

347/3743 - FASCITIS NECROTIZANTE POR INYECCIÓN DE METADONA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

L. Pérez-Montes Lara^a, R. Cruz Baviano^b, P. Pérez Rodríguez^c y M. Mellado Fernández^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines de Puerto Real. Cádiz. ^bMédico de Familia. Hospital Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 42 años, con antecedentes personales: ex-ADVP, hepatitis crónica por VHC y trastorno bipolar; en tratamiento con metadona, clorazepato dipotásico, quetiapina y pregabalina. Unas horas tras inyectarse un comprimido de metadona diluido en agua corriente, inicia dolor severo con hipoperfusión llamativa en todo el miembro inferior derecho desde la región inguinal hasta el pie, por lo que acude al Servicio de Urgencias Hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable y afebril. ACP tonos rítmicos a buena FC y MVC en ambos hemitórax. Abdomen anodino. Dolor grave en MID con discreto aumento progresivo del perímetro con respecto al miembro contralateral, aspecto marmóreo y frialdad, sin crepitación, Homans negativo y pulsos femorales y pedios presentes, fuertes y simétricos. En la analítica se observa leucocitosis con neutrofilia, función renal conservada, hipertransaminasemia, hipocalcemia, aumento de dímero D y RFA (PCR, LDH y CPK) y coagulación normal. La eco-Doppler venosa no muestra hallazgos de TVP. Se interconsulta con Cirugía General y Medicina Intensiva que indican posible inicio de celulitis vs fascitis necrotizante, recomendando vigilancia evolutiva, antibioterapia y control del dolor. Cirugía Vascular desestima revascularización por mantener pulsos distales, indicando tratamiento conservador con HBPM y prostaglandinas.

Orientación diagnóstica: Fascitis necrotizante por inyección de metadona en miembro inferior derecho.

Diagnóstico diferencial: Celulitis, TVP, isquemia arterial.

Comentario final: El paciente ingresa en Medicina Interna y el proceso progresó rápidamente en varios días, con cambios en la sensibilidad con hipoestesia y en la coloración cutánea de rojo violáceo a gris-azulado, iniciándose roturas cutáneas con ampollas y gangrena franca de cuyo exudado se extraen frotis en los que se aíslan *Streptococcus pyogenes* y *Straphylococcus aureus*, catalogándose como gangrena estreptocócica hemolítica. Traumatología, tras sucesivos desbridamientos del tejido necrótico sin mejoría, decide desarticulación de MID desde cadera. Semanas después el paciente es dado de alta hospitalaria con seguimiento por su médico y enfermero de Atención Primaria y revisiones por Traumatología, Cirugía Plástica y Medicina Interna.

Bibliografía

1. Chen JL, Fullerton KE, Flynn NM. Necrotizing fasciitis associated with injection drug use. *Clin Infect Dis.* 2001;33:6-15.
2. Cheung J, Fung B, Tang W, et al. A review of necrotizing fasciitis in the extremities. *Hong Kong Med J.* 2009;15(1):44-9.

Palabras clave: Fascitis necrotizante. Inyección de fármacos.