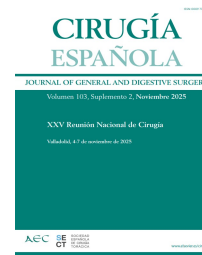




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-143 - FASCITIS NECROTIZANTE DE ORIGEN ATÍPICO: EXPLORAR LA CAUSA PARA MANEJAR CONSECUENCIAS

García Juidías, Alba M.^a; Díaz Pérez, David; Serrano González, Javier; Zabala Salinas, Jaime; Granizo Salazar, Mónica Gabriela; Albiach Congosto, Raquel; Galindo Jara, Pablo

Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección bacteriana de rápida propagación que afecta al tejido subcutáneo y los planos musculares, pudiendo conducir a necrosis de los mismos. La gangrena de Fournier es una forma específica de fascitis necrotizante que afecta a la región perineal. Son cuadros potencialmente mortales sin un diagnóstico temprano y un adecuado manejo con un abordaje integral del paciente.

Casos clínicos: Caso 1: mujer 63 años hallada inconsciente. Presenta lesión cutánea en cuadrante abdominal inferior derecho, con crepitación/olor fétido, sin puerta de entrada. Analítica con datos de sepsis. El TAC mostró fascitis necrotizante abdominal, asociando colitis en ascendente por contigüidad. Se administró antibioterapia empírica y sueroterapia intensiva. En quirófano se resecó la pared abdominal afecta. El estudio microbiológico reveló *E. coli*/*S. cohnii* como agentes causales. Para completar estudio etiológico, se realiza TAC-enema, con hallazgo de neoformación de colon ascendente perforada con extravasación de contraste a pared abdominal. Se realizó hemicolectomía derecha y anastomosis (controversia de no crear un estoma por ausencia de pared abdominal). Evolución favorable tras curas, recibió tratamiento adyuvante. Caso 2: varón de 71 años diabético y con AP de cáncer de próstata (prostatectomía + radioterapia). Acude en *shock séptico*. Presenta celulitis de región perineal derecha con escara necrótica, compatible con gangrena de Fournier. Región perianal no afecta. Se administró antibioterapia empírica y sueroterapia intensiva. Se realizó desbridamiento quirúrgico urgente, con necesidad posterior de curas diarias y terapia VAC. El estudio microbiológico revela *E. faecalis* como agente causal. Con sospecha de origen atípico, se solicita valoración por urología; que mediante cistografía diagnóstica fístula vesical. Se realiza cirugía de Bricker como tratamiento definitivo.



Discusión: La patogenia de la enfermedad es esencial para comprender el curso clínico de la misma. Las heridas profundas son la causa principal de fascitis necrotizante. En el caso de la gangrena de Fournier, la causa más frecuente es el absceso perianal. Si bien es cierto que ante pacientes con evolución atípica y antecedentes peculiares; se debe pensar en otras probables vías de extensión de la enfermedad e indagar sobre el origen de la misma. Tras revisar la bibliografía, son escasos los casos similares publicados. Respecto al caso 1, la publicación de Mitidieri *et al.* describe una paciente que desarrolla fascitis necrotizante de pared abdominal secundaria a un cáncer de colon ascendente perforado. Encontramos otros relacionados como el publicado por Álvarez-Cepeda *et al.*, en el que el origen de la fascitis es una diverticulitis sigmoidea perforada. Respecto al caso 2, el artículo publicado por Yamashita *et al.* describe el caso de un paciente que tras tratamiento con braquiterapia por cáncer de próstata desarrolla gangrena de Fournier, describiendo como origen una estenosis uretral consecuencia de la radioterapia, con desarrollo de fístula puboprostática. Lo llamativo de los casos descritos es el origen atípico de la enfermedad. No indagar sobre el diagnóstico etiológico para comprender la vía de extensión de la infección necrotizante, puede impedir un correcto control de foco y por tanto una evolución tórpida de estos pacientes ante una infección potencialmente mortal.