



P-248 - TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL TRATAMIENTO DE CELULITIS CERVICAL EXTENSA EN PACIENTE CON NEOPLASIA DE ESÓFAGO CERVICAL DISEMINADA

M.F. Riveros Caballero, J. Osorio Aguilar, J. Rodríguez Santiago, N. Pérez Romero, E. Muñoz y H. Vargas

Hospital Mutua de Terrassa.

Resumen

Introducción: Las infecciones de la piel y de los tejidos blandos son un conjunto de entidades con distinta clínica y gravedad, que pueden presentarse también con necrosis como celulitis necrosante, fascitis necrosante y/o mionecrosis. Suelen estar causadas por estreptococos beta hemolíticos del grupo A y B y Staphylococcus aureus, y en algunos casos gérmenes anaerobios. El diagnóstico se constata clínicamente con la presencia de lesiones cutáneas en forma de placas mal delimitadas eritematosas, calientes y edematosas. La valoración clínica inicial debe incluir antecedentes personales que predispongan a la infección o a una mala evolución (traumatismo, cirugía, comorbilidad, corticoterapia, antibioticoterapia o tratamiento quimioradioterápico previo), así como valoración de las manifestaciones clínicas locales (crepitación, bullas, necrosis, etc.) y generales (deterioro general, confusión, fiebre). Lo más importante inicialmente es descartar la presencia de infección necrotizante, y de ser así, realizar un desbridamiento lo más extenso posible resecando todo tejido necrótico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente 53 años, fumador y enolismo moderado, diagnosticado de neoplasia infiltrativa de esófago cervical y medio, que presentado en comité de tumores se desestima intervención quirúrgica, iniciándose tratamiento quimioradioterápico radical. Durante tratamiento oncológico se constata aumento de diámetro cervical, catalogado como progresión de la enfermedad, inician nuevo ciclo quimioterápico de mayor intensidad, con empeoramiento clínico y signos inflamatorios locales tras 5 días de tratamiento por lo que se decide realizar TAC cervical que objetiva un extenso enfisema cervical con colecciones cervicales en planos superficial y profundo, junto a neoplasia esofágica ya conocida. Se decide intervención quirúrgica de urgencia realizándose una cervicotomía extensa en "U" con desbridamiento amplio y drenajes cervicales. Paciente pasa UCI donde se logra la extubación al quinto DPO, colocándose una gastrostomía percutánea para alimentación. Curas a nivel de la herida, constatan progresión de la necrosis del lado derecho por lo que se amplían márgenes y se coloca terapia de presión negativa en forma continua a bajas presiones con recambio y valoración de la herida cada 48-72h. Paciente con buena evolución, no requiere nuevos desbridamientos, continua terapia VAC en planta y posteriormente en forma de hospitalización domiciliaria, hasta la total cicatrización de la herida. Presentado nuevamente en comité de tumores, se decide reiniciar tratamiento quimioterápico en forma radical.

Discusión: En el desbridamiento de grandes superficies de tejido, posterior al control del foco infeccioso, el cierre resulta bastante difícil, donde la terapia de presión negativa(VAC) resulta una buena opción para el manejo y control de la herida, que como en este caso el cierre fue total y el paciente pudo reiniciar su tratamiento quimioterápico.