



CASO CLÍNICO

Mastectomía e injerto cutáneo autólogo por fascitis necrotizante torácica



Luciana Gimenez*, Isabel Aznar García y Laura Cusiné López

Hospital Universitari d'Igualada, Igualada, Barcelona, España

Recibido el 6 de octubre de 2021; aceptado el 7 de enero de 2022
 Disponible en Internet el 15 de marzo de 2022

PALABRAS CLAVE

Fascitis necrosante;
 Mama;
 Hidradenitis supurativa;
 Mastectomía

Resumen La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por la obstrucción folicular crónica de la unidad pilosebácea. La fascitis necrotizante torácica es una entidad poco frecuente que afecta los tejidos subcutáneos y la fascia profunda, que en otros casos publicados no se describe como sobreinfección a partir de una HS como el caso de nuestra paciente, sin otra puerta de entrada aparente. Se presenta el caso de una paciente fumadora con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con insulina, con control glucémico inadecuado, HS y dislipidemia que ingresó por infección en la mama y la pared torácica izquierda con progresión a fascitis necrotizante. Se intentó inicialmente una actitud quirúrgica conservadora, pero dado el mal control de sus enfermedades de base y la infección rápidamente progresiva, requirió desbridamiento más agresivo con mastectomía y exéresis de músculo afecto. Posteriormente, se realizó un injerto cutáneo mallado en la zona de mastectomía izquierda con zona donante de muslo izquierdo. A pesar de la gravedad del caso, con el tratamiento quirúrgico extenso, antibióticos de amplio espectro y curas diarias, la paciente superó el cuadro séptico y se limitó de ese modo la progresión de la infección. En controles posteriores, la paciente presentó buena evolución clínica.

© 2022 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Necrotizing fasciitis;
 Breast;
 Hidradenitis suppurativa;
 Mastectomy

Mastectomy and skin graft as treatment for thoracic necrotizing fasciitis

Abstract Hidradenitis suppurativa is an inflammatory skin disease that affects the folliculopilosebaceous unit. Necrotizing fasciitis of the thoracic wall is a rare entity that affects subcutaneous tissue and deep fascia. It represents a diagnostic and therapeutic emergency requiring broad spectrum antibiotics and extense surgical debridement, with high mortality rates. Other reported cases do not describe fasciitis as an infection complicating hidradenitis, as the case of our patient. We present a case of a patient with a history of hidradenitis suppurativa, smoking, hypertension, diabetes mellitus with poor glycemic control, and dyslipidemia, admitted to our hospital with left breast and thoracic wall infection, with progression to

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: luciana.gimenez.md@gmail.com (L. Gimenez).

necrotizing fasciitis. Initially a preservative surgery was attempted but given the patient's comorbidities and the rapidly progressive infection, a mastectomy was required. In second time surgery, an autologous skin graft was performed. Despite the severity of the case, the patient overcame the infection after extensive surgical debridement, broad spectrum antibiotics and daily cures. In follow-up controls the patient presented good clinical condition.

© 2022 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por la obstrucción folicular crónica de la unidad pilosebácea. Las principales zonas afectadas son áreas como la axila, la ingle, el periné y el surco submamario. Las manifestaciones clínicas varían desde inflamación nodular hasta formación de tractos de drenaje y de cicatrices. Puede verse exacerbada por varios factores tales como susceptibilidad genética, estrés mecánico sobre la piel, obesidad, tabaquismo, dieta y factores hormonales¹.

La fascitis necrotizante (FN) torácica es una entidad rara que afecta los tejidos subcutáneos y la fascia profunda, pudiendo llegar al plano muscular. Se trata de una urgencia diagnóstica y terapéutica que requiere antibioterapia de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico hasta tejido sano, con alta morbilidad²⁻⁴. El presente caso tiene la particularidad de que la FN se originó sobre lesiones de HS, una entidad caracterizada por la presencia de inflamación aséptica.

Caso clínico

Paciente de 54 años, fumadora con antecedentes de HS, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con insulina, con control glucémico inadecuado, y dislipidemia que consultó por un cuadro infeccioso con dolor en la mama izquierda y glucemias en rango > 300 mg/dl. Al ingreso se observó enrojecimiento cutáneo de la totalidad de la mama izquierda, con mayor eritema en el cuadrante ínfero-externo y el surco submamario (fig. 1). En la palpación presentaba induración con crepitación, sin palparse colecciones sugestivas de absceso mamario susceptibles de



Figura 1 Paciente al ingreso.

drenaje percutáneo. Se decidió el ingreso para el control de glucemias y el tratamiento antibiótico con imipenem IV.

