



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-557 - FASCITIS NECROTIZANTE ABDOMINAL TRAS CIRUGÍA ROBÓTICA GINECOLÓGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Nonell Amill, Anna; Farré Alins, Pau; Muñoz Campaña, Anna; Llaquet Bayo, Heura; Gràcia Roman, Raquel; Campos Serra, Andrea; Serra Aracil, Xavier

Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción y objetivos: La fascitis necrotizante (FN) es una infección bacteriana grave y poco común de piel y tejidos blandos. Progresar rápidamente ocasionando afectación sistémica con una alta mortalidad. La supervivencia depende del diagnóstico y tratamiento precoz. Nuestro objetivo es revisar las manifestaciones, diagnóstico y tratamiento de la FN a propósito de un caso. Descripción de un caso clínico de FN tras cirugía robótica ginecológica en paciente con factores de riesgo.

Caso clínico: Mujer de 77 años con factores de riesgo cardiovascular, obesidad mórbida, diverticulosis colónica. Antecedente reciente de histerectomía abdominal y anexectomía bilateral robótica programada por neoplasia endometrial, sin incidencias intraoperatorias (excepto importante enfisema subcutáneo tras colocación de trocar umbilical). Acudió a Urgencias al cuarto día posoperatorio por dolor abdominal difuso presentando hipotensión, taquicardia y herida umbilical dehisciente con supuración fétida. Analíticamente destacaba: leucocitosis, insuficiencia renal aguda y elevación de reactantes de fase aguda. Tomografía computarizada (TC) abdominal con hematoma en lecho quirúrgico y retroneumoperitoneo en flanco y fosa ilíaca izquierda de mayor cantidad a la esperada por tiempo quirúrgico. Bajo orientación de *shock* séptico secundario a perforación intestinal se decidió intervención quirúrgica urgente. Se identificó FN de pared abdominal hasta retroperitoneo, con probable origen en la herida del trocar transumbilical. No se objetivó perforación intestinal. Los cultivos fueron positivos para flora mixta y *E. faecium*, comensal habitual del tracto intestinal y genitourinario femenino. Se inició cobertura antibiótica (meropenem y linezolid). Dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente se realizó cirugía de control de daños con desbridamiento amplio de piel y tejido subcutáneo, dejando abdomen abierto con sistema sándwich. A las 24 horas fue reintervenida ante sospecha de progresión de la FN, realizándose desbridamiento y resección de intestino delgado isquémico. A las 48 horas, anastomosis intestinal y desbridamiento cutáneo dejando abdomen abierto con sistema Abthera y malla según técnica Lepaniemi. Tras tres cirugías de recambio de Abthera y aproximación de aponeurosis se cerró abdomen con malla bioA parcial, dejando gran defecto cutáneo por isquemia de tejidos. Precisó de largo ingreso en UCI, presentando múltiples complicaciones: dehiscencia cutánea que requirió sistema de curas VAC, sangrado vaginal con angioembolización de arteria uterina y fístula vaginal tratada de forma conservadora. Por evolución tórpida hemodinámica se decidió adecuación de esfuerzo terapéutico y la paciente falleció al cabo de un mes y medio de ingreso. La FN debe considerarse una patología de riesgo puesto que su rapidez se relaciona directamente con la afectación sistémica y supervivencia del paciente. La exploración quirúrgica confirma la sospecha inicial, por lo que el desbridamiento no debe retrasarse. Los cultivos de muestras profundas revelan la etiología y permiten ajustar el tratamiento antibiótico. Su pronóstico es desfavorable (mortalidad entorno al 30-70%), siendo peor en

inmunodeprimidos, diabéticos u obesos).

Discusión: La FN es una entidad poco común que supone alta mortalidad. La sospecha inicial ante una clínica y factores de riesgo compatibles, así como el tratamiento quirúrgico y antibiótico precoz son determinantes en la evolución y el pronóstico del paciente.