

424/714 - FASCITIS NECROTIZANTE, UNA INFECCIÓN PARA CORRER

B. Alonso Gallego¹, M. Ferrer Albors², M. Pérez Beixer³ y M. Navarro Francés⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Altea. Alicante. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alfaz de Pi. Alicante. ³Médico de Familia. Centro de Salud Alfaz del Pi. Alicante. ⁴Médico de Familia. Centro Salud Vergel. Dénia. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años que acude a consulta por heridas purulentas en MII desde hace 10 días. El cuadro se inicia tras caída pescando en el mar, presentando ampollas en tercio distal de MII que terminan ulcerándose y drenando pus. Antecedentes personales: ex hábito enólico y tabáquico, bypass femoral con amputación del cuarto y quinto dedo del pie derecho tras gangrena. Ante sospecha de fascitis necrotizante (FN) derivamos a urgencias para desbridamiento quirúrgico y antibioterapia intravenosa.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, aspecto descuidado. TA: 120/80 mmHg. FC: 100 lpm. Sat O2: 100%. Afebril. ACP: anodina. Presentaba en tercio distal de MII úlceras necróticas y fétidas acompañadas de edema, rubor y crepitación. Analítica: Leucocitosis, PCR 33, Glucosa 371 mg/dl. Hemocultivos: Klebsiella pneumoniae +. Exudado: Enterococcus faecalis+, Klebsiella pneumoniae+. Angio-TC MII: Gas en tejido celular subcutáneo disecando planos musculares desde tercio distal de fémur hasta el pie e intraóseo en tarso y tercio proximal de metatarsianos, compatible con FN y osteomielitis enfisematosas. TC Torácico: lesiones subpleurales con contenido líquido y burbujas de gas en su interior sugestivas de émbolos sépticos. Se inició tratamiento ATB empírico con piperazilina-tazobactam, amikacina y daptomicina, ajuste glucémico y desbridamiento quirúrgico, con evolución tórpida precisando amputación supracondílea de MII.

Orientación diagnóstica: Fascitis necrotizante, embolia séptica secundaria a osteomielitis enfisematosas.

Diagnóstico diferencial: La FN es una infección poco frecuente que sin un tratamiento y diagnóstico precoz puede llegar a comprometer la vida. Se debe plantear diagnóