



P-410 - ¿CÓMO ACTUAR ANTE LA SOSPECHA DE UNA INFECCIÓN NECROTIZANTE DE PARTES BLANDAS?

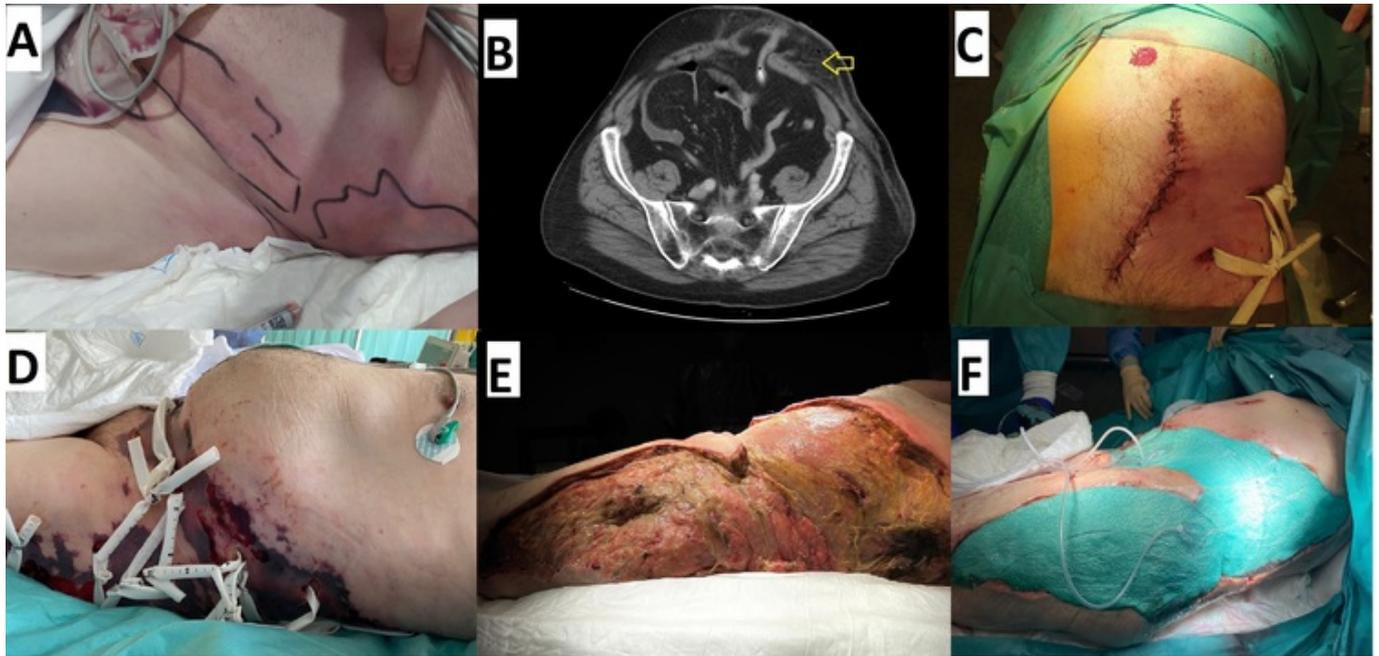
Rubio López, Laura; Dagnesses Fonseca, Javier Oscar; Benito Barbero, Silvia; Herrero Miron, Ainara; Drewniak Jakubowska, Justyna; Ariza Ibarra, Ana Isabel; García Teruel, David; Páramo Zunzunegui, Javier

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Resumen

Introducción: Las infecciones necrotizantes de partes blandas (INPB) son infecciones bacterianas infrecuentes caracterizadas por una destrucción tisular fulminante asociada a signos sistémicos de toxicidad y a una elevada mortalidad.

Caso clínico: Varón de 78 años con antecedente de amputación abdominoperineal con colostomía terminal en flanco izquierdo en 2017 por adenocarcinoma de recto, sin datos de recurrencia. Debido a un prolapso sintomático de la colostomía, se realiza tratamiento quirúrgico programado mediante una reconfección local del estoma. A las 10 horas de la cirugía el paciente comienza con un cuadro de agitación, fiebre, hipotensión y taquicardia. A la exploración se observa eritema, edema e hipoperfusión cutánea a nivel periestomal que se extiende al flanco izquierdo (fig. 1A), sin crepitación. Tras su estabilización hemodinámica se realiza una TC abdominal urgente (fig. 1B) con contraste por colostomía que evidencia trabeculación del tejido celular subcutáneo (flecha), descartándose perforación colónica. Ante la sospecha INPB, se inicia cobertura antibiótica de amplio espectro mediante meropenem, daptomicina y clindamicina y se decide cirugía emergente. En la cirugía se observa necrosis del tejido celular subcutáneo pericostomía que se extiende al flanco izquierdo sin afectación de la aponeurosis. Mediante laparotomía media se realiza resección de pared abdominal pericostomía, desbridamiento de tejido subcutáneo y traslocación de colostomía a hipocondrio derecho (fig. 1C). Debido a la progresión de la necrosis a las 24 horas (fig. 1D) y en posteriores revisiones quirúrgicas, se realiza resección del tejido afecto (fig. 1E) y colocación de terapia de vacío (fig. 1F). Una vez conseguida la estabilización del paciente en la UCI, cirugía plástica realiza injertos mallados en los defectos cutáneos con evolución favorable.



Discusión: Las INPB pueden afectar a la epidermis, tejido subcutáneo, fascia y músculo. Tal y como muestra el caso presentado, se manifiestan como cuadros clínicos rápidamente progresivos. El diagnóstico de infección necrotizante se establece mediante la exploración quirúrgica de los tejidos blandos. La TC puede de ayuda en el diagnóstico, pero no debe retrasar la cirugía. Así mismo, deben obtenerse hemocultivos y cultivos intraoperatorios. El objetivo del tratamiento quirúrgico es el desbridamiento agresivo de todo el tejido necrótico hasta llegar al tejido sano, siendo necesarias las revisiones quirúrgicas periódicas, como ocurrió en nuestro caso. Tal y como se realizó en nuestro paciente, el esquema de antibioterapia debe incluir un carbapenem o piperacilina-tazobactam, un agente con actividad frente al SARM y clindamicina, por sus efectos antitoxina. En los cultivos de nuestro paciente se aislaron *Streptococcus dysgalactiae* subespecie *equisimilis* *Eschehrichia coli*, SAMS, pudiendo desescalar el tratamiento en función del antibiograma. Los escaso estudios sobre las INPB estreptocócicas se centran en las originadas por *S. pyogenes*, Sin embargo, estudios recientes demuestran el papel del *S. dysgalactiae subsp. equisimilis* en este tipo de infecciones. Como conclusión, las INPB son cuadros graves que requieren de alto grado de sospecha para establecer un tratamiento quirúrgico y antibioterapia precoz. Los agentes etiológicos son diversos, sin embargo, el *Streptococcus dysgalactiae subsp. equisimilis* se reconoce cada vez más como agente responsable.