



P-570 - INFECCIONES GRAVES DE TEJIDOS BLANDOS: HASTA DÓNDE LLEGAR

Hueso Mor, Alejandro; Ferrer Vilela, Irene; De Armas Conde, María; Soto Sánchez, Ana; Hernández Alonso, Ricardo; Díaz Jiménez, Nélida; Hernández Hernández, Guillermo; Barrera Gómez, Manuel Ángel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: La incidencia de la fascitis necrotizante es 0,3/100.000 casos. Su instauración, rápida, requiere detección y tratamiento precoz para evitar morbilidad y mortalidad (30%). Diabetes, obesidad, neoplasia son factores favorecedores.

Caso clínico: Mujer, 58 años, con carcinoma de cérvix II-B tratado con Qt/Rt/braquiterapia en 2008. Posteriormente cistitis/enteritis rádica asociada a fístula colovesical derivada mediante ileostomía. En 2015 exanteración pélvica posterior con anastomosis coloanal, reconstrucción vaginal y cierre de ileostomía. En 2020 comenzó salida de pus por vagina. El TAC evidenció defecto del 40% de la anastomosis, fístula rectovaginal y colecciones asociadas. Ahora consulta tras 3 semanas de limitación funcional, empastamiento en pierna derecha, empeoramiento general y postración. Exploración física: hipotensa y taquicárdica; tumefacción desde raíz del muslo. Analíticamente: 16.000 leucocitos, PCR 39, PCT 22. TAC muestra comunicación entre vagina, recto con colección hidroaérea (8,2 × 4 cm). Fascitis/miositis en músculo obturador interno, iliaco y musculatura del muslo con osteomielitis coxofemoral. Se indicó cirugía urgente objetivándose fístula colovaginal (4 cm del margen anal) saliendo pus y detritus. Además, una colección en pelvis menor crónica. Traumatología realizó incisión anterior en cadera derecha evidenciando fascitis y colecciones purulentas de aductores, vastos, psoasíliaco y 1/3 proximal del cuádriceps requiriendo desbridamiento abundante y lavados. Exéresis acetabular por osteolisis. Evolución: el paciente evolucionó tórpida requiriendo múltiples intervenciones con desbridamiento y lavado. La sepsis grave y SIRS no respondió al tratamiento quirúrgico, antibiótico. Dada la mala evolución y ausencia de alternativas quirúrgicas y la tórpida respuesta se decidió limitar esfuerzo terapéutico falleciendo al poco tiempo. **Discusión:** La fascitis necrotizante requiere diagnóstico precoz y tratamiento agresivo. Su retraso eleva la morbimortalidad. Son factores favorecedores: pacientes oncológicos, vasculópatas, inmunodeprimidos, obesos. La cámara hiperbárica busca aumentar la cantidad de oxígeno en fascia disminuyendo el crecimiento de bacterias anaerobias. Actualmente carece de evidencia que permita recomendación. Se requiere equipo multidisciplinar con formación para limitar esfuerzo terapéutico evitando encarnizamiento.