

# Fascitis necrosante de cuello

## Necrotizing fasciitis of the neck

Joseph Jones describe la fascitis necrosante durante la Guerra Civil norteamericana y la denomina "gangrena de hospital". En 1884, Fournier publica su clásica descripción de la gangrena de genitales y en 1924 Meleney hace referencia a una infección causada por el estreptococo beta hemolítico que requiere cirugía precoz<sup>1,2</sup>.

La localización en el cuello de la fascitis necrosante es rara y su expresión clínica insidiosa<sup>1-4</sup>.

Comunicamos 2 casos en el cuello. Caso 1: hombre de 54 años con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, portador de un carcinoma escamoso de hipofaringe, epiglotis y base de la lengua, con metástasis ganglionares en el cuello. Luego de una cirugía comando en agosto de 1995 (laringectomía total, glosectomía parcial, faringectomía parcial y disección radical de cuello), presenta tumefacción y flogosis laterocervical a los 5 días de operado. Se efectúa drenaje quirúrgico, luego de este queda establecida una fístula faringocutánea de alto caudal. El 10.º día postoperatorio se produce una fascitis necrosante de piel y platismo, con necrosis de la lengua. Se realiza gastrostomía de alimentación, glosectomía total y resección del colgajo cervical, y se coloca un dispositivo intraluminal faringoesofágico para dirigir el flujo salival. Se aislaron en el cultivo *Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides fragilis* y *Staphylococcus aureus*. Evolucionó favorablemente y se reconstruyó con un colgajo miocutáneo del pectoral mayor en doble isla 15 días más tarde. Presentó un período libre de enfermedad de 18 meses, y falleció por recidiva locorregional al 2.º año del postoperatorio.

Caso 2: hombre, de 60 años con antecedentes de diabetes tipo 2, enfisema pulmonar por tabaquismo y adicción a drogas. Ingresa por flemón dentario y tumefacción facial izquierda de 1 semana de evolución, había recibido tratamiento con gentamicina intramuscular y corticoides previo a la consulta en nuestro centro. Al 3.º día de internación tratado con ampicilina-sulbactam, presenta eritema en el cuello extendido al hombro izquierdo, con crepitación y presencia de gas subcutáneo detectado radiológicamente. Se opera, y se hallan abscesos en los espacios intermusculares con necrosis de fascias y músculos. Se realiza debridamiento amplio y se aísla en el cultivo *Klebsiella pneumoniae*. Evoluciona de manera tórpida, con complicaciones respiratorias, y fallece al mes por falla multiorgánica (fig. 1).

La clínica de la fascitis necrosante de cuello inicialmente es inespecífica. Sólo el dolor, desproporcionadamente intenso, puede despertar sospechas en esta etapa. La crepitación, la aparición radiológica de gas y la necrosis cutánea son signos tardíos<sup>1,2,5</sup>.

El foco inicial en esta localización se asocia principalmente a infecciones dentarias y siguen en frecuencia los flemones faríngeos, postoperatorios de cirugía oncológica y necrosis postradioterapia<sup>1,5</sup>. Las complicaciones más graves, que

marcan la diferencia con otras localizaciones, son la mediastinitis necrosante descendente, cuadro de elevada mortalidad, y la tromboflebitis de la vena yugular interna<sup>1-6</sup>.

Desde el punto de vista bacteriológico, se trata por lo general de infecciones sinérgicas polibacterianas. El germen aislado con mayor frecuencia es el estreptococo beta hemolítico del grupo A, pero se han identificado otras bacterias aerobias y anaerobias además de la flora propia de la cavidad oral<sup>1</sup>.

En el caso 1 se aislaron 3 bacterias. En el caso 2, sólo pudimos aislar un germen aerobio, aunque la presencia de gas subcutáneo y crepitación sugieren la presencia de anaerobios y se trataría de un subdiagnóstico, a pesar de haberse realizado cultivos en medios adecuados.

La tomografía computarizada puede detectar precozmente el engrosamiento aponeurótico, la miositis del platismo y del esternocleidomastoideo, además de pequeñas colecciones intermusculares. Es considerado actualmente el estudio complementario de elección para el diagnóstico inicial, y en



**Figura 1 – Fascitis necrosante de cuello con foco odontógeno (postoperatorio).**

el seguimiento postoperatorio puede detectar la progresión de la necrosis muscular y decidir una reintervención<sup>1</sup>.

