



P-541 - FASCITIS NECROTIZANTE POR *FINEGOLDIA MAGNA* Y *ACTINOMICES NEUII* TRAS EVENTROPLASTIA ABDOMINAL

Alonso García, Sandra Cecilia; Martínez Domínguez, Ana Patricia; Brea Gómez, Esther; Zurita Saavedra, Marisol; Garde Lecumberri, Carlos

Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada.

Resumen

Introducción: La cirugía programada de patologías benignas, en ocasiones puede ocasionar complicaciones infecciosas poco frecuentes pero potencialmente muy graves, como ocurre en el caso que se presenta a continuación.

Caso clínico: Paciente mujer de 52 años con obesidad (IMC 46), que se interviene por eventración magna de más de 25 años de evolución. Se realiza eventroplastia con malla de PPL retromuscular evolucionando de forma favorable y sin ningún tipo de signo que previera lo acontecido posteriormente, siendo dada de alta al cuarto día tras la intervención. En el sexto día acude a Urgencias por fiebre y dolor abdominal. Se aprecia en la analítica elevación de reactantes de fase aguda y la ecografía informa de serohematoma de 15 × 5 cm. Se realiza exploración de la herida entrando la paciente en shock. Se drena hematoma maloliente subcutáneo y se evidencia extensa necrosis del plano aponeurótico anterior y posterior y mionecrosis de músculos rectos. Se realiza lavado, desbridamiento, toma de cultivos (*Finegoldia magna* y *Actinomices neuui*) y se coloca sistema VAC intraabdominal. Se instaura antibioterapia de amplio espectro. Durante el postoperatorio la paciente presenta MODS requiriendo estancia en UCI con soporte ventilatorio y necesidad de vasoactivos. Desde el punto de vista quirúrgico se realizan dos exploraciones con mejoría del estado de la pared abdominal siendo cerrada con dos mallas Omyra y colocación de sistema VAC en TCS. La paciente presenta mejoría siendo dada de alta tras 22 días de ingreso. La fascitis necrotizante (FN) es una infección poco común, de progresión muy rápida y elevada mortalidad (20-47%). Son factores de riesgo los traumatismos, heridas punzantes y cirugías (en pacientes diabéticos y con vasculopatía periférica), obesidad, cirrosis y corticoterapia. Esta entidad se clasifica en tipo I, polimicrobiana por bacterias aerobias y anaerobias, (pacientes inmunocomprometidos); tipo II, causada por estreptococos grupo A y *S. aureus* (pacientes jóvenes e inmunocompetentes); tipo III, originada por *Vibrio vulnificus*, asociada a heridas tras la manipulación de marisco. Afecta a piel, TCS y fascias. Produce trombosis de la microcirculación subcutánea y necrosis hística pudiendo aparecer un síndrome compartimental con mionecrosis y originar toxicidad sistémica que en fases tardías produce shock y fallo multiorgánico. El tratamiento requiere la extirpación de todo el tejido necrótico, reevaluación constante de las heridas y antibioterapia empírica frente a cocos gran positivos, bacilos gram negativos y anaerobios.



Conclusiones: La FN conlleva un compromiso sistémico severo con elevada morbimortalidad, por lo que son claves el diagnóstico y tratamiento precoces. Lo llamativo en nuestro caso fue que ocurrió en una paciente intervenida de eventración, que aunque fuera de gran tamaño y que como factor de riesgo existía la obesidad, no se trataba de una paciente inmunocomprometida para ser infectada de esa manera por dos microorganismos tan infrecuentes como los hallados en las muestras del cultivo. Por ello ante una evolución catastrófica tras una eventroplastia no hay que olvidar este tipo de microorganismos, ya que como se ha demostrado en nuestro caso la actuación precoz en todos los sentidos es básica para evitar un desenlace fatal.