Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1717

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/387 - FASCITIS NECROTIZANTE: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

V. Ruiz Ruiz[a], R. Fernández Garzon[b] y C. Avilés Escudero[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.[c]Médico de Familia. Centro de Salud la Cañada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años que acude por absceso submandibular de gran tamaño que comenzó hace días tras extracción dentaria. Afebril. No dificultad para respirar ni para tragar, si para abrir la boca. AP: alergia a penicilinas. En estudio de estenosis de colédoco distal (sospecha de colangiocarcinoma).

Exploración y pruebas complementarias: Exploración (11:30 am): BEG. Eupneico. No meningismo. Tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado, Abdomen y MMII anodino. Cara: gran inflamación difusa de hemicara derecha con inflamación pétrea de la zona submandibular con eritema y dolor a la palpación, trismus, ronquera. TC de cara y cuello: proceso infiltrativo difuso, espacio submadibular con extensión hacia el suelo de la boca (inferiormente) y hacia el espacio carotídeo derecho y prevertebral superior. Engrosamiento de la amígdala derecha epiglotis y laringe supraglótica en relación a cambios flemonosos que condicionan moderado desplazamiento y compresión de la luz aérea a dicho nivel. Marcado edema difuso del tejido celular subcutáneo cérvico-facial. Sin evidencia de colecciones definidas. 15:14: estable, comienza con estridor leve y aumentan molestias en la región cervical. Ingresa en REA con el objetivo de optimización preoperatoria para intervención urgente por sospecha Angina de Ludwig. Durante su estancia en reanimación comienza con dificultad respiratoria grave con hipoxemia, se realiza traslado emergente a quirófano, llegando en parada respiratoria con crisis comiciales, bradicardia extrema que precisa atropina 1 mg i.v. y adrenalina 1 mg iv, se le realiza traqueostomía de emergencia. El resto de la intervención el paciente permanece estable. Se traslada a reanimación para control evolutivo.

Juicio clínico: Fascitis necrotizante de probable origen odontógeno.

Diagnóstico diferencial: Mucormicosis cutánea necrotizante, celulitis gangrenosa bacteriémica por Pseudomonas, celulitis gangrenosa en paciente inmunocomprometido, gangrena estreptococica, gangrena bacteriana progresiva.

Comentario final: La mortalidad llega a ser de un 76% si no se realiza una cirugía precoz. En grandes series la mortalidad en de un 29% cuando el diagnóstico y la cirugía son precoces. Es necesario la sospecha clínica y un diagnóstico precoz además de tomar las medidas necesarias de forma urgente, dada la evolución tórpida y rápida de esta patología.

Bibliografía

1. Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas: principios y práctica. Elsevier, 6ª ed.

Palabras clave: Angina de Ludwig. Fascitis necrotizante.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.