



P-215 - FASCITIS NECROTIZANTE POR STREPTOCOCO PYOGENES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

P. Sáez Carlin, A. García-Botella, L.I. Díez-Valladares, A. Sánchez-Pernaute, C. Cerdán Santacruz, R. Martín Granizo, E. Martín García-Almenta, M. Fernández-Nespral, C. Sánchez del Pueblo, A.J. Torres García y N. Cervantes Juárez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante cervical y de la pared torácica es una infección rara, potencialmente letal caracterizada por una necrosis extensa del tejido celular subcutáneo y de la fascia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 71 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por odinofagia de tres días de evolución acompañada de mal estado general. A las pocas horas presenta disnea, estridor laríngeo y una placa eritematoso-violácea, caliente en la región cervical. Evoluciona rápidamente con insuficiencia respiratoria aguda requiriendo intubación orotraqueal. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la lesión crece rápidamente hasta xifoides, axilas y región dorsal, realizándose TC que evidencia cuadro compatible con fascitis necrotizante, además de una colección de gran tamaño en mediastino anterior. Se inicia tratamiento antibiótico empírico y se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciando desvitalización de tejidos blandos desde la región submandibular y el tórax anterior hasta apófisis xifoides, región axilar bilateral y dorsal derecha. Se realiza desbridamiento extenso de tejidos necróticos, lavado de la colección mediastínica y colocación de drenajes. Se realiza endoscopia intraoperatoria descartando lesiones esofágicas. En los cultivos de sangre y de tejidos se aísla Streptococo pyogenes. A las 24 horas requiere nuevo lavado, desbridamiento y recolocación de drenajes, controlando así la progresión del cuadro. Debido al proceso inflamatorio y necrotizante, la paciente presenta parálisis de las cuerdas vocales secundaria a devascularización nerviosa e imposibilidad para la deglución por atrofia muscular. Tras dos meses en la UCI y desbridamiento diario de tejidos desvitalizados, se retira el soporte ventilatorio-hemodinámico y la traqueostomía. Se reconstruye el defecto mediante un colgajo de piel ascendente y lateral, cubriendo la totalidad del defecto de la pared anterior hasta la mandíbula. A día de hoy la paciente ha recuperado la movilidad de las cuerdas vocales y la capacidad de deglución.

Discusión: La fascitis necrotizante es una infección que raramente afecta a la región cervical y torácica. El origen más frecuente es el odontogénico, siendo excepcional en pacientes inmunocompetentes. La peculiaridad de nuestro caso reside en que no se llegó a encontrar el foco de la infección. El cuadro se puede agravar si se acompaña de una mediastinitis descendente necrotizante llegando a alcanzar una tasa de mortalidad de hasta un 40%. El manejo de la FN se

basa en cinco principios básicos: diagnóstico y desbridamiento quirúrgico precoz y extenso, antibioterapia de amplio espectro, resucitación agresiva, re-evaluación repetida y soporte nutricional. El desbridamiento quirúrgico suele ser necesario al menos en dos ocasiones para controlar la progresión del cuadro. La escisión de todo el tejido necrótico debe realizarse hasta que aparezca tejido sano, que sangre libremente tras la incisión. La herida debe dejarse abierta y varios drenajes colocados en los planos profundos. La fascitis necrotizante se caracteriza clínicamente por una destrucción fulminante de tejido, toxicidad sistémica y elevada mortalidad. Es excepcional en pacientes inmunocompetentes. La gravedad del cuadro hace fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz, dado que de ello depende su morbi-mortalidad.