Uno de los pacientes que presentamos era diabético no tratado, tabaquista y adicto a drogas intravenosas; el otro era tabaquista, etilista y portador de un cáncer. Estos antecedentes coinciden con la literatura médica, que señala que en el 50% de las fascitis se reconocen factores predisponentes como diabetes, inmunosupresión, tratamiento con corticoides, alcoholismo, insuficiencia renal, obesidad o neoplasia, entre otros. Como contrapartida, la mitad de los casos reportados no presentan enfermedad asociada que favorezca su desarrollo<sup>1-6</sup>.

El tratamiento de elección se basa en el debridamiento precoz, el tratamiento antibiótico con esquemas que cubran flora mixta y el soporte vital del cuadro séptico en la unidad de cuidados intensivos<sup>1-6</sup>. Nosotros lavamos la herida con solución de povidona yodada y agua oxigenada, y la cubrimos con un pack de gasa vaselinada. Si se constata la presencia de restos necróticos en las curaciones, se reexplora la herida para researlos y evitar la progresión del cuadro.

El empleo de la oxigenoterapia en cámara hiperbárica es discutido, si bien en trabajos de reciente publicación se recomienda su indicación por reducir la morbimortalidad al inhibir el desarrollo de bacterias anaerobias y contribuir a delimitar las áreas de necrosis<sup>1,3,5,6</sup>.

La tasa de mortalidad, dada su baja frecuencia, debe considerarse en el contexto del resto de las localizaciones, donde oscila entre el 6 y el 76%<sup>1-5</sup>. Citamos una estadística publicada en 2008 con una mortalidad en las fascitis de cabeza y cuello del 25%<sup>6</sup>.

No hallamos en la literatura médica la incidencia de la fascitis cervical en relación con otras localizaciones. Todas las publicaciones hacen referencia a casos aislados o series poco numerosas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Bodet Agusti E, Martínez Vecina V, Romeu Figuerola C, Angel Abreu J, Hernández G. Fascitis necrotizante cervical: presentación de un caso y revisión de la literatura. *ORL-DIPS*. 2005;32:200-3.
2. Czymek R, Schmidt A, Eckmann C, Bouchard R, Wulff B, Lauber T, et al. Fournier's gangrene: Vacuum-assisted closure versus conventional dressings. *Am J Surg*. 2009;197:168-76.
3. Krenk L, Nielsen HU, Christensen ME. Necrotizing fasciitis in the head and neck region: An analysis of standard treatment effectiveness. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007;264:917-22.
4. Cutilli T, Cargini P, Placidi D, Corbacelli A. Necrotizing fasciitis of the maxillofacial region caused by dental infection. A case report and review. *Minerva Stomatol*. 2007;56:469-76.
5. Wong CH, Yam AT, Tan ABH, Son C. Approach to debridement in necrotizing fasciitis. *Am J Surg*. 2008;196:19-24.
6. De Carlucci D. Management of necrotizing fasciitis. En: Cernea CR, Dias FL, Myers EN, Fliss D, Lima RA, Wei WI, editors. *Pearls and pitfalls in head and neck surgery*. Basel: Karger Publishers; 2008. p. 168-9.

Luis D. Sarra<sup>a,\*</sup>, Alejandro da Silva<sup>b</sup>, Julio Bitar<sup>b</sup> y Nicolás Provítola<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sección Cirugía de Cabeza y Cuello, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Municipal Dr. Diego Thompson, General San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup>Servicio de Emergencias, Hospital Municipal Dr. Diego Thompson, General San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsarra@intramed.net.ar (L.D. Sarra).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.011

## Hemicolectomía derecha e intervención de Whipple en un paciente con adenocarcinoma de colon localmente avanzado

### Right hemicolectomy and whipple procedure in a patient with locally advanced adenocarcinoma of the colon

El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia más frecuente y la segunda causa de mortalidad por cáncer en los países desarrollados. La invasión o adherencia de la neoformación a las estructuras cercanas ocurre aproximadamente entre

el 5,5 y el 16,7% de los pacientes<sup>1</sup>. Los tumores localizados en el colon derecho pueden afectar al riñón subyacente, al duodeno-páncreas o al hígado, y pueden afectar su resecabilidad.