



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-030 - FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL POR ABSCESO AMIGDALINO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Gorini, Ludovica; Ramiro Pérez, Carmen; Latorre Fragua, Raquel Aranzazu; Arteaga Peralta, Vladimir; de la Plaza Llamas, Roberto; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Picardo Gomendio, María Dolores; Arellano González, Rodrigo

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) es una infección del tejido subcutáneo, que condiciona una destrucción de la fascia y tejido adiposo adyacentes, pudiendo tener una etiología mono o polimicrobiana. Su incidencia se encuentra entre 0,3 y 15 casos cada 100.000 habitantes y la mortalidad asociada es elevada, situándose entre un 20-40% en la población adulta. Afecta con más frecuencia a extremidades (58%), pudiendo aparecer en tronco (26%), periné (40%, incluyendo la gangrena de Fournier), y en menor porcentaje cabeza, cuello y región periorbitaria. La evolución es rápida, apareciendo dolor y eritema (primeras 24/48h), seguidos de ampollas, enfisema subcutáneo, anestesia y necrosis cutánea. Se acompaña además de signos y síntomas sistémicos (fiebre, hipotensión, taquicardia, astenia, mialgias). La FN de cabeza y cuello suele ocurrir en el contexto de una disrupción de la membrana mucosa de la orofaringe por agresión quirúrgica o infección peribucal. El riesgo más importante asociado a esta localización es la mediastinitis.

Caso clínico: varón de 56 años con diagnóstico de absceso amigdalino derecho con supuración espontánea a orofaringe. Acude a urgencias tras 5 días de tratamiento con amoxicilina-clavulánico y corticoterapia, presentando aumento de volumen, crepitación y aparición de zona necrótica en región cervical. Se realiza TC cérvico-torácico, objetivándose cavidad en espacio parafaríngeo derecho, con gran extensión subcutánea desde espacio masticador hasta tercio superior del tórax anterior. Se descarta afectación mediastínica así como la de otros planos profundos. En la tinción de gram urgente, se identifican cocos grampositivos y bacilos gramnegativos, iniciando empíricamente tratamiento con meropenem, clindamicina y linezolid. Se procede a desbridamiento quirúrgico urgente del área afecta. Los hallazgos son concordantes con fascitis necrotizante, con afectación de fascias de musculatura cervical anterior y pectoral mayor derecho y tejido subcutáneo de región mamaria. Posteriormente, el paciente presenta una estancia de 10 días en UCI, requiriendo dos revisiones en quirófano, ampliando los márgenes de resección cutánea. La antibioterapia se ajustó en base al cultivo definitivo (*Candida albicans*, *Candida krusei*, *Enterobacter asburiae*, *Enterobacter cloacae*, *Prevotell buccae*, *Fusobacterium necrophorum*, *Staphylococcus epidermidis* y *Actinomyces funkei*) y antibiograma, añadiéndose micafungina y suspendiéndose la clindamicina. La evolución favorable del paciente permite una reconstrucción en dos tiempos por parte de Cirugía Plástica. Se realizan injertos de piel de espesor parcial en tórax y colocación de sustituto dérmico bicapa cervical, con sucesivo injerto de piel parcial, logrando una repitelización completa en 4 meses.

