

Fascitis necrosante como forma de presentación de una apendicitis aguda gangrenosa

Necrotizing fasciitis as a form of presentation of acute gangrenous appendicitis

Sr. Director:

La fascitis necrosante (FN) es una infección poco frecuente pero potencialmente letal, causada por bacterias productoras de toxinas responsables de una necrosis generalizada del tejido subcutáneo y de la fascia muscular. Se caracteriza por una evolución rápida, causado por una simbiosis y sinergia polimicrobiana¹.

Presentamos el caso de un varón de 80 años que acude al servicio de urgencias derivado por un cuadro de malestar general, refiriendo dolor en hipocondrio derecho sin alteraciones del tránsito intestinal ni fiebre. En la exploración física presentaba hipotensión arterial y taquicardia, evidenciándose celulitis y crepitación a nivel del glúteo y región anterior de muslo derecho doloroso a la palpación. Analíticamente, el paciente presentaba 31.800 leucocitos (89,3%), tiempo de protrombina de 14,44, actividad de protrombina de 69,3%, AST 183, ALT 57, estando el resto de parámetros dentro de la normalidad. La radiografía de pelvis mostraba presencia de gas a nivel del miembro inferior derecho (fig. 1) La tomografía computarizada abdominal puso de manifiesto hallazgos compatibles con una apendicitis retrocecal necrótica abscesificada (fig. 2), con extensión a retroperitoneo entre el músculo psoas e ilíaco; atravesando el canal inguinal derecho hasta el tercio medio de la cara anterior del muslo, así como otro trayecto en la musculatura lumbar derecha que infiltraba el tejido celular subcutáneo. Se llevó a cabo una laparotomía urgente objetivándose la presencia de plastrón inflamatorio y peritonitis secundaria a una apendicitis aguda gangrenosa. Se realizó desbridamiento de la región anterior de muslo derecho con drenaje de abundante contenido purulento. En las muestras cultivadas se identificó la presencia de *Escherichia coli* y *Streptococcus* tipo *viridans*, mientras que en los hemocultivos se determinaron

Streptococcus viridans, *Bacteriodes fragilis* y *Fusobacterium* sp.

Discusión

La fascitis necrosante fue descrita en el siglo V por Hipócrates, acuñándose por primera vez el término de FN por Joseph Jones en 1871. Con este término se engloban todas las infecciones necrosantes de la piel y tejidos blandos excepto la gangrena gaseosa y las celulitis bien delimitadas²⁻⁴.

La FN es difícil de diagnosticar en etapas tempranas por sus signos inespecíficos (dolor, calor, eritema o edema), evolucionando hacia crepitación, necrosis y anestesia por destrucción de las terminaciones nerviosas. En su forma avanzada, el paciente se encuentra con criterios de sepsis e incluso fallo multiorgánico⁵. Hasta en un 50% la localización más común suelen ser las extremidades inferiores, seguido por el periné y la pared abdominal. En la pared abdominal, la apendicitis perforada, la diverticulitis complicada, la perforación intestinal o los traumatismos complejos son las causas más importantes de FN^{6,7}. La FN retroperitoneal se ha descrito en muy pocas ocasiones, y debido a la sintomatología inespecífica suele diagnosticarse con retraso con lo que aumenta la tasa de mortalidad.

Los estudios de imagen solo se consideran en situaciones dudosas ya que, debido a la alta tasa de falsos negativos, no permiten excluir un cuadro de FN⁸.

El tratamiento debe instaurarse lo antes posible con un enfoque multidisciplinario que incluya tratamiento quirúrgico, antibiótico y apoyo nutricional. Los tejidos deben resecarse hasta eliminar todos los focos necróticos y desvitalizados; es recomendable llevar a cabo *second look* en las primeras 24 h tras el desbridamiento inicial, siendo necesario en algunos casos la derivación del tránsito intestinal para facilitar la formación de tejido de granulación. En función del microorganismo causante existen diversas terapias antibióticas.

El oxígeno hiperbárico puede considerarse como terapia adyuvante. Persigue aumentar la difusión de oxígeno en los tejidos para facilitar la síntesis de colágeno y la

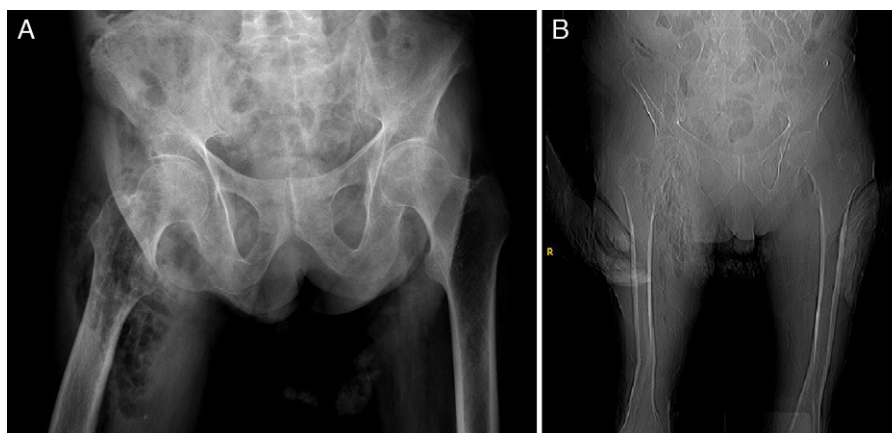


Figura 1 Radiografía simple. A) y B) Enfisema subcutáneo en raíz de muslo derecho.

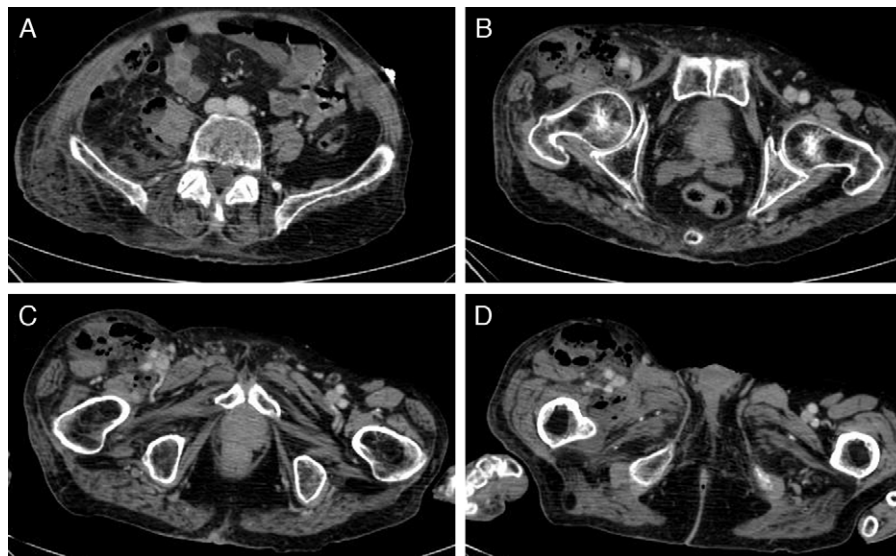


Figura 2 TC abdominopélvica. A) Afectación de los tejidos con origen en la musculatura lumbar hasta el músculo glúteo derecho. B) Afectación del canal inguinal derecho lateral al paquete vasculonervioso. C) y D) Afectación del tercio medio del muslo derecho rodeando el paquete vasculonervioso en su totalidad.

angiogénesis, aunque no debe retrasar el desbridamiento quirúrgico^{9,10}.

Conclusiones

La FN es una entidad que amenaza la vida. El diagnóstico precoz y un desbridamiento quirúrgico agresivo son la base fundamental para disminuir la morbilidad de esta enfermedad.

Bibliografía

1. Roje Z, Roje Z, Matić D, Librenjak D, Dokuzović S, Varvodić J. Necrotizing fasciitis: literature review of contemporary strategies for diagnosing and management with three case reports: torso, abdominal wall, upper and lower limbs. *World J Emerg Surg.* 2011;6:46.
2. Shimizu T, Tokuda Y. *Inter Med.* Necrotizing Fasciitis. 2012;49:1051–7.
3. Begoña AA, von Wichmann MA, Arruabarrena I, Rodríguez FJ, Izquierdo JM, Rodríguez F. Fascitis necrosante por *S. pyogenes* en dos pacientes sanos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002;20:173–5.
4. Wong CH, Wang YS. The diagnosis of necrotizing fasciitis. *Curr Opin Infect Dis.* 2005;18:101–6.
5. Stevens DL. The Flesh-Eating Bacterium: What's Next. *N Engl J Med.* 1999;179:366.
6. Menéndez P, Gambi D, Villarejo P, Padilla D, Cubo T, Martín J. Fascitis necrosante tardía tras cirugía de cáncer colorrectal. Revisión de la literatura. *Arch Clínico-Quirúrgicos de Cirugía.* 2010;1.
7. Stevens DL, Tanner MH, Winship J, Swartz R, Ries KM, Schlievert PM, et al. Severe group A streptococcal infections associated with a toxic shock-like and scarlet fever toxin. *N Engl J Med.* 1989;321:1–7.
8. Arias J, Guirao X. Infecciones graves de los tejidos blandos. En: Guirao X, Arias J, editores. *Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos: Infecciones quirúrgicas.* Madrid: Arán Ediciones, SL; 2006. p. 295–315.
9. Bueno J, Vaqué J, Carceller S, Blanes M. Fascitis necrosante secundaria a un esfuerzo muscular. *Cir Esp.* 2008;83:94–100.
10. Amador S, Guirao X, Casal M, Badía JM. Absceso inguinal secundario a infección intraabdominal por peritonitis apendicular. *Cirugía Casos Clínicos.* 2008;3:16–20.

Esther P. García-Santos^{a,*}, Pablo Menéndez Sánchez^a, Virginia Muñoz-Atienza^a, Susana Sánchez-García^a, Francisco Javier Ruescas-García^a, Ricardo Valle-García^a, Jose Luis Bertelli-Puche^a, David Padilla-Valverde^a, Pedro Villarejo-Campos^a, Aurora Gil-Rendo^a, Alberto Jara-Sánchez^a, David Reina Escobar^b y Jesús Martín-Fernández^a

^a Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esther.garcia.santos@hotmail.com (E.P. García-Santos).

doi:10.1016/j.gastrohep.2012.05.005