Se realizó una ecografía en la que se visualizó un marcado engrosamiento de los planos cutáneos con signos de edema y burbujas aéreas en relación con cambios inflamatorios/infecciosos, sin visualizarse colecciones, con adenopatías axilares reactivas. Se hizo un TAC torácico en el que se observó una marcada alteración densitométrica de los planos blandos mamarios izquierdos y de la pared toracoabdominal homolateral. Estas se acompañaban de burbujas aéreas en el tejido glandular y planos musculares profundos, y múltiples adenopatías axilares y retropectorales.

Con el diagnóstico de fascitis necrotizante grave, se decidió realizar un desbridamiento quirúrgico urgente.

En el control clínico a las 12 horas posquirúrgicas, se observó un aumento de la necrosis en los cuadrantes inferiores de la mama izquierda, por lo que se decidió realizar mastectomía, con desbridamiento del tejido necrótico de la pared torácica izquierda, resección parcial del músculo pectoral mayor y menor afecto, hasta llegar a tejido sano (músculos intercostales) con colocación de sistema de vacío. Ingresó en UCI por shock séptico secundario requiriendo sedación, ventilación mecánica y soporte hemodinámico con noradrenalina. Los cultivos fueron positivos para *Pseudomonas Aeruginosa*, por lo que se administró iperacilina-tazobactam.

A las 4 semanas posquirúrgicas, se realizó un injerto cutáneo mallado en el lecho de la mastectomía izquierda con zona donante del muslo izquierdo. Requirió curas regulares con apósitos impregnados tanto de la herida quirúrgica como de los tractos axilares de hidrosadenitis. La paciente recibió seguimiento por parte del equipo de medicina interna y endocrinología y fue finalmente dada de alta por su adecuada evolución.

A los 2 meses del alta se objetivó una exposición costal paraesternal izquierda de 1 x 1 cm, con bordes eritematosos e indurados compatible con condronecrosis costal. Se procedió a la resección del cartílago de la 2° costilla, con buena evolución tras el tratamiento antibiótico.

En la visita de seguimiento a los 10 meses, se constató un adecuado estado clínico (fig. 2).

Discusión

La FN es una infección grave que afecta la fascia y los tejidos subcutáneos. Puede afectar cualquier zona del cuerpo, siendo más frecuente en las extremidades, el periné y el tronco²⁻⁶. El diagnóstico suele ser difícil porque la afección



Figura 2 Mastectomía e injerto cutáneo.

de la piel superficial inicialmente puede no ser evidente, siendo más amplia la afectación subcutánea.

Las pruebas de imagen pueden ayudar a delimitar la extensión de la afectación subcutánea, pero no deben demorar el abordaje quirúrgico de esta infección que progresa rápidamente hacia la sepsis y el fallo orgánico múltiple. Es esencial la inspección clínica durante el acto quirúrgico para realizar un desbridamiento hasta el tejido sano bien vascularizado²⁻⁴.

Según la microbiología, se describen FN polimicrobiana, la más frecuente y FN monomicrobiana, usualmente asociada a *Streptococcus Pyogenes* y un antecedente traumático en la zona^{2,7}.

Es fundamental instaurar precozmente el tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro, además del desbridamiento quirúrgico amplio. El sistema de vacío ayuda a la aspiración de secreciones, mejora la circulación y promueve la granulación del nuevo tejido⁸. Cuando existe un defecto importante está indicada la realización de injerto cutáneo, diferido a la superación del cuadro infeccioso^{9,10}.

En algunos casos publicados de FN de la mama, se describieron tratamientos con mastectomía parcial¹¹, y reconstrucción plástica posterior con tejido autógeno^{8,9,11}. En otros casos se requirió mastectomía total^{12,13}. Muchos casos tenían en común los factores de riesgo que presentaba nuestra paciente: edad >50 años, obesidad, hipertensión, tabaquismo y diabetes^{9,12,14,15}.

Belliraj L et al. describieron múltiples casos de FN torácica, algunos sin puerta de entrada evidente y otros tras empiemas torácicos o cirugías pulmonares¹⁵, pero no como sobreinfección a partir de HS como el caso de nuestra paciente, sin otra puerta de entrada aparente, probablemente agravado por su diabetes mal controlada.

