



P-412 - INFECCIÓN NECROTIZANTE DE PARTES BLANDAS: SERIE PROSPECTIVA DE 28 CASOS CON INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Vásquez Candela, Laura Milena; Da Costa, Lua; Juvany, Montserrat; Iglesias, Rayden; Castells Bou, Julia; Aldeano, Aurora; Mira, Xavier

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Resumen

Introducción: La infección necrotizante de partes blandas (INPB) es una entidad infrecuente (4/100.000 casos/año) y muy grave (20-40% de mortalidad). Es necesaria una elevada sospecha para el diagnóstico. El tratamiento precoz (antibioticoterapia y desbridamiento amplio) mejora el pronóstico. En función del nivel de afectación pueden diferenciarse dos tipos de INPB: celulitis (se limita al tejido subcutáneo) y fascitis (afecta a fascia). La INPB suele ser polimicrobiana y es muy característico que se presente con gas en partes blandas.

Objetivos: Analizar el tiempo transcurrido desde la llegada a urgencias hasta el diagnóstico de INPB y la mortalidad asociada a la INPB.

Métodos: Recogida observacional retrospectiva de registro prospectivo de ingresos de la UCI de un hospital comarcal durante un periodo de 10 años (enero 2013-enero 2022), incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de INPB que requirieron ingreso en UCI. Se ha realizado análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Se han incluido un total de 28 pacientes, edad 66 ± 12 años; 22 varones (79%), IMC 29 ± 4 kg/m². La puntuación de APACHE-II en el diagnóstico ha sido 16 ± 5 . Diecisiete pacientes (61%) se han clasificado como fascitis y 11 (39%) como celulitis. Catorce pacientes (50%) han presentado la INPB en extremidades y 11 (39%) en región genitoperineal (gangrena de Fournier). El tiempo desde la llegada a urgencias hasta el diagnóstico ha sido de 16 ± 18 horas. Dieciocho (64%) pacientes han requerido desbridamiento: 16 por fascitis y 2 por celulitis. Se han realizado hemocultivos en los 28 pacientes, con 8 (29%) positivos. Se ha cultivado tejido/líquido de la INPB en 26 pacientes y han sido positivos en 21 (75%); polimicrobianas en 8, con mayor frecuencia por *E. coli*. Nueve pacientes han sido *exitus* (32% de mortalidad). No se han observado diferencias en la mortalidad en función de la puntuación de APACHE-II inicial (18 ± 1 vs. 15 ± 1) ni en cuanto a la demora hasta el diagnóstico (17 ± 8 vs. 15 ± 3 horas). Estancia hospitalaria media 40 ± 33 días.

Conclusiones: El diagnóstico de las INPB requiere un elevado índice de sospecha: es necesaria una formación adecuada del equipo de urgencias para su reconocimiento y diagnóstico precoz. La tomografía sigue siendo una buena prueba diagnóstica (gas en los tejidos blandos). Un diagnóstico y tratamiento precoz mejora la morbimortalidad de esta entidad.