



P-506 - TERAPIA VAC-INSTILL EN FASCITIS NECROSANTE DE LUMBOTOMÍA DERECHA SECUNDARIA A HEMATOMA RENAL DERECHO SOBREENFECTADO

C. Pañella Vilamú, J.A. Pereira Rodríguez, E. Membrilla Fernández, J.J. Sancho Insenser y L. Grande Posa

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las infecciones postoperatorias profundas de pared abdominal prolongan la estancia hospitalaria que deriva en mayor carga asistencial y coste sanitario. La terapia de presión negativa (TPN) representa una alternativa terapéutica en heridas quirúrgicas con infección grave y gran pérdida de sustancia aunque en ciertos casos puede fracasar y sus variantes se plantean como nuevas opciones terapéuticas. El caso que se expone refleja nuestra experiencia en el uso de la TPN intermitente e instilación de antibióticos en un paciente con intervenciones quirúrgicas reiterativas intrabdominales y fascitis necrosante de pared abdominal. El interés radica en el manejo del cierre del defecto de la pared abdominal tras sufrir fascitis y miositis.

Caso clínico: Varón de 58 años, ingresado por sepsis urinaria secundaria a hematoma subcapsular renal derecho tras biopsia renal percutánea. El paciente acude a urgencias por lumbalgia e hipotensión arterial, analíticamente destacan insuficiencia renal aguda y leucocitosis, la tomografía computarizada (TC) identifica una colección heterogénea perirrenal derecha, compatible con hematoma sobreinfectado. Se coloca un drenaje percutáneo retroperitoneal con obtención de exudado purulento y se inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. Por empeoramiento clínico-radiológico, se realiza lumbotomía urgente evidenciándose necrosis de fascias pararenales que comporta realización de necrosectomía y nefrectomía derecha. Posteriormente, desarrolla un síndrome compartimental intrabdominal que precisa nueva revisión quirúrgica, se inicia TPN continua a 125 mmHg (V.A.C.; KCI, Austin, TX, EEUU). Posteriormente desarrolla una fístula fecal con peritonitis fecaloidea secundaria a perforación cecal, que requiere una colectomía total e ileostomía terminal. En el postoperatorio se objetiva amplio defecto de pared abdominal con exposición hepática secundario a fascitis retroperitoneal y miositis de la pared. Durante este tiempo, se trata con múltiples antibióticos ev sin éxito y persisten cultivos positivos para *E. faecalis*, *E. aerogenes* y *K. pneumoniae*. Con estos resultados, se inicia TPN intermitente con instilación de gentamicina (240 mg/500 mL con ciclo de 3' de irrigación y 2' de aspiración) y posteriormente con cefoxitina (mismo régimen), durante 48 días, consiguiéndose buena evolución. Se reconstruye la pared abdominal con una malla Bio-A (Gore&Associates, Bio-A Tissue Reinforcement, EEUU) con recuperación funcional a los 19 días.

Discusión: El uso de VAC instill con antibioticoterapia apenas descrito en la literatura médica, puede ofrecer resultados alentadores en casos de síndrome compartimental abdominal con dehiscencia de sutura o defectos de pared amplios asociados a fascitis necrotizantes. Así mismo,

resultan alentadores los resultados en casos de persistencia bacteriana a pesar de pauta antibiótica sistémica y fracaso de TPN convencional.