



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-491 - FASCITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL. UN RETO CLÍNICO Y QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

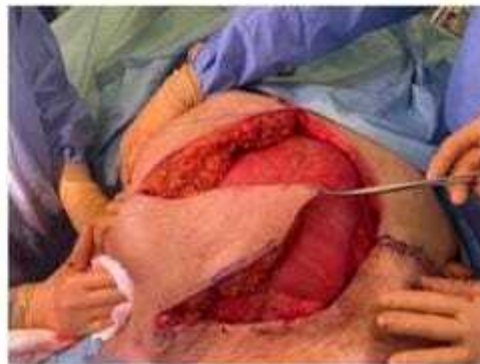
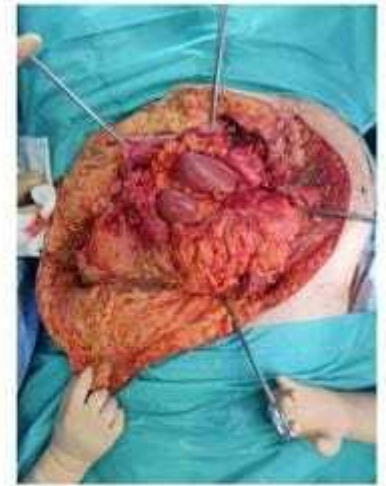
León Bretscher, Ana; Fernández Escudero, Beatriz; Latorre Maslasca, Lucía; Ramírez Bescos, María; Soto García, Paula; Gadea Uria, Paloma; Sánchez Egido, Iris; Paseiro Crespo, Gloria

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección de tejidos y partes blandas poco frecuente, pero de extrema gravedad que puede conducir a la muerte. La sospecha clínica es esencial para un diagnóstico precoz y así poder ofrecer un tratamiento óptimo y disminuir la probabilidad de fallecimiento. Su tratamiento se basa en un desbridamiento quirúrgico amplio y agresivo y tratamiento antibiótico de amplio espectro. A pesar de un tratamiento precoz la mortalidad es elevada, siendo en algunas series entre el 14-40%. Precisa de un trabajo interdisciplinar con un gasto elevado de recursos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial e IMC de 50 Kg/m². Acude a Urgencias refiriendo dolor de tipo difuso de una semana de evolución que asocia náuseas y vómitos. A la exploración destaca un abdomen globuloso doloroso palpándose una masa dura y eritematosa a nivel de flanco derecho. Se solicita una analítica de sangre donde destaca leucocitosis con desviación izquierda y una PCR elevada. Se realiza una tomografía axial computarizada urgente evidenciándose una hernia infraumbilical que se extiende hacia flanco derecho con un asa de intestino delgado perforada en su interior. En todo el flanco derecho se visualiza gas a nivel de subcutáneo y rarefacción de la grasa siendo la primera sospecha diagnóstica de hernia complicada y fascitis necrotizante asociada. Dado los hallazgos se propone una intervención quirúrgica urgente donde se realiza resección intestinal. Tras lavado con abundante suero y comprobando la viabilidad del asa se realizó una anastomosis latero-lateral mecánica y resección amplia de tejidos blandos y de fascia que se encontraba afectada dejando el abdomen abierto para la realización de un *second-look* a las 24 horas. Se revisó en varias ocasiones precisando mayor resección de tejidos blandos y tras la estabilización de la infección se fijó una malla de *timesh* 30 × 30 cm a ambos lados del defecto, no pudiendo cerrar la línea media. Quedó, por tanto, un defecto aponeurótico cubierto por malla y un defecto de tejido celular subcutáneo muy amplio que precisó tratamiento con sistema de vacío. Presentó buena evolución y pudiendo realizar un colgajo avance con tejido subcutáneo y finalmente un injerto de epidermis para cubrir la malla expuesta (fig.). La paciente ha presentado un posoperatorio adecuado y fue trasladada a un centro de media estancia para finalizar la rehabilitación funcional.



Discusión: En el caso de la paciente que acudió tras iniciarse una semana los síntomas seguramente estuvo en relación con la necesidad de varios desbridamientos amplios. La buena evolución que tuvo se relaciona directamente con el trabajo multidisciplinar entre enfermería y cirugía durante meses de curas. Los sistemas de vacío permiten, cuando se ha solucionado la fase aguda infecciosa, curas más espaciadas y mejor toleradas y la granulación de tejidos permitiendo el cierre de los mismos con colgajos e injertos. La fascitis necrotizante es una entidad poco frecuente y con una alta mortalidad. Su diagnóstico requiere una alta sospecha clínica y su tratamiento precisa un equipo multidisciplinar.