



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-336 - FASCITIS NECROTIZANTE COMO DEBUT DE DIVERTICULITIS AGUDA SIGMOIDEA

Gonzales Stiva, Jéssica Patricia; Jara Quezada, Jimmy Harold; García Gutiérrez, Carmen; Suárez Sánchez, Aida; Solar García, Lorena; Truán, Nuria; Cernuda Baldonado, Ricardo; Vázquez Velasco, Lino

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: La enfermedad diverticular tiene una prevalencia de 5-25% en pacientes en la quinta década y de 50-60% en los pacientes de más de 85 años. El cuadro clínico clásico suele presentar dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, fiebre y leucocitosis. Los síntomas extraperitoneales se presentan en menos del 2% de los casos.

Caso clínico: Mujer de 65 años, con antecedente único de mastectomía por neoplasia de mama hace 16 años, acude a Urgencias de nuestro centro por aparición de lesiones necróticas en pared abdominal de 15 días de evolución, asociando en los últimos días dolor abdominal y fiebre de 38 °C. A la exploración presentaba celulitis en toda la pared abdominal con 2 placas necróticas en cuadrante inferior izquierdo de 10 × 5 cm cada una, y en la ingle izquierda aumento de volumen con otra placa de 7 × 8 cm. Se realizó un TAC urgente objetivando un colon sigmoidees engrosado, compatible con una diverticulitis aguda, con una colección en su cara anterior de 4 × 2 cm que fistuliza al tejido subcutáneo, con aire en la pared abdominal anterior y lateral derecha que se extiende hasta la vulva. Se decidió cirugía urgente. Se evidenció una masa indurada en colon sigmoidees fistulizando a pared abdominal y vejiga. Se realizó debridamiento amplio de pared abdominal, ingle y vulva, sigmoidectomía, resección parcial de vejiga y colostomía terminal. A las 72 horas requirió nuevo debridamiento de tejido desvitalizado. Presentó labilidad hemodinámica, requiriendo aminas vasoactivas hasta el 13° día postoperatorio. Los cultivos fueron positivos para *Streptococcus anginosus*, *E. coli* y *P. mirabilis* sensibles a penicilinas. Completó 14 días de tratamiento antibiótico con Imipenem. Al 14° día postoperatorio la herida se encontraba limpia y se colocó un cierre asistido con vacío (VAC). Al 15° día fue extubada. Permaneció 17 días en Reanimación. Al 35° día se colocó un injerto cutáneo. Fue alta al 48° día desde la primera cirugía. La anatomía patológica objetivó una diverticulitis aguda con fístula a pared vesical, perforación intestinal y paniculitis necrotizante.

Discusión: Existen muy pocos casos descritos de fascitis necrotizante secundario a una diverticulitis aguda perforada. Es una complicación rara pero potencialmente letal, con una mortalidad de 30 a 70%. Se debe tener una alta sospecha clínica y el manejo quirúrgico debe ser muy agresivo y precoz para evitar el desenlace fatal en estos pacientes.