



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-446 - FASCITIS NECROTIZANTE EN PARED TORACOABDOMINAL TRAS DRENAJE PERCUTÁNEO DE LA VÍA BILIAR

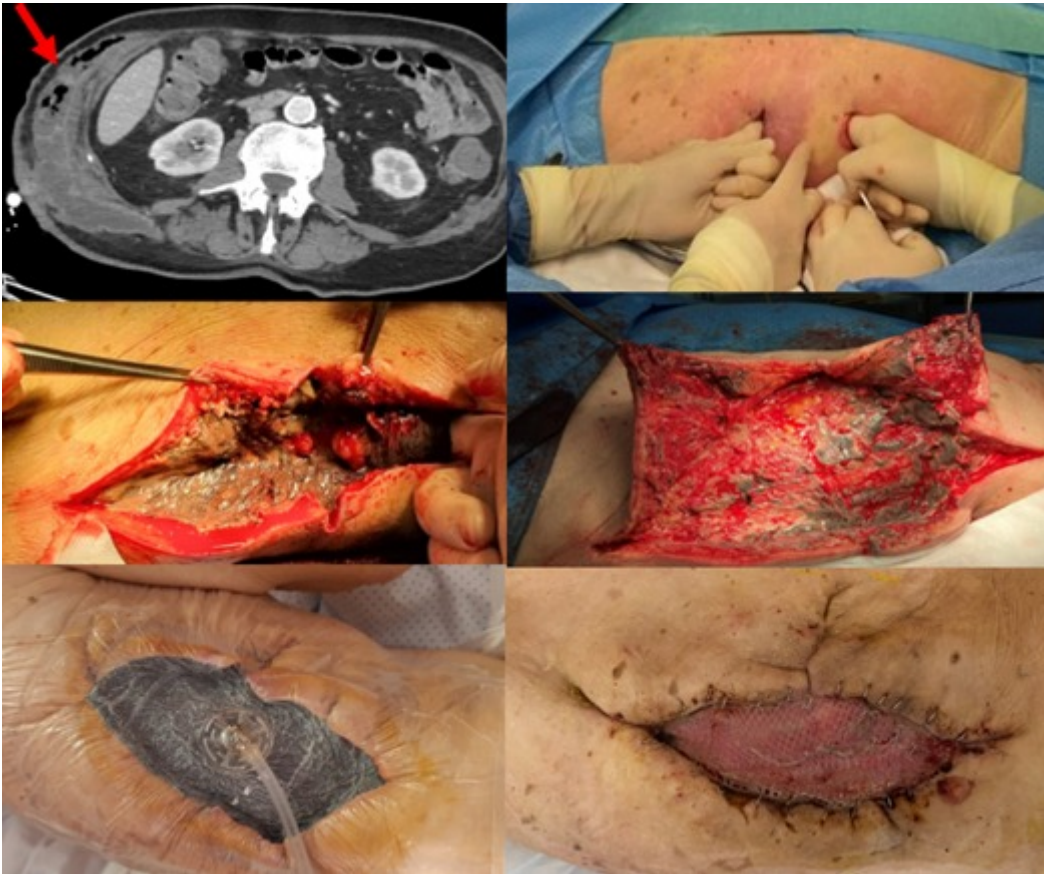
García del Álamo Hernández, Yaiza; Bermejo Marcos, Elena; Pérez de La Fuente, Teresa; Gijón Moya, Fernando; Gancedo Quintana, Álvaro; Gimeno, Alberto; García Septiem, Javier; Martín-Pérez, Elena

Hospital La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección grave e infrecuente que afecta al tejido subcutáneo. Suele presentar un curso agudo, pero en ocasiones puede tener una evolución subaguda. Frecuentemente se trata de una infección polimicrobiana destacando la presencia de organismos anaerobios. La puerta de entrada varía desde una pequeña laceración hasta heridas secundarias a un procedimiento invasivo o quirúrgico. Clínicamente se caracteriza por eritema y edema mal delimitados con dolor asociado que evoluciona a anestesia local debido a trombosis vascular y destrucción nerviosa de la zona. El tratamiento se basa en el desbridamiento quirúrgico precoz y la cobertura antibiótica de amplio espectro.

Caso clínico: Varón de 83 años con antecedente de hipertensión arterial y fibrilación auricular. Tras varios intentos fallidos de colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), por varios episodios de bacteriemias de origen biliar, se coloca un drenaje biliar percutáneo. A los pocos días el paciente comienza con eritema, edema y dolor en la zona del drenaje. Se diagnostica clínicamente de hematoma local, presentando empeoramiento posterior con celulitis y aumento de tamaño, desde la mama hasta la cresta ilíaca. Se realiza un TAC (tomografía axial computarizada) toracoabdominal (fig.) que objetiva una colección localizada entre los planos musculares del flanco derecho. Se decide drenaje y lavado quirúrgico mediante dos incisiones comunicadas entre sí por un drenaje de tipo penrose obteniendo salida de escaso material necrótico. Inicialmente, el paciente evoluciona de forma favorable con curas diarias y cobertura antibiótica de amplio espectro, con resolución de la celulitis y el dolor, asociando descenso de los parámetros analíticos inflamatorios. Posteriormente presenta picos febriles por lo que se realiza un nuevo TAC y ante la persistencia de la colección en la pared abdominal se decide nueva intervención quirúrgica. En esta ocasión, se efectúa una incisión longitudinal desde la mama hasta la cresta ilíaca, objetivándose necrosis que afecta al plano subcutáneo y muscular de la pared abdominal, respetando la musculatura intercostal. Se desbrida el tejido necrótico (fig.) y se realizan curas sucesivas en quirófano hasta en 3 ocasiones. En la última revisión, dada la mejoría franca y la ausencia de infección activa, se decide colocar un dispositivo de terapia de vacío asistida con recambio cada 4 días. El paciente evoluciona favorablemente, con aumento del tejido de granulación en el lecho quirúrgico y sin pérdida de la funcionalidad muscular pese al importante desbridamiento realizado. Tras valoración por Cirugía Plástica se lleva a cabo el cierre del defecto mediante un injerto cutáneo de la pierna derecha. El paciente es dado de alta a los 2,5 meses del ingreso.



Discusión: La fascitis necrotizante es una entidad infrecuente pero que conlleva una elevada gravedad. El drenaje biliar percutáneo es un procedimiento seguro, pero puede tener complicaciones en ocasiones graves debido probablemente a la fuga de bilis alrededor del catéter. El diagnóstico temprano de esta infección es primordial para su correcto tratamiento con desbridamiento quirúrgico y cobertura antibiótica de amplio espectro. Puede requerir varias revisiones quirúrgicas e incluso la coordinación de varias especialidades para la resolución definitiva del cuadro.