

FASCITIS NECROTIZANTE POSTCESAREA

Montoya Martinez N, Gazabat Barbado E, Arteaga Moreno A, Prieto Sanchez MT, Sanchez Ferrer ML, Nieto Diaz A



INTRODUCCIÓN

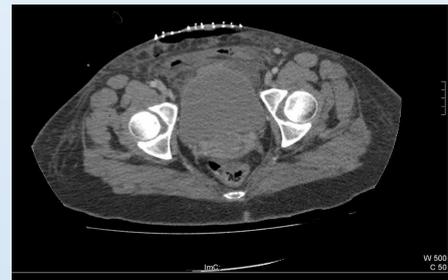
La fascitis necrotizante es una patología poco frecuente, difícil de diagnosticar y de alta letalidad. Precisa un diagnóstico y tratamiento temprano, que determinarán la supervivencia del paciente.

CASO CLÍNICO

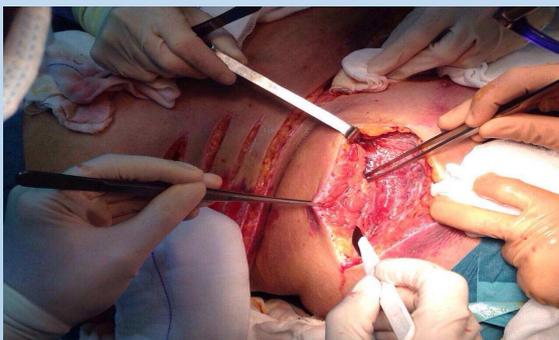
Secundigesta de 35 años con cesárea anterior, de 40+4 semanas de gestación que consulta por sangrado vaginal moderado y se induce con oxitocina. Durante el parto presenta una detención de la dilatación, y se realiza una cesárea urgente, naciendo niño con Apgar 9/10.

A las 24 horas de la intervención presenta dolor y distensión abdominal, febrícula, taquicardia, leucopenia, trombocitopenia, acidosis láctica, aumento de la PCR y procalcitonina. Se solicita TAC que informa de líquido libre multicompartimental, dilatación de intestino delgado y edema del tejido celular subcutáneo.

Se reinterviene encontrándose herida quirúrgica necrótica, tejido celular subcutáneo desfacelado, colección en espacio subaponeurótico con líquido purulento en tercio lateral derecho de la herida, abundante cantidad de líquido séptico en cavidad abdominal; se realiza drenaje y limpieza y toman muestras para cultivo, donde se identifica *Estreptococo Pyogenes*. Se inicia tratamiento con antibióticos de amplio espectro.



Ante la clínica de fascitis necrotizante (crepitación, flictenas en flanco, fosa iliaca y raíz del muslo derecho) se reinterviene para incisiones de descarga hasta bordes de tejido celular subcutáneo sano. Por el tamaño de dichas incisiones precisa colocación en una semana de un dispositivo VAC.



DISCUSIÓN

La fascitis necrotizante se presenta en 0.4 casos por 100000, tiene una tasa de mortalidad del 25 al 75 %. Esta puede ser causada por *Estreptococo*, *Clostridium* o ser polimicrobiana y se presenta con mayor frecuencia en pacientes posquirúrgicos e inmunosuprimidos. Suele iniciarse como una zona de celulitis y posteriormente ampollas, crepitación y signos de sepsis severa.

Un tratamiento temprano reduce la mortalidad. Este incluye desbridamiento temprano y agresivo, oxígeno hiperbárico, antibióticos de amplio espectro y terapia vacuum.

BIBLIOGRAFIA

- R. Durai , P. C. H. Ng & A. Uzkalnis. Necrotising fasciitis following a caesarean section. J Obstet Gynaecol. 2012 Jan;32(1):96-8
- L. Childs, K. L. Moores & S. Dhingra. Uterine preservation in necrotising fasciitis following caesarean section. J Obstet Gynaecol. 2012 Feb;32(2):190-1.