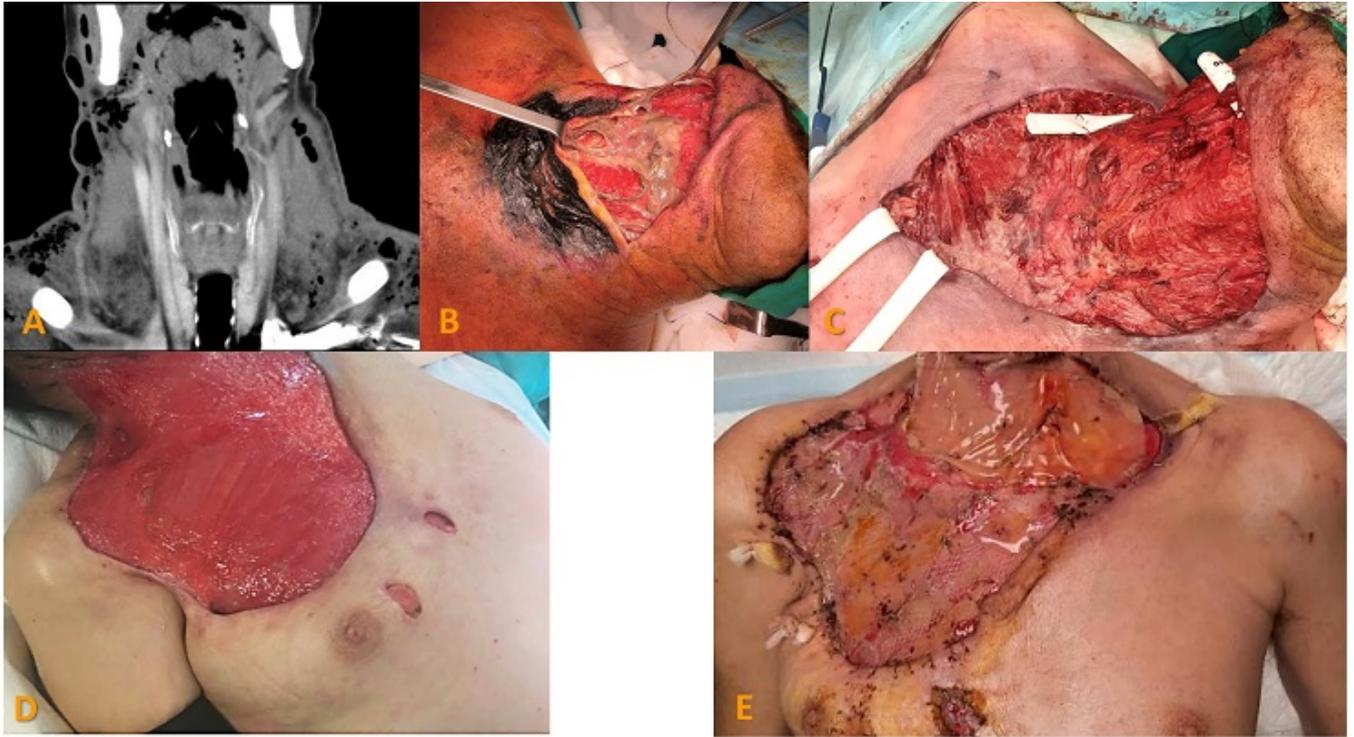


Imagen 1: (A) Corte sagital de TC cervical con cavidad parafaríngea derecha y extensión de gas a espacios superficiales adyacentes. (B) Visión laterocervical derecha de inicio de desbridamiento. (C) Visión de lecho quirúrgico tras primer desbridamiento, con exposición de músculos cervicales anteriores, tráquea y pectoral mayor derecho. (D y E) Distintas fases reconstructivas.

Discusión: En el tratamiento de la FN prima el desbridamiento quirúrgico temprano y agresivo, determinante clave de su morbimortalidad. La solución quirúrgica necesita ser acompañada previamente por una optimización del paciente, llevada a cabo en una unidad de cuidados intensivos. Este paso incluye la antibioterapia empírica, de amplio espectro y de inicio temprano, cubriendo gram positivos y negativos, así como SARMS. Posteriormente, se recomiendan curas con suero hipotónico u otro agente antiséptico (existen buenos resultados descritos con el uso de PHMB/betaína), siendo frecuente el uso de sistemas de presión negativa. Es recomendable realizar un *second-look* quirúrgico a las 24 horas, debido al deterioro fisiológico de los tejidos y antes de iniciar el proceso reconstructivo.