



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/99 - DOCTORA, ME DUELE MUCHO LA PIERNA

M. Franco Calderón^a, C. Valladares Jiménez^a y S. Gómez Rodríguez^b

^aMédico de Familia. HUPR. Puerto Real. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: AP: hepatitis crónica por VHC. Endocarditis infecciosa. Historia actual: paciente de 42 años politoxicómano, que tras inyección de metadona en comprimidos bucodispensables diluido en agua corriente en región inguinal de MID, presenta dolor severo con hipoperfusión llamativa en todo el MID desde la región inguinal hasta el pie e impotencia funcional acentuada en rodilla. Se realiza eco-doppler venosa sin hallazgos de trombosis venosa, se deriva a hospital de referencia para valoración por cirugía vascular que desestima revascularización por mantener pulsos distales, indicando tratamiento conservador con HBPM a dosis terapéuticas y prostaglandinas. Durante el ingreso el paciente empeora, el MID presenta flictenas en epidermis y crepitación hasta zona gemelar, compatible con fascitis necrotizante, además se objetiva fracaso renal agudo parenquimatoso secundario a rhabdomiólisis. Dado el empeoramiento que presenta el paciente se ingresa en UCI y se realiza apertura de fascias tanto a nivel de pierna como de muslo con buen aspecto de músculo y sin afectación profunda.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente COC. Estable HD. Afebril. Eupneico en reposo. ACP: tonos rítmicos a buena FC. MVC. Abdomen sin hallazgos actualmente. MID: a la exploración presenta aspecto reticulado cutáneo desde raíz del muslo a distal, con livideces y flictenas en gemelo. Muslo con tensión discretamente aumentada, pulsos distales presentes. No aumenta el dolor con flexión dorsal del tobillo. Pantorrilla sin tensión. Analítica de Urgencias: leucocitosis con neutrofilia. Plaquetas y coagulación normal. Función renal normal. Iones en rango. GOT 119 U/L, GPT 108 U/L, LDH 312 U/L. Dímero D 11,6 ?g/mL. PCR 5,57 mg/dL. PCT normal. Eco-doppler venosa en urgencias: Todos los vasos presentan un calibre normal, no visualizándose material en su interior que sugiera trombo. Con doppler pulsado presenta un flujo normal.

Orientación diagnóstica: Fascitis necrotizante. Rhabdomiólisis.

Diagnóstico diferencial: Celulitis.

Comentario final: Debemos sospechar de una fascitis necrotizante si el paciente presenta dolor desproporcionado, bullas o necrosis cutáneas, edema tenso extendido más allá de los márgenes del eritema y gas en tejido subcutáneo.

Bibliografía

1. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995. Record No. 114375, Necrotizing fasciitis; [updated 2017 Apr 27, cited place cited date here]; [about 17 screens]. Disponible

en: <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=114375>.

Palabras clave: Fascitis necrotizante. Fasciotomía. Rabdomiólisis.