



P-558 - FASCITIS NECROTIZANTE ATÍPICA: SIN CONTROL DEL FOCO, EL *EXITUS* ESTÁ ASEGURADO

Díaz Pérez, David; García Val, Teresa; Hernández Bartolomé, Miguel Ángel; Fernández Orué, Arnaldo Javier; Serrano González, Javier; Esteban Agustí, Enrique; Gutiérrez Samaniego, María; Galindo Jara, Pablo

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

Resumen

Objetivos: La fascitis necrotizante (FN) es una infección de tejidos blandos agresiva y potencialmente mortal que requiere una alta sospecha. El diagnóstico es clínico y su manejo incluye antibióticos de amplio espectro (AEE) y desbridamiento quirúrgico emergente (DQE). La mayoría son secundarias a procesos médicos o a un daño tisular local, pero se ha relacionado muy escasamente con el cáncer de colon como causalidad. Se destaca la necesidad de mantener un alto índice de sospecha y considerar las posibles etiologías, incluyendo las neoplasias perforadas. Revisión de caso clínico y literatura.

Caso clínico: Mujer 63 años sin antecedentes, encontrada desvanecida y confusa. Niega traumatismos o punciones. En la EF tiene MEG, coloración violácea cutánea en FID/región inguinocrural, con crepitación/olor fétido. Analítica con leucocitosis 50.000/PCR 30/PCT 0,7/Lactato de 30,8/Coagulopatía/6 Hb. Un TAC mostró fascitis abdominal con enfisema sin afectación intraabdominal aunque con colitis en ascendente por contigüidad. Se administró piperacilina-tazobactam y se transfundió. En quirófano se resecó la pared abdominal derecha incluyendo aponeurosis anterior del recto, parte contralateral y región inguinopúbica (AP de fascitis necrotizante/microbiología con *E.coli* pansensible + *S. Cohnii*). Ingresó en UCI en *shock*. 3 DPO, se solicitó TAC-enema para descartar perforación colónica como origen, que informó neoformación de colon ascendente sin extravasación de contraste. A pesar del informe, comenzó a exteriorizar contenido fecaloideo por la pared. Se decidió laparotomía para hemicolectomía derecha y anastomosis, controvertido por las dificultades de crear un estoma. La AP fue pT4a N2a/margen libre, citología negativa. Evolución sin complicaciones, actualmente en curas para evolucionar la superficie cruenta y comenzar la quimioterapia sistémica.



Discusión: La FN tiene una incidencia de 0,4/100.000/año. Típicamente polimicrobiano, su forma más conocida es la que afecta al periano/genitales (gangrena de Fournier). Suele debutar con dolor intenso, fiebre y cambios en la piel. El diagnóstico es clínico con los hallazgos cutáneos ± sepsis, en fases finales también hay crepitación cutánea. Inicialmente la infección afecta a planos mal vascularizados sin cambiar la piel, retrasando el diagnóstico. El TAC puede ver edema/líquido/gas fascial. Su tratamiento necesita AAE y DQE, de lo contrario aumenta la ya alta mortalidad 20-30%. La etiología documentada incluye el daño local, un absceso evolucionado o enfermedades que inmunosuprimen; 20% es idiopático pero escasea la correlación con el cáncer de colon como origen (< 6%). Se conoce que la AAE sin DQE resulta en mortalidades cercanas al 100%, por lo que el control del foco debe lograrse con prontitud. Esto hace necesario establecer el origen causal para resolverlo y revisar minuciosamente la imagenología. En este caso, la paciente el primer día intervenida requirió un control-de-daños por su estado general. Le hizo mejorar pero en la búsqueda del foco se halló la neoplasia perforada, constituyendo una FN muy atípica que sin tratar probablemente aumentara la morbimortalidad. Ante una FN atípica en lado derecho se sugiere descartar apendicitis/neoplasia, y en izquierdo diverticulitis/CCR. Su manejo quirúrgico fue muy dificultoso ya que en ausencia de pared abdominal no era fácil crear un estoma. La necesidad de controlar el foco, obliga a afinar el posible origen y aumentar así la SV.