



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

## 212/1289 - Sospecha de Fascitis necrotizante

*N. Otero Cabanillas<sup>a</sup>, C.J. Carrión Ballardó<sup>b</sup>, R. Ballesteros Diego<sup>c</sup>, A. Casal Calvo<sup>d</sup>, M. Arias Lago<sup>d</sup>, M. Flores Ortega<sup>e</sup>, A. Asturias Saiz<sup>d</sup>, A. Aldama Martín<sup>d</sup>, E.A. Lino Montenegro<sup>a</sup> y R. López Sánchez<sup>f</sup>*

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico Residente de Urología; <sup>c</sup>Urólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 72 años que presenta lesión eritematosa indolora extensa asociada a placas negruzcas en base de pene, escroto, periné y glúteo derecho de 24 horas de evolución. Refiere disuria y poliaquiuria. AP: EPOC, cáncer epidermoide de esófago en tratamiento con quimioterapia carboplatino-paclitaxel y broncodilatadores junto a corticoides por una agudización de su EPOC.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 37,1 °C. TA 90/50. FC 90. SatO<sub>2</sub> 97%. Eupneico en reposo, NP, NH, palidez cutánea. ACP: rítmico sin soplos, disminución del MV, sibilantes espiratorias difusas. Abdomen y EEII anodino. Piel: lesión negruzca sobreelevada sobre lesión eritematosa en región sacra y genital. Hemograma y bioquímica normales. TAC: aumento de la densidad del área perineal y perianal de forma difusa sin ver claras colecciones. Se hace biopsia: lesiones vésico-ampollosas con acantolisis y presencia de celularidad con núcleos en vidrio deslustrado PCR positiva para VVZ.

**Juicio clínico:** Herpes zóster Sacro.

**Diagnóstico diferencial:** celulitis, gangrena de Fournier, exantemas vesiculares por enterovirus o *Staphylococcus aureus*.

**Comentario final:** La primoinfección por VVZ ocasiona la varicela y tras ésta, el virus queda acantonado en los ganglios espinales sensitivos. Su reactivación puede ocasionar el herpes zóster, que consiste en una erupción vesiculosa sobre base eritematosa siguiendo un trayecto metamérico. Las metámeras más frecuentemente afectadas son la rama oftálmica del trigémino y las raíces D2 a L2. En adultos la infección es más grave. El principal problema son las complicaciones, la más frecuente la sobreinfección bacteriana, pudiendo presentar alteraciones en la coagulación (purpura necrótica). La presentación a nivel sacro es rara pero puede producir retención urinaria y arreflexia del detrusor, días después de la manifestación cutánea. En el caso de nuestro paciente es importante destacar el enfoque diagnóstico y la rapidez terapéutica ante el riesgo de una posible fascitis necrotizante pélvica.

### Bibliografía

1. Gilden D, Mahalingam R, Nagel MA, Pugazhenthi S, Cohrs RJ. Review: The neurobiology of varicella zoster virus infection. *Neuropathol Appl Neurobiol*. 2011;37:441-63.

2. Salleras L, Salleras M. Historia natural de la infección por el virus de la varicela zóster. Vacunas. 2009;10:125-9.
3. Ferri, FF. Herpes zoster. Ferri's Clinical Advisor. Elsevier. 2016:615-6.

*Palabras clave:* *Herpes zoster. Sacro. Gangrena de Fournier.*