



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-445 - FASCITIS NECROTIZANTE DE LA PARED ABDOMINAL ASOCIADA A NEOPLASIA MALIGNA DE ÁNGULO ESPLÉNICO

de Lebrusant Fernández, Sara Patricia; Pinilla Martínez, Diego; Esteban Ramos, Juan Luis; Raposo Puglia, Daniel; Gutiérrez Cafranga, Estíbaliz; Medina Achirica, Carlos

Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección grave de tejidos blandos con una mortalidad hasta del 70%. La evolución a *shock* séptico grave es rápida, sobre todo en pacientes obesos, diabéticos e inmunosuprimidos por lo que es prioritario una actuación quirúrgica precoz con un desbridamiento agresivo, antibioterapia de amplio espectro y soporte intensivo. La fascitis necrotizante de la pared abdominal puede surgir por contigüidad de otros procesos intrabdominales (diverticulitis perforada, peritonitis...) o bien por infección de la piel hasta afectar las diversas capas de la pared.

Caso clínico: Mujer de 52 años con antecedentes personales: HTA, DM2 y obesidad grado I, diagnosticada recientemente de neoplasia de ángulo esplénico estadio IIIC (T4bN2M0) con infiltración gástrica y de pared abdominal. Dada la inoperabilidad inicial, se inició quimioterapia con esquema FOLFOX. Acudió a Urgencias por dolor, tumefacción e inflamación en flanco izquierdo de dos días de evolución. Último ciclo de quimioterapia hacía una semana. A su llegada a urgencias la paciente estaba estupefactiva, con TA 90/60 y FC 123 a pesar de sueroterapia. A la exploración: En flanco izquierdo se objetivó piel eritematosa y violácea, crepitante, con flictenas de exudado maloliente. Exploración compatible con fascitis necrotizante. Desde urgencias se inició antibioterapia con meropenem. Analítica: hemoglobina 8,9. Leucocitosis 20.900 con neutrofilia 94%. Coagulación TP 55%. PCR 460. Ante la situación de *shock* séptico e inestabilidad hemodinámica se decidió intervención quirúrgica emergente. Se evidenció una fascitis necrotizante extensa involucrando todas las capas de la pared abdominal izquierda con necrosis y perforación tumoral hacia la pared. Se realizó un desbridamiento muy amplio y ante la imposibilidad de actuar sobre el tumor se realizó una colostomía derivativa. Se tomaron muestras de tejido para estudio microbiológico (flora mixta aerobia y anaerobia) y anatomopatológico. Tras la cirugía, la paciente fue admitida en UCI. El posoperatorio fue lento con necesidad de nuevos desbridamientos hasta en 4 ocasiones y terminalizar la colostomía por vertido fecal que dificultaba la limpieza de la herida. Tras el aislamiento fecal completo, la herida evolucionó favorablemente y se colocó sistema de presión negativa durante 15 días. Tras la buena evolución, se retiró y se dio de alta tras 40 días de ingreso. Tras el alta, la paciente se revisaba en la sala de enfermería cada 48 horas realizando curas con apósito de colágeno, y posteriormente cuando la herida hubo disminuido más su tamaño se utilizó Aquacel Foam®. La herida se mantuvo limpia y con buen tejido de granulación hasta cicatrizar. La colostomía terminal se mantuvo funcionando aislando por completo las heces de la herida. La paciente tras la cura completa de la herida prosiguió con la quimioterapia.

Discusión: El tratamiento de la fascitis necrotizante se basa en la prontitud y agresividad del desbridamiento quirúrgico como en revisiones periódicas hasta controlar el foco. El empleo de terapias de presión negativa

ha demostrado acortar la estancia hospitalaria y acelerar la cura de estas heridas. El uso de apósitos cicatrizantes mantiene las heridas limpias y facilita su manejo ambulatorio.