



P-452 - FASCITIS NECROSANTE RETROPERITONEAL SECUNDARIA A GANGRENA DE FOURNIER

C. Pañella Vilamú, J.J. Sancho Insenser, E. Sebastián Valverde, E. Membrilla Fernández, M.J. Pons Fraguero y L. Grande Posa

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La fascitis necrosante retroperitoneal (FNR) es una entidad clínica muy infrecuente y con una alta mortalidad, donde la sospecha diagnóstica y el desbridamiento quirúrgico precoz son claves. Nuestro caso de FNR evidencia la necesidad de tratar con desbridamiento quirúrgico amplio precozmente.

Caso clínico: Varón de 35 años que consulta por dolor de 24h de evolución en fosa ilíaca derecha con irradiación lumbar. Presentaba un abdomen agudo con gas retroperitoneal presacro, ilíaco, pararrectal, glúteo y parietocólico derecho, en la tomografía computarizada. Se inició tratamiento empírico de amplio espectro con imipenem y se practicó una laparotomía urgente, en la que se evidenció exudado purulento periapendicular con afectación retroperitoneal. Se realizó apendicectomía y desbridamiento de un absceso perianal. A las 24h del postoperatorio, ante la persistencia de shock séptico precisó traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con administración de noradrenalina (35 mL/h.) por hipotensión (80/50 mmHg), taquicardia (135 lpm), fiebre (39 °C) y anuria. Destacaba empeoramiento analítico con lactato de 5,6 mmol/L, PCR de 32 mg/dL, procalcitonina de 154 ng/mL, leucopenia de 3.290/mm³ y creatinina de 2,5 mg/dL así como empeoramiento radiológico con aumento de gas en espacios presacro, obturador derechos y trabeculación de la grasa escrotal con gas asociado. Con el diagnóstico de gangrena de Fournier se reintervino confirmándose el diagnóstico y realizando desbridamiento amplio. Por la elevada presión intrabdominal se dejó la pared abdominal abierta, aplicando terapia de presión negativa, VAC[®] (Vacuum Assisted Closure[®] KCI Inc, TX, EEUU) y posteriormente AbThera[®] (KCI Inc, TX, EEUU). En los cultivos se aislaron *E. coli* beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE), *S. anginosus*, *Bacteroides spp.* y *Clostridium spp.* Se realizaron 12 reintervenciones a demanda para recambio de terapia VAC y desbridamientos. En la sexta intervención, al cabo de 15 días, se constató dehiscencia de perforación sigmoidea iatrogénica previa, precisando una colostomía terminal. Finalmente, evolucionó favorablemente y se cerró el abdomen de forma provisional con dos mallas de poliglactin 910[®] en contacto con las vísceras. Secundariamente a las aminas vasoactivas, sufrió isquemia digital en manos y pies precisando amputación del primer dedo de la mano derecha. A los 2 meses se reconstruyó la zona perineal con colgajo glúteo derecho e injerto libre escrotal. Al año, se realizó eventroplastia con malla Ultrapro[®] y reconstrucción del tránsito intestinal.

Discusión: La FNR suele ser secundaria a procesos sépticos pericólicos o perirrectales como

abscesos perianales, gangrena de Fournier o apendicitis, aunque también hay casos secundarios a pancreatitis, cáncer de colon, diverticulitis, pielonefritis, traumatismos, enfermedad inflamatoria intestinal y abscesos perirrenales. El factor de riesgo más importante es la diabetes mellitus (60%), otros son obesidad, alcoholismo crónico, neoplasia avanzada, inmunodeficiencia, malnutrición, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática y > 60 años. A nivel retroperitoneal, los signos clínicos inespecíficos retrasan el diagnóstico y tratamiento quirúrgico, lo que asocia mayor mortalidad. El desbridamiento radical y, en algunos casos, la derivación urinaria e intestinal son esenciales así como el tratamiento antibiótico que debe cubrir enterobacterias Gram negativas, cocos Gram positivos, *Enterococcus spp.* y anaerobios ya que la FN es habitualmente polimicrobiana.