



## P-474 - FASCITIS NECROTIZANTE DE MIEMBRO INFERIOR COMO CAUSA INFRECUELENTE DE EMBOLISMO PULMONAR SÉPTICO

Baeza Carrión, Ana; Saeta Campo, Rebeca; Garrido Benito, Beatriz; Pascual Nadal, Juan José; Ruiz Guardiola, Rocío; Ripoll Martín, Roberto; Ots Gutiérrez, José Ramón; Oliver García, Israel

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

### Resumen

**Introducción:** El embolismo pulmonar séptico (EPS) es un tipo infrecuente de tromboembolismo en el que patógenos infecciosos embolizan la arteria pulmonar causando abscesos pulmonares focales. Presentamos el caso de un paciente que debutó con fascitis necrotizante de miembro inferior izquierdo (MII) tras caída accidental, desarrollando EPS como complicación.

**Caso clínico:** Varón de 58 años con antecedentes de bypass femoral derecho y amputación de 4º y 5º dedo de pie derecho tras gangrena, exbebedor y exfumador. Acude a urgencias por heridas en MII tras caída accidental hace 15 días con evolución tórpida a pesar de antibioterapia. Se encuentra estable, afebril y con buen estado general objetivándose a la exploración tejido necrótico y esfacelos en cara lateral de MII con supuración abundante, por lo que se inicia antibioterapia empírica (daptomicina + piperacilina-tazobactam + amikacina) y se desbrida quirúrgicamente evidenciando gangrena de MII con extensión proximal y distal y fascitis severa extensa con gran edema y afectación muscular lateral. Analíticamente leucocitosis y PCR 33 mg/dL. El angioTC vascular de MII describe fascitis necrotizante y osteomielitis enfisematosas, además de oclusión de arterias femorales superficiales bilaterales hasta hueco poplíteo donde se repermeabilizan por colaterales. Se revisa nuevamente en quirófano apreciando empeoramiento de heridas previas, tejido necrótico, esfacelos y afectación muscular. Se realiza TC torácico que aprecia émbolos sépticos pulmonares bilaterales y tanto el cultivo de heridas como hemocultivos aíslan *Klebsiella pneumoniae* y *Enterococcus faecalis* por lo que se ajusta antibioterapia (ceftriaxona + ampicilina). Se realiza amputación supracondílea urgente por no ser posible revascularización, con una evolución favorable, sin sepsis, disminución de RFA y buen aspecto de herida quirúrgica, siendo alta a los 12 días de ingreso con control por parte de fisioterapia, cirugía y UEI.

**Discusión:** El EPS es una enfermedad infrecuente pero grave. Su causa más frecuente es el uso de drogas intravenosas, aunque también se sospecha tras endocarditis infecciosa tricuspídea, tromboflebitis séptica, absceso periodontal, infección purulenta de piel y tejidos blandos, tromboflebitis pélvica, catéteres intravasculares permanentes, marcapasos, abscesos hepáticos y hemodiálisis. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, fiebre, disnea, dolor torácico y tos. El TC torácico muestra imágenes nodulares múltiples pulmonares, cavitación, infiltrados focales y derrame pleural. El patógeno más común es *S. Aureus*, aunque en pacientes inmunodeprimidos también se ha documentado *Candida* y *Aspergillus* y en abscesos hepáticos *Klebsiella pneumoniae* es más frecuente junto con *Fusobacterium*. El diagnóstico precoz, tratamiento antibiótico adecuado (inicialmente empírico de amplio espectro y después ajustado según cultivos), la asistencia respiratoria y la intervención quirúrgica de ser necesarias, son esenciales para asegurar el

pronóstico del paciente. En el caso que presentamos el origen más probable del EPS es la fascitis necrotizante de MII, que desarrolló el paciente como complicación. El EPS es una enfermedad rara sin manifestaciones clínicas específicas. Para grupos de alto riesgo, como usuarios de drogas intravenosas o pacientes con catéteres permanentes intravasculares, fiebre e imágenes nodulares múltiples o infiltrados locales pulmonares, con o sin cavitación, son altamente sugestivos. El diagnóstico y tratamiento precoz mediante antibioterapia empírica e intervención quirúrgica condicionan el éxito del tratamiento.