



P-306 - RESECCIÓN COSTAL POR CONDRITIS SÉPTICA Y FÍSTULA CUTÁNEA SECUNDARIA A INFECCIÓN DE PRÓTESIS MAMARIA

M. di Martino, N. Torres Waldhaus, B. Doblado Cardellach, G. Fernández Díaz, J.L. Muñoz de Nova, M.M. Achalandabaso Boira, I. Alonso Diego y F. Díaz Rojas

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La infección protésica es una complicación infrecuente de la cirugía reconstructiva mamaria, ocurriendo en sólo un 3-5% de los casos. El riesgo aumenta en pacientes fumadores e inmunodeprimidos. Un grupo seleccionado de pacientes son respondedores a una antibioterapia dirigida; pero en pacientes refractarios a medidas conservadoras será necesaria una explantación protésica. Presentamos un caso de infección protésica mamaria, con condritis séptica secundaria y fístula condrocútanea, que requirió en una resección de la fístula condrocútanea más resección costal.

Caso clínico: Mujer de 45 años, operada en otro centro en febrero del 2012 de mastectomía izquierda, con linfadenectomía axilar y reconstrucción protésica inmediata por carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda. En el post-operatorio presenta una infección aguda por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente en el lecho quirúrgico, precisando la retirada de la prótesis en marzo del 2012. La paciente acude a nuestra consulta en junio del 2012, finalizada la quimioterapia, por apertura espontánea de la herida quirúrgica e infección de la misma. Durante los siguientes seis meses, sigue varios ciclos de antibioterapia dirigida según cultivos, con buena respuesta clínica y cierre de la fístula cutánea. En diciembre 2012, se produce un empeoramiento de la infección y una reapertura de fístula con un aumento progresivo del débito, por lo que se realiza una gammagrafía ósea por sospecha de una osteomielitis costal, sin poder confirmar la misma. En junio del 2013, se objetiva en una TC de tórax una osteocondritis séptica con afectación costal y fistulización a piel. En este momento, la microbiología es positiva para *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus epidermidis*. Ante la persistencia de la infección a pesar de antibioterapia, se decide realizar una resección costal y una extirpación de la fístula condrocútanea. La paciente presentó una buena evolución post-operatoria. Siguió con antibioterapia dirigida durante un mes más después del alta, y desde entonces no ha vuelto a presentar nuevos episodios de infección del lecho quirúrgico.

Discusión: Existen distintos factores de riesgo relacionados con la infección del lecho quirúrgico en cirugía reconstructiva mamaria con implantes protésicos. Dentro de ellos, destacan la antibioterapia profiláctica perioperatoria, la irrigación preoperatoria de material protésico con antibióticos, la disminución del tiempo quirúrgico; y según algunos estudios, la presencia de otros materiales protésicos como la matriz dérmica acelular. Una vez detectada la infección protésica, se puede intentar inicialmente un manejo conservador mediante antibioterapia dirigida y control local de foco;

sin embargo, la ausencia de respuesta al tratamiento conservador obliga la explantación de la prótesis y reconstrucción diferida. La condritis séptica es una temible complicación en pacientes en los que en ausencia de respuesta al tratamiento conservador se retrasa la explantación protésica.