

Complicación de herida quirúrgica por toracotomía media

Antonio Díaz Sánchez
MIR III de Medicina Familiar y Comunitaria, SAP Elviña-Mesoiro

Luis Verde Remeseiro
Médico de Familia, UAP Cesuras

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Pág. 252-253

Se trata de una mujer de 76 años, con antecedentes personales de HTA, epilepsia, fibrilación auricular, litiasis biliar y osteoartritis, con valvulopatía mitral susceptible de tratamiento quirúrgico, que ha sido intervenida de la misma con recambio de la válvula mitral mediante prótesis biológica. Tras la intervención, ha estado hospitalizada en UCI y en planta de Cirugía Cardíaca durante 14 días y dada de alta sin incidencias. Tras el alta, acude al Centro de Salud para continuar con las curas de la herida quirúrgica, esta presenta buen aspecto y evoluciona favorablemente, por lo que se procede a retirar los puntos de sutura.

Transcurrido un mes desde la intervención, la herida comienza a presentar un aspecto eritematoso localizado fundamentalmente en el tercio superior, se drena esta zona y se interpreta como un xeroma y se pautan curas diarias. Sin embargo, persistió el aspecto eritematoso a ese nivel y apareció una neoformación exudativa, por lo que se trató a la paciente con amoxicilina – ácido clavulánico, durante 10 días. La paciente permaneció afebril, pero la lesión persistió (Figura 1) y fue incrementando su tamaño, y al mismo tiempo comenzaron a formarse lesiones similares a otros niveles de la herida, de forma parcheada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración física, la paciente presenta buen estado general, afebril, eupneica, normotensa, normohidratada y normocoloreada. La revisión sistemática por aparatos es normal, incluida la auscultación cardíaca y pulmonar.

En la herida quirúrgica de toracotomía se observó una lesión inicialmente excavada, que posteriormente se sobreelevó y que presentaba un aspecto y consistencia gelatinosos, con un tamaño de aproximadamente 2 cm de diámetro, situada en la mitad del tercio supe-

rior de la herida quirúrgica. Posteriormente aparecieron otras lesiones de menor tamaño pero de idénticas características a lo largo de toda la cicatriz.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizaron las siguientes pruebas diagnósticas:

- Análisis de sangre: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones de interés
- Biopsia de las lesiones: Solicitada desde el Centro de Salud, fue informada como cartílago reactivo.
- Segunda biopsia: Solicitada desde Atención Especializada, se informa como granuloma de cuerpo extraño.
- Cultivo: Resulta positivo para *Staphylococcus Epidermidis*
- TAC torácico: Se observan dos colecciones de dos y tres centímetros de diámetro, pre y retroesternales.

FIGURA 1

Lesiones iniciales



Correspondencia:

Antonio Díaz Sánchez. MIR III de Medicina Familiar y Comunitaria,
SAP Elviña-Mesoiro • antonio.diaz.sanchez@sergas.es

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la fase inicial, la primera impresión diagnóstica, tanto en el Centro de Salud como en el Hospital, fue la de infección de la herida quirúrgica, pero ante la pobre respuesta al tratamiento con antibióticos, la evolución de las lesiones, la morfología y distribución de las mismas, se empezó a sospechar de una reacción a cuerpo extraño, valorándose la opción de que fuese debido al material de cerclaje alámbrico de la esternotomía, como así se ha confirmado tras la reintervención de la paciente.

EVOLUCIÓN

La paciente ha presentado durante los tres meses de evolución de forma progresiva, las lesiones anteriormente descritas, a lo largo de la herida quirúrgica; mientras se le han ido practicando curas en el Centro de Salud.

Inicialmente se interpretó como una infección de la herida quirúrgica, tratándose con amoxicilina-ácido clavulámico, pero dada la mala evolución, se procede a realizar una biopsia de las lesiones apreciándose en la misma, la presencia de cartílago reactivo; se iniciaron curas con predisona tópica, sin mejoría clínica apreciable.

En ese momento la principal sospecha diagnóstica era la de reacción a cuerpo extraño por el cerclaje alámbrico interno de la esternotomía. Se procedió a derivar a la paciente al Servicio de Cirugía Plástica, para valorar las posibles alternativas terapéuticas; esta consulta no llegó a realizarse, ya que la paciente acudió al Servicio de Urgencias del

FIGURA 2

Imagen después de tratamiento



Hospital, donde se indica el ingreso, en el Servicio de Cirugía Cardíaca. Una vez en éste se pauta antibioterapia de amplio espectro (ceftacídima y teicoplanina) y tras realizar una segunda biopsia y TAC torácico, fue reintervenida mediante limpieza y raspado esternal, incluida la retirada del cerclaje alámbrico, cerrándose la herida en un segundo tiempo. La paciente fue dada de alta días después y actualmente se encuentra asintomática (Figura 2).