En conclusión, esta entidad es poco frecuente y presenta alta mortalidad. Los casos publicados de FN torácica que afectan la mama son escasos en las pacientes con los mismos actores de riesgo, pero no se describieron casos como complicación de HS. En nuestra paciente se intentó inicialmente una actitud quirúrgica conservadora; sin embargo, dado el mal control de su enfermedad de base y de la infección grave rápidamente progresiva, se requirió desbridamiento más agresivo con mastectomía. A pesar de la gravedad del caso, con tratamiento quirúrgico extenso, antibiótico de amplio espectro y curas diarias, la paciente superó el cuadro séptico.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de los pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna para la publicación del caso.

Consentimiento del paciente

Los autores manifiestan que han obtenido el consentimiento del paciente para la publicación del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Ingram JR, Owen C. Hidradenitis suppurativa: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis [consultado Dic 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hidradenitis-suppurativa-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=hidradenitis-suppurativa&source=search_result&selectedTitle=2-64&usage_type=default&display_rank=2 2021.
- Marks B, Fasih T, Amonkar S, Pervaz M. Necrotising fasciitis of the breast: A rare but deadly disease. *Int J Surg Case Rep.* 2019;65:10-4. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.10.020>.
- Cai Y, Cai Y, Shi W, Feng Q, Zhu L. Necrotizing fasciitis of the breast: a review of the literature. *Surg Infect.* 2021(4):363-73 <https://doi.org/10.1089/sur.2020.071>.
- Konik RD, Huang GS. Management of primary necrotizing fasciitis of the breast: a systematic review. *Plast Surg (Oakv).* 2020;28(4): 215-21. <https://doi.org/10.1177/2292550320928557>.
- Konik RD, Cash AD, Huang GS. Necrotizing fasciitis of the breast managed by partial mastectomy and local tissue rearrangement. *Case Reports Plast Surg Hand Surg.* 2017;4(1):77-80. <https://doi.org/10.1080/23320885.2017.1364970>.
- Yousfi J, Oumlil S, Benjilali L, Essaoudouni L. Necrotizing fasciitis of the breast underlying an autoimmune disease. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2021;8(4), 002434. https://doi.org/10.12890/2021_002434.
- Singh T, Gaur AS, Rohith G. Necrotizing fasciitis of the breast following a core-needle biopsy. *Cureus.* 2021;13(6), e15786. <https://doi.org/10.7759/cureus.15786>.
- Marongiu F, Buggi F, Mingozzi M, Curcio, A, Folli S. A rare case of primary necrotising fasciitis of the breast: combined use of hyperbaric oxygen and negative pressure wound therapy to conserve the breast. *Review of literature. Int Wound J.* 2017;14 (2):349-54. <https://doi.org/10.1111/iwj.12607>.
- Dodaro CA, Zaffiro A, Iannicelli AM, Giordano L, Sorbino L, Mangiapia F, et al. Combined timed surgery and conservative management of primary necrotizing fasciitis of the breast: a case report. *Am J Case Rep.* 2020;21, e922688. <https://doi.org/10.12659/AJCR.922688>.
- Knobloch K, Redeker J, Vogt PM. The reconstructive ladder in necrotizing fasciitis of the chest wall. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2010;10(3):484-5. <https://doi.org/10.1510/icvts.2009.222323A>.

11. Yang B, Connolly S, Ball W. Necrotising fasciitis of the breast: a rare primary case with conservation of the nipple and literature review. *JPRAS Open*. 2015;6:15–9. <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2015.05.002>.
12. Yaji P, Bhat B, Harish E. Primary necrotising fasciitis of the breast: case report and brief review of literature. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(7):ND01–2. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/9281.4558>.
13. Fayman K, Wang K, Curran R. A case report of primary necrotising fasciitis of the breast: A rare but deadly entity requiring rapid surgical management. *Int J Surg Case Rep*. 2017;31:221–4. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.01.049>.
14. Kaczynski J, Dillon M, Hilton J. Breast necrotising fasciitis managed by partial mastectomy. *BMJ Case Rep*. 2012 <https://doi.org/10.1136/bcr.02.2012.5816> bcr0220125816.
15. Belliraj L, Sani R, Issoufou I, Lakranbi, M, Ouadnouni, Y, Smahi M. Primitive necrotizing fasciitis of the thoracic wall: Fatal complication of diabetic patient. *Tunis Med*. 2018;96(8–9):520–3 PMID: 30430532.