



## P-485 - CELULITIS NECROSANTE DE MAMA POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN PACIENTE PUÉRPERA

Gutiérrez Vázquez, Ramiro Raphael; Jimeno Fraile, Jaime; Paz Ramírez, Lucia; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos; Silvino Sánchez, Cantia; Ceniza Pena, Daniel; Caiña Ruiz, Rubén; Lagunas Caballero, Esther

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

### Resumen

**Introducción:** La infección grave de tejidos blandos (IGTB) es una entidad poco frecuente en la patología de la mama. Tras el parto, y asociado a la lactancia, no es infrecuente la mastitis puerperal (MP). La MP aparece en el 5% de las púerperas durante la lactancia, evolucionando en el 10% de las pacientes a la formación de un absceso mamario. Los gérmenes implicados en la MP suelen proceder de la boca y orofaringe del recién nacido o de la piel, predominando el aislamiento de *Staphylococcus aureus* en más del 90% de los casos. Presentamos el caso clínico y la ilustrativa iconografía de una paciente púerpera sana que desarrolla una IGTB en forma de celulitis necrosante por *Streptococcus pyogenes*.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 38 años sin antecedentes personales relevantes que tiene un parto eutócico sin complicaciones e inicio de la lactancia sin incidencias. A los 10 días del parto presenta mastalgia de inicio brusco sin fiebre. En pocas horas aparece eritema periareolar con aumento de la temperatura local, que se extiende rápidamente al resto de la mama. A su llegada a urgencias se evidencia hipotensión arterial y a la exploración áreas de necrosis cutánea periareolar asociada a flictenas. En la analítica destaca aumento de reactantes de fase aguda (PCR de 30 mg/dl, procalcitonina de 21,8 ng/ml y leucocitosis) e insuficiencia renal. Se inicia antibioticoterapia empírica con meropenem 1gr/8 horas asociada a clindamicina y reanimación intensiva con cristaloides. Como antecedente de importancia, hija mayor con escarlatina. La paciente se traslada a la UCI donde se decide intervención quirúrgica. Durante la cirugía se realiza desbridamiento del tejido necrótico objetivando necrosis de la areola y de la piel de los cuadrantes externos de la mama secundaria a trombosis del plexo vascular subdérmico, respetando el tejido glandular. Se realiza resección de los colgajos cutáneos hasta obtener márgenes dérmicos bien perfundidos con un defecto cutáneo de 15 × 10 cm, colocándose terapia de presión negativa para cubrir el defecto. Tras el aislamiento de *Streptococcus pyogenes* multisensible se desescala a penicilina G 3 millones/4 horas endovenosa asociada a clindamicina. En el posoperatorio inmediato la paciente se estabiliza con retirada de aminas y normalización del perfil de sepsis y de la función renal, sin evidencia de progresión de la necrosis del lecho quirúrgico. El séptimo día posoperatorio se decide alta hospitalaria con amoxicilina oral.

**Discusión:** La celulitis necrosante de mama es una afección rara pero grave que requiere un enfoque multidisciplinario e intervención quirúrgica temprana. El uso de la terapia de presión

negativa VAC después de la cirugía puede contribuir a la recuperación de tejidos afectados. Es importante tener un alto índice de sospecha para su diagnóstico, especialmente en personas sin factores de riesgo conocidos, debido al aumento de incidencia reciente. La eliminación quirúrgica del tejido afectado y el uso de antibióticos de amplio espectro son el tratamiento principal para reducir los riesgos de complicaciones graves como la expansión de la infección o muerte.