



## P-473 - DESAFÍO QUIRÚRGICO: FASCITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA DE NEOPLASIA DE COLON

Pérez Prudencio, Elena; Sosa Rodríguez, María Valentina; Arango Bravo, Altea; Soto Dopazo, Macarena; Rodríguez García, José Ignacio; González Iglesias, Diego Rodrigo

Hospital de Cabueñes, Gijón.

### Resumen

**Introducción:** El diagnóstico precoz de fascitis necrotizante puede resultar difícil dada la ausencia inicial de una clara signo-sintomatología. Generalmente se asocia a una evolución muy agresiva y potencialmente letal, por lo que es un reto diagnóstico y terapéutico para el cirujano. Presentamos un caso de fascitis necrotizante en el contexto de un postoperatorio complicado de cáncer de colon.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 59 años, con antecedentes de HTA y pancreatitis aguda hace 20 años, que es intervenido de forma programada por cáncer de colon ascendente, realizándose hemicolectomía derecha laparoscópica. Evolución postoperatoria inmediata favorable, alta al cuarto día postoperatorio. Consulta el octavo día postoperatorio por dolor abdominal. Se realiza TAC abdominal que evidencia colecciones intraabdominales de localización perihepática y en gotiera derecha llegando hasta fosa ilíaca derecha. Se indica intervención quirúrgica urgente y se inicia antibioterapia empírica. Se realiza drenaje de las colecciones mediante abordaje laparoscópico y se comprueba integridad de la anastomosis ileocólica. Evolución desfavorable, con importante celulitis de la pared abdominal y empeoramiento analítico al segundo día postoperatorio. Se decide laparotomía exploradora, hallándose de nuevo abscesos intraabdominales, dehiscencia y necrosis de la cara posterior de la anastomosis ileocólica adherida al retroperitoneo y una llamativa necrosis del tejido celular subcutáneo y la fascia muscular anterior de la pared abdominal. Se realiza resección de la anastomosis, ileostomía terminal y amplio desbridamiento del tejido celular subcutáneo y fascia hasta alcanzar el plano muscular que se encuentra preservado. Se deja sistema de abdomen abierto y ante el fracaso multiorgánico y *shock* séptico se remite al paciente a UVI. En días sucesivos se realizan hasta 10 intervenciones con necrosectomías a nivel de tejido celular subcutáneo y fascia. La evolución es lenta aunque favorable con estancia de un mes en la UVI. En los cultivos se aísla origen polimicrobiano: *E. faecium*, *B. fragilis*, *Sutterella wadsworthensis* y *Candida*, cumpliéndose ciclo de imipenem y linezolid. La anatomía patológica confirma el diagnóstico. El paciente se encuentra actualmente con sistema de cierre asistido por terapia de vacío. La fascitis necrotizante es una patología infrecuente, de rápida evolución y alta mortalidad. La afectación de la pared abdominal suele originarse como complicación por contigüidad de un proceso intraabdominal. En nuestro caso consideramos el origen del proceso en la dehiscencia de la anastomosis ileocólica hacia el retroperitoneo, lo que no produjo signos de irritación peritoneal. Nuestra principal herramienta diagnóstica fue la laparotomía exploradora.



**Discusión:** La fascitis necrotizante debe considerarse como una grave e infrecuente complicación de la cirugía colónica, que requiere alto grado de sospecha debido a la ausencia de manifestaciones clínicas específicas, con la necesidad de una cirugía precoz y agresiva, puesto que el retraso diagnóstico y la gravedad del cuadro implican una elevada mortalidad. Los pilares del tratamiento son el desbridamiento quirúrgico agresivo, la antibioticoterapia de amplio espectro y el soporte intensivo del paciente. Se recomienda una reevaluación quirúrgica a las 24 horas de la inicial, debiendo realizar posteriormente revisiones quirúrgicas seriadas para verificar la ausencia de progresión de la necrosis.