



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-442 - Fascitis necrotizante de la extremidad inferior

R. Queralt-Martín, Á. Villarín Rodríguez, L. Granel Villach, B. Lluch Martín, C. Fortea Sanchís, C. Suelves Piqueres, L. Gómez Quiles y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón.

Resumen

Objetivos: La fascitis necrotizante es una infección grave de partes blandas con elevada mortalidad, que afecta a la piel, al tejido subcutáneo y a la fascia muscular. Se caracteriza por presentar una incubación de 24-48 horas y se presenta con criterios clínicos de gravedad, alcanzando el shock séptico en muchos casos. El diagnóstico es principalmente clínico, aunque en algunas ocasiones la tomografía computarizada puede aportar información sobre la extensión del proceso. El tratamiento se basa en el tratamiento antibiótico de amplio espectro y en el desbridamiento quirúrgico de la zona afecta, observando una necrosis muscular y de los tejidos adyacentes. El tratamiento con oxígeno hiperbárico es un tratamiento complementario en los centros que dispongan del mismo. Aunque la mortalidad es elevada (30-60% según las series), la precocidad del tratamiento y la adecuación antibiótica mejoran el pronóstico.

Caso clínico: Se presenta un varón de 61 años sin alergias conocidas, con un síndrome mielodisplásico en estudio, sin otros antecedentes de interés, que consulta por dolor en la región inguinal izquierda irradiado al muslo y fiebre de 24 horas de evolución. El paciente estuvo realizando actividades al aire libre el día previo, con una pequeña herida en la pierna causada por una astilla de madera. A la exploración, presenta áreas de eritema en el muslo izquierdo con crepitación. En la analítica destaca una importante leucocitosis con neutrofilia y la PCR elevada. Se realiza un TC urgente observando zonas con aire en el músculo sartorio izquierdo y colecciones intramusculares. Ante la sospecha de una fascitis necrotizante en un paciente sin shock séptico, se instaura tratamiento antibiótico empírico con meropenem, vancomicina y metronidazol, se decide realizar una exploración quirúrgica urgente bajo anestesia general. Tras realizar incisiones de drenaje y fasciotomía en el compartimento anterior del muslo, se observa una falta de vascularización muscular y líquido serohemático no maloliente, con abundante crepitación. Tras lavar abundantemente la zona, se colocan drenajes y se contacta con la cámara hiperbárica del hospital para completar el tratamiento. El paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizan limpiezas quirúrgicas de la herida en varias ocasiones con resección de los tejidos necróticos y desvitalizados, realizando un tratamiento con oxígeno hiperbárico tras cada intervención. En los cultivos se aísla un *Clostridium clostridioforme*, por lo que se adecua el tratamiento antibiótico administrando clindamicina y penicilina G. El paciente evoluciona favorablemente tras 12 días de ingreso hospitalario, sin signos de sepsis y con negativización de los cultivos. Se consulta con el Servicio de Cirugía Plástica, que realiza una cobertura de la herida con tejido autólogo, consiguiendo el cierre de la lesión.

Discusión: La fascitis necrotizante es una infección grave de los tejidos blandos que requiere un tratamiento precoz para mejorar el pronóstico, ya que presenta una elevada mortalidad. El manejo se basa en la terapia antibiótica empírica y el desbridamiento de la zona afecta. El tratamiento en la cámara hiperbárica es útil en

los centros en los que se dispone.