



P-585 - FASCITIS NECROTIZANTE ABDOMINAL SECUNDARIA A INYECCIÓN SUBCUTÁNEA DE HBPM A DOSIS PROFILÁCTICA: COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL

Díez Núñez, Ana; Álvarez Medialdea, Javier; de la Vega Olías, María del Coral; Mendoza Esparrel, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús María; Campos Martínez, Francisco Javier; Balbuena García, Manuel; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso clínico y la evolución postoperatoria de una paciente afectada de fascitis necrotizante abdominal secundaria a la administración subcutánea de HBPM.

Caso clínico: Mujer 51 años, fumadora inveterada desde infancia, HTA y broncopatía secundaria a cifoescoliosis lumbar por fractura-aplastamiento vertebral T12-L1, con estancia en Unidad de Cuidados Intensivos hace menos de 15 días por sepsis de origen respiratorio: neumonía bilateral que precisó medidas invasivas. De forma profiláctica, inician HBPM a dosis de 40 mg/24 horas subcutánea. A los 20 días la paciente es dada de alta, manteniendo misma dosis de HBPM por encamamiento. Acude al quinto día de estancia en domicilio, refiriendo fiebre de 40 °C, intenso dolor y quemazón en región de faldón graso, así como olor intenso. A su llegada al servicio de urgencias, presenta criterios de sepsis grave con tendencia a hipotensión severa que no responde a fluidoterapia, taquicardia, oligoanuria, fiebre de 39,5 °C y analítica de leucocitosis con desviación izquierda, elevación de reactantes de fase aguda e inicio de coagulopatía. A la exploración, como único foco presenta extensa placa necrótica en región de faldón graso abdominal izquierdo, con flictenas en superficie, que se extiende desde pubis, sin afectar labios mayores, hasta región subcostal izquierda. La zona central de la placa descrita, coincide con zona de hematoma tras punción de HBPM referida dos días atrás. A la palpación, crepitación en toda la extensión descrita. Asocia componente inflamatorio con edema y calor en hemiabdomen contralateral, sin signos evolucionados como en lado izquierdo. Por ello, se decide intervención quirúrgica urgente. Realizamos intervención quirúrgica bajo anestesia general, encontrándose necrosis completa de todo tejido celular subcutáneo desde pubis e ingle izquierda hasta región periumbilical izquierda. Afectación parcheada de aponeurosis del recto anterior del abdomen. El hemiabdomen contralateral no impresiona de estar afecto. Se realiza desbridamiento de todo el tejido desvitalizado hasta encontrar plano sano y se decide dejar herida abierta, con alta sospecha de colonización por anaerobios, para cierre por segunda intención. Tras intervención, la paciente precisa de nuevo soporte en UCI, manteniendo intubación orotraqueal, drogas vasoactivas a altas dosis, antibioterapia empírica de amplio espectro (piperacilina-tazobactam + cloxacilina) y hemofiltro, permaneciendo en situación crítica las primeras 96 horas, aunque el aspecto de la herida quirúrgica es favorable desde el primer día postoperatorio. Se aísla en muestras tomadas en quirófano un *Clostridium ramossum* como único patógeno, sensible a piperacilina-tazobactam. Al 13º DPO, sube a planta de hospitalización por mejoría. Evolución lenta pero favorable con buen aspecto de herida quirúrgica

que no precisó ampliación de márgenes en quirófano y que ha sido curada con Cutimed® y Prontosan gel®. Dada la gran extensión de la herida, y una vez que observamos tejido de granulación limpio en fondo de herida, decidimos iniciar terapia VAC® para acelerar el proceso de cicatrización.



Discusión: Aunque la fascitis necrotizante abdominal tiene muy mal pronóstico con alta tasa de mortalidad, un primer acto quirúrgico agresivo con limpieza exhaustiva de todo tejido afecto, por extenso que sea, propiciará una buena evolución sin precisar reiteradas intervenciones.