



## P-269 - FASCITIS NECROSANTE LETAL TRAS TRAUMATISMO MENOR

R. Sellés Dechent, L. García Santosjuanes, A. Verdú Valera, C. Muñoz Alonso y F. Asencio Arana

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

## Resumen

**Introducción:** La fascitis necrosante (FN) es una infección de partes blandas que se presenta de forma frecuente al inicio con lesiones aparentemente inocuas y que requieren un alto grado de sospecha clínica por parte del cirujano, ya que son de rápida evolución y con una gran mortalidad que obligan a un tratamiento agresivo. Se presentan dos casos clínicos, no por su rareza, sino por la importancia que tiene en la supervivencia del paciente diagnosticarla y tratarla precozmente.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer 72 años acude por tumefacción de la mano tras punción en el tercer dedo hace ocho días para glucemia digital. Antecedentes personales: HTA, taquiarritmia paroxística, leucemia linfática crónica de células B e hiperglucemia. Exploración física y constantes: eritema y edema de mano y brazo derecho, afebril, hemodinámicamente estable. Analítica: anemia, leucopenia, plaquetopenia, urea y creatinina elevadas y alteraciones en la coagulación. A las pocas horas presenta disnea, oliguria e inestabilidad hemodinámica, y aparición en el brazo de ampollas y necrosis de piel; ingreso en UCI donde se procede a la intubación, transfusión de hematíes, plaquetas y plasma, antibiótico intravenoso de amplio espectro de forma empírica y drogas vasoactivas. Se cursan hemocultivos, gasometría, radiografía de tórax, y muestra de exudado de las lesiones de piel para cultivo. Caso 2: varón 49 años sin antecedentes, salvo lumbalgia por protrusión discal, acude por dolor lumbar irradiado a miembros inferiores que no mejora tras inyecciones intramusculares de un producto con una mezcla de corticoide y anestésico local. El paciente se encuentra consciente, orientado, hemodinámicamente estable y afebril. Exploración física: glúteo derecho flemonizado que se punción y aspira sin producirse salida de material. Analítica: leucocitosis, neutrofilia, aumento de urea y creatinina y alteraciones en la coagulación. La ecografía y TAC informa de edematización de piel y TCS del glúteo derecho sin ver colecciones. El paciente entra en shock que no remonta con fluidoterapia y drogas vasoactivas. Se intuba al paciente y se le administra drogas vasoactivas, fluidos, antibióticos de amplio espectro de forma empírica, y se solicita gasometría, radiografía de tórax y hemocultivos. Deterioro clínico del paciente, con aparición de mayor edema y cianosis en el glúteo derecho progresando hasta la pierna y afectando también a la pared abdominal. Resultados: Caso 1: ante la sospecha de FN, se realizan fasciotomías. Evolución: exitus por fallo multiorgánico. Cultivo del exudado de lesiones de piel positivo para *Pseudomona aeruginosa* y *Enterococcus faecalis*. Caso 2: ante la sospecha de FN con desarrollo de un síndrome del shock tóxico estreptocócico, se realizan fasciotomías. Evolución: exitus por fallo multiorgánico. Cultivo del exudado positivo para *Streptococcus pyogenes* grupo A.

**Discusión:** La FN es una infección de tejidos blandos que requiere un alto grado de sospecha clínica por parte del cirujano, porque la apariencia leve de las lesiones iniciales, puede retrasar el diagnóstico y a su vez un tratamiento quirúrgico temprano, pudiendo llegar a ser el proceso irreversible y letal.