cerrados, la prueba diagnóstica de elección en los pacientes estables es el TC, que puede presentar falsos negativos en este periodo para mostrar complicaciones. Por ello, en caso de alta sospecha o alto riesgo de lesión visceral pasadas unas horas con un resultado negativo en la primera prueba, se debe solicitar un nuevo TC. Aun siendo este negativo, si persiste la sospecha la exploración quirúrgica es prácticamente obligatoria. La fascitis necrotizante es una infección potencialmente fatal; las medidas de resucitación, los antibióticos de amplio espectro y sobretudo el rápido desbridamiento quirúrgico son fundamentales para la supervivencia. En la literatura se han descrito casos de desarrollo de fascitis necrotizante tras procedimientos quirúrgicos como hernioplastias umbilicales y

inguinales, sin embargo no hemos encontrado referencias a su aparición como consecuencia de hernias abdominales traumáticas.