Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):55

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1878 - FASCITIS NECROTIZANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.I. Infante Ruiz[a], J.A. Fernández Escribano[b] e I. Conesa Pedrosa[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Nos avisan en consulta de atención primaria de aviso domiciliario de paciente de 71 años dado de alta hospitalaria hacía 48 horas tras intervención quirúrgica de colocación de prótesis de rodilla derecha y presentaba mal estado general. A nuestra llegada a domicilio nos comenta la familiar que había comenzado hacía varias horas con fiebre de hasta 39 ºC, malestar general, escalofríos, sudoración, dolor en hipogastrio y un episodio de vómitos biliosos. Antecedentes personales: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipercolesterolemia.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Consciente y orientado. Mal perfundido. Eupneico en reposo. TA 70/40, FC 121 lpm, SatO2 90%, Tª 38,9 ºC. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservados sin ruidos respiratorios. Abdomen: blando, depresible, molestias a la palpación en hipogastrio, sin defensa, ruidos hidroaéreos conservados, Murphy y blumberg negativos. Miembro inferior derecho: en rodilla calor, eritema, e inflamación que se prolonga a muslo, no doloroso a la palpación. Miembro inferior izquierdo anodino. Se administra oxigenoterapia, sueroterapia y se avisa a dispositivo de cuidados críticos y urgentes que traslada al paciente al hospital. Hemograma: leucocitos 27.000, neutrófilos 90%, hemoglobina 10,8, VCM 85, plaquetas 220.000. Bioquímica: creatinina 1,8, urea 50, PCR 260, procalcitonina 60, iones, enzimas hepáticas normales. Gasometría arterial: pH 7,28, HCO3 15, pCO2 46, p02 90, SatO2 89%. Sistemático de orina: negativo. Radiografía de tórax: no cardiomegalia ni imágenes de condensación, patrón intersticial bilateral. Radiografía de abdomen: meteorismo inespecífico, gas distal, líneas reno-psoas conservadas. TAC con contraste IV de abdomen: en los cortes disponibles de miembros inferiores se observa trabeculación del tejido graso profundo adyacente al margen anterior del fémur con enfisema subcutáneo que diseca planos musculares. También se observa un engrosamiento de la fascia lata y del glúteo menor a nivel de su inserción. Restos de los hallazgos inespecíficos.

Juicio clínico: Fascitis necrotizante secundaria a intervención quirúrgica de prótesis de rodilla.

Diagnóstico diferencial: Infección prótesis articular. Artritis séptica. Osteomielitis. Celulitis.

Comentario final: La fascitis necrotizante es una infección progresiva, poco común y letal que puede afectar a cualquier parte del organismo siendo más frecuente en las extremidades, afectando

a fascia superficial, tejido celular subcutáneo y fascia profunda. El diagnóstico es principalmente clínico (manifestaciones cutáneas e inestabilidad hemodinámica). Suele estar precedida de factores predisponentes tales como cirugía, traumatismos, etc. El manejo lo conforma el desbridamiento quirúrgico inmediato junto con las medidas de soporte vital y antibioterapia de amplio espectro, a pesar de las cuales, la mortalidad suele ser elevada, de ahí la importancia de su rápida sospecha diagnóstica con el fin de una intervención lo más precoz posible.

Bibliografía

1. Ferrer-Lozano Y, Oquendo-Vázquez P, Asin L, Morejón-Trofimova Y. Diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante. Medisur. 2014;12(2).

Palabras clave: *Prótesis de rodilla. Fiebre. Inestabilidad hemodinámica. Fascitis necrotizante.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.