



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

264/107 - UN ABSCESO DE MALA EVOLUCIÓN

J. Cañizares Romero^a, I. Corrales Álvarez^a, M. Martínez Ibáñez^b, A. Cordero Moreno^c, M. Rojas Martín^d y E. Sicilia Barea^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga. ^dResidente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años. No hábitos tóxicos. Antecedentes personales de hipotiroidismo, cólico renales de repetición, DM2 de mal control metabólico y trastorno bipolar. En tratamiento con lamotrigina 100 mg/12 horas, diazepam 5 mg/8horas, aripiprazol 10 mg/24 horas, lormetazepam 2 mg/24 horas, escitalopram 20 mg/24 horas, levomepromazina 100 mg/24 horas, Xeplion 50 mg/28 días, Eutirox 75 mg/24 horas, insulina lantus y humalog, metformina 850 mg/24 horas. Acude a nuestras consultas de Centro de Salud por presentar dolor en región inguinal y sensación de masa de unos 5 días de evolución, con fiebre no termometrada, escalofríos, tiritonas y malestar general. Refiere haber sido valorada en domicilio por los Servicio de DCCU hace 4 días con diagnóstico de absceso y estar en tratamiento con cloxacilina 500 mg 2 comprimidos cada 8 horas, con escasa mejoría, por lo que vuelve a consultar. Niega dolor a nivel abdominal, no alteraciones del tránsito intestinal, no clínica miccional, no náuseas ni vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Consciente. Auscultación cardio-respiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, con sensación de masa palpable pétreo en fosa ilíaca izquierda, dolorosa al tacto. A nivel de hipogastrio varios orificios fistulosos por los que exuda material fecalo-purulento muy maloliente. Importante celulitis que afecta a piel, hemiabdomen inferior y labios mayores. Ante dichos hallazgos, se remite a la paciente a los Servicios de Urgencias para valoración por Cirugía. Se realiza: 1) Analítica de sangre: Hb 13,7, leucocitos 17.400, neutrófilos 14.100, glucosa 408, urea 51, creatinina 0,67, PCR 473, procalcitonina 3,22. 2) TC de abdomen: engrosamiento difuso de vientres musculares que se extiende por la pared lateral izquierda del abdomen desde el dorsal ancho, afectando al oblicuo externo, oblicuo interno y transverso, así como al recto anterior ipsilateral, con realce de fascias musculares. Asocia múltiples burbujas gaseosas y colecciones hipodensas de distribución lineal que disecan los planos musculares. Hallazgos sugestivos de miositis y fascitis necrotizante. Además, trayecto de burbujas de gas en dirección a la superficie cutánea en probable relación con trayecto fistuloso. 3) Exudado herida: positivo para *S. agalactiae* y *Proteus mirabilis*. Se inicia antibioterapia con meropenem y metronidazol e ingresa a cargo de Cirugía para realización de desbridamiento quirúrgico y drenaje, permaneciendo ingresada durante 27 días con buena evolución.

Juicio clínico: Fascitis necrotizante.

Diagnóstico diferencial: Gangrena gaseosa. Mucormicosis. Púpura fulminans.

Comentario final: La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de la piel y de los tejidos blandos, asociada a destrucción y necrosis de la fascia y de la grasa, que se acompaña de importante toxicidad sistémica y alta mortalidad. El diagnóstico es esencialmente clínico y en los casos de alta sospecha no debe retrasarse la exploración quirúrgica. Los principales factores de riesgo son la inmunosupresión, la diabetes mellitus, la arteriopatía periférica y las cirugías recientes.

Bibliografía

1. Sun X, Xie T. Management of Necrotizing Fasciitis and Its Surgical Aspects. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*. 2015;14(4):328-34.
2. Nisbet M, Ansell G, Lang S, Taylor S, Dzendrowskyj P, Holland D. Necrotizing fasciitis: review of 82 cases in South Auckland. *Internal Medicine Journal*. 2009;41(7):543-8.