

CASO CLINICO

**FASCITIS NECROTIZANTE COMO COMPLICACIÓN DE APENDICITIS AGUDA:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Gajardo Andrade, Paulina¹, Guerra Quintas, Maricarmen¹, Rostion Allel, Carmen Gloria²

¹ Programa de formación de especialistas en pediatría. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Cirujano Infantil. Departamento Pediatría y Cirugía Infantil Hospital Roberto del Río. Facultad de Medicina Universidad de Chile

Resumen

Introducción: La Fascitis necrotizante (FN) es una infección aguda del tejido subcutáneo que puede comprometer la fascia y producir compromiso sistémico y sepsis. Es una complicación extremadamente rara posterior a una apendicitis aguda. **Objetivo:** Demostrar la importancia de realizar el diagnóstico a tiempo y la intervención de forma precoz. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente que evoluciona con una Fascitis necrotizante posterior a una apendicectomía. Se realiza una intervención quirúrgica y terapia antimicrobiana precoz, con una favorable evolución. **Conclusiones:** La FN es una patología con escasa sintomatología y signología clínica, por lo que se debe tener un alto grado de sospecha. Un diagnóstico e intervención a tiempo logra mejorar la sobrevida de los pacientes.

Abstract:

Introduction: Necrotizing fasciitis is characterized by a necrotic infection that rapidly spreads along the fascia and progresses to systemic sepsis. A fatal complication of acute appendicitis is extremely rare. **Objective:** Illustrates the importance of early diagnosis and prompt surgical intervention. **Case Report:** We present a case of necrotizing fasciitis after an appendectomy. An early intervention and antibiotic therapy allowed a favorable evolution. **Conclusions:** The necrotizing fasciitis has a nonspecific symptomatology and signology, so we must suspect the pathology. An early diagnosis and aggressive surgical intervention can be life- saving.

Introducción

La Fascitis necrotizante (FN) es una infección aguda del tejido subcutáneo que puede comprometer la fascia y producir compromiso sistémico y sepsis ¹. Se asocia a una significativa morbilidad, alcanzando un 72,7% cuando el tratamiento es tardío². El principal microorganismo involucrado es el Streptococcus del Grupo A ³. La FN es una complicación extremadamente rara posterior a una apendicitis aguda perforada ¹. Es crucial para la sobrevida del paciente el diagnóstico precoz, el cual es difícil de realizar por la escasez de hallazgos clínicos tempranos y específicos que hagan sospechar una FN. El manejo quirúrgico consiste en realizar un desbridamiento precoz y agresivo de todo el tejido afectado ³, el cual se debe realizar inmediatamente posterior al diagnóstico ¹.

Caso Clínico

Paciente de 6 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 10 días de evolución de dolor abdominal asociado a vómitos y fiebre; con examen físico compatible con peritonitis apendicular. En sus exámenes destacaba una PCR de 54,2 mg/L, leucocitos 31.980, segmentados 79%. Se realiza una apendicetomía laboriosa encontrándose apéndice retrocecal, ascendente subseroso, sin incidentes. Evoluciona favorablemente las primeras horas post operatorias. A las 48 horas comienza con dolor abdominal asociado a vómitos biliosos y taquicardia que no responde a manejo con bolos de solución salina; al examen físico destacaba eritema en borde de herida operatoria con hiperalgia. (Fotos 1 y 2) Se realiza radiografía de abdomen que destaca pequeñas burbujas de aire en zona operatoria. (Foto 3) Se controla

con nueva PCR de 235,8 mg/L. Se sospecha una fascitis necrotizante por lo que ingresa nuevamente a pabellón; se encuentra tejido celular, aponeurosis, músculo y fascia de color grisáceo desvitalizados, edematoso, con hallazgo de atrapamiento aéreo disecante de superficie aproximada de 20 x 13 cm. Se realiza resección de tejido desvitalizado y aseo quirúrgico (foto 4), se toman muestras para cultivo y tejido para biopsia. Instalación de VAC que queda aspirativo a 50 mmhg intermitente. Se

maneja con tratamiento triasociado con clindamicina, metronidazol y amikacina.

Resultados de cultivos; Hemocultivo aerobio (III) (+) *Stafilococo Epidermidis*, Cultivo corriente secreción peritoneal (+) *Escherichia Coli*, (+) *Streptococo Pyogenes*, (-) Anaerobio, Cultivo corriente herida operatoria (+) *Stafilococo aureus*, Cultivo corriente pared abdominal (-).

Evoluciona favorablemente, se realizan aseos quirúrgicos y avance de colgajos más injerto dermoepidérmico mallado, 100% prendidos al alta.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Discusión

La fascitis necrotizante es una infección de partes blandas rápidamente progresiva, caracterizada por una extensa necrosis del tejido subcutáneo y la fascia subyacente, generalmente asociada a una grave toxicidad sistémica⁴.

Esta patología se puede clasificar en dos grupos: la FN tipo 1, que involucra anaerobios y aerobios facultativos, considerándose en esta categoría a las enterobacterias; y la tipo 2, conocida también como gangrena hemolítica estreptocócica, donde destacan *Streptococcus* y *Staphylococcus*⁵.

En etapas tempranas, la FN es una patología difícil de diagnosticar debido a los signos inespecíficos con los que se manifiesta, caracterizados por dolor, calor, eritema o edema; que posteriormente evoluciona hacia crepitaciones, necrosis y anestesia por destrucción de terminaciones nerviosas. En el cuadro avanzado, el paciente puede presentar sepsis e incluso falla multiorgánica⁶.

La FN puede ocurrir en cualquier localización del cuerpo, existiendo zonas que se afectan más comúnmente. Las infecciones más frecuentes se observan en extremidades, abdomen, zona inguinal y periné⁷. Cuando compromete la pared abdominal por lo general es una complicación de una cirugía de esta zona⁵.

Las posibles etiologías de la FN que compromete la pared abdominal, en el contexto de una apendicitis aguda son: 1) la transmisión directa a la pared abdominal a través de apéndice inflamado; 2) al remover el apéndice por sitio de incisión y 3) por invasión de la herida quirúrgica por patógenos exógenos en el postoperatorio. En un 20% de los casos se desconoce el mecanismo de invasión⁸.

La intervención quirúrgica es fundamental en el manejo de pacientes con FN. El desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo puede salvar la vida del paciente⁹.

Nuestro paciente presentó cuadro de FN posterior a una apendicectomía, que se sospechó por cuadro de eritema en zona

operatoria e hiperalgia. Se realizó desbridamiento quirúrgico precoz, por lo que paciente evolucionó favorablemente, con posterior alta en buenas condiciones. La sospecha y el tratamiento precoz son fundamentales al momento de enfrentar a un paciente con FN.

Bibliografía

1. Jie Hua, Le Yao. Necrotizing fasciitis caused by perforated appendicitis: a case report. *Int J Clin Exp Pathol* 2015;8(3):3334-3338
2. Fernandes, C; Damaso, C. Fascíte necrotizante pósapendicite aguda. *Acta Med Port* 2011; 24(S3): 621-626
3. Mazzone, L; Schiestl, C. Management of septic skin necroses. *Eur J Pediatr Surg*. 2013 Oct;23(5):349-58
4. Pacheco, A; Bravo, I. Fascitis necrotizante post-apendicectomía. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 56- nº1, 2004. Pags. 35-39
5. Takeda, M; Higashi, Y. Necrotizing fasciitis caused by a primary appendicocutaneous fistula. *Surg Today* (2012) 42:781–784
6. Garcia- Santos, E; Menendez, P. Fascitis necrosante como forma de presentación de una apendicitis aguda gangrenosa. *Rev. Gastroenterología y hepatología*. Vol. 35. Núm. 09. Noviembre 2012
7. Vijayakuma, A; Pullagura, R. Necrotizing Fasciitis: Diagnostic Challenges and Current Practices. *ISRN Infectious Diseases* Volume 2014 (2014).
8. Ahmed, R; Sharma, A. Necrotising Fasciitis Following Laparoscopic Appendectomy. *Ann R Coll Surg Engl*. 2008 May; 90(4): W1–W3.
9. Edlich, R. Necrotizing Fasciitis Treatment & Management. *Artículo emedicine*. Actualización 2015.