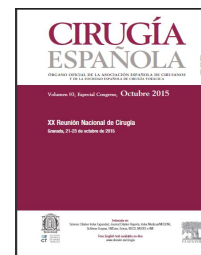




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-432 - INFECCIÓN NECROTIZANTE DE PARTES BLANDAS INGUINO-ESCROTAL, POR CLOSTRIDIUM, TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL ELECTIVA

Moreno Muzas, Celia¹; Utrillas Martínez, Ana C.¹; Yáñez Benítez, Carlos¹; Escribano Pérez, Diana¹; Moreno Olivieri, Alberto¹; Gondra Elguezábal, Amagoia²; Alconchel Montorio, M^a Dolores²; del Val Gil, José M^a¹

¹Hospital General Obispo Polanco, Teruel. ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Presentación de una grave e inusual infección profunda de partes blandas (IGPB) producida tras intervención programada de hernia inguino-escrotal (HIE) en paciente inmunocompetente, y revisión de la literatura publicada. Dentro de las IGPB hay un grupo cuya característica común es la necrosis (INPB). Tienden a extenderse rápidamente causando gran destrucción tisular, SRIS, FMO y muerte del paciente.

Caso clínico: Varón de 77 años, sin factores de riesgo, atendido en nuestro Servicio al 30º día tras cirugía programada por HIE con deslizamiento del colon y apéndice, practicada en otro Centro. Presenta intenso dolor local, taquicardia e hipotensión. Región inguinal y flanco con áreas azuladas, crepitación y edema masivo hasta un voluminoso escroto. Leucocitosis, coagulopatía, acidosis y anuria (shock séptico). TC: afectación inflamatoria extensa en región pélvica e IE, múltiples colecciones hasta 13,5 cm y abundante gas. Sin evidencia de daño intestinal como consecuencia de la reparación herniaria. Se realiza intervención inmediata encontrando necrosis tisular, infiltración gaseosa y abundante líquido grisáceo maloliente, ausencia de pus. Se practica exéresis amplia incluyendo fascia, escroto, cordón y testículo, con extracción de malla. Precisa soporte hemodinámico, VM, antibioterapia prolongada, curas periódicas, desbridamiento quirúrgico repetido y finalmente terapia VAC hasta la reconstrucción plástica a los 2 meses, siendo la estancia de 74 días. Se aíslan en exudado *Morganella* y *S. viridans*. *Clostridium bifermentans* en sangre y tejidos.

Resultados: Son factores predisponentes las neoplasias, inmunodeficiencias, diabetes, malnutrición, obesidad... ninguno presente en nuestro caso. Fuera de estos contextos, la mayoría de casos publicados ocurren en hernias estranguladas y de Amyand, especialmente con compromiso del colon. Extremadamente raro tras reparación electiva, en la Literatura sólo se han encontrado 8 casos publicados tras cirugía programada sin complicaciones. A diferencia del nuestro, de aparición en el postoperatorio precoz. No hemos podido confirmar el mecanismo causal, algunos Autores hacen referencia a la manipulación durante la cirugía del saco herniario con colon deslizado, o colonización de la piel por esporas de *Clostridium* que son resistentes a la mayoría de los desinfectantes habituales. La necrosis clostrídica es la más temida de las INPB, conlleva grave toxicidad sistémica que conduce a la muerte en pocas horas si no se trata de forma agresiva, 30-60% mortalidad. El aislamiento del anaerobio esporulado del género *Clostridium* no tiene valor diagnóstico si no es en el contexto clínico, y no es imprescindible la confirmación microbiológica para aceptar el diagnóstico.



Conclusiones: La INPB es una complicación extremadamente infrecuente tras la reparación electiva de una hernia inguinal sin complicaciones, pero posible, y cuando ocurre constituye una emergencia quirúrgica. Debe sospecharse ante la aparición de dolor intenso desproporcionado al aspecto de la herida, en la que puede estar ausente la crepitación. De evolución potencialmente fatal, una vez presente el estado de SIRS, la morbimortalidad es elevada. Los factores más importantes en la supervivencia son un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico inmediato y agresivo, por la rápida destrucción tisular y la toxicidad sistémica que conlleva, unido al soporte hemodinámico y antibioterapia de amplio espectro.