



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

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

Gonzales Stuva, Jéssica Patricia; Jara Quezada, Jimy Harold; García Gutiérrez, Carmen; Suárez Sánchez, Aida; Solar García, Lorena; Truán, Nuria; Cernuda Baldonedo, 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 sigmoideo 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 sigmoideo 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 13º 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 14º día postoperatorio la herida se encontraba limpia y se colocó un cierre asistido con vacío (VAC). Al 15º día fue extubada. Permaneció 17 días en Reanimación. Al 35º día se colocó un injerto cutáneo. Fue alta al 48º día desde la primera cirugía. La anatomía patológica objetivó una diverticulitis aguda con fistula a pared vesical, perforación intestinal y pancititis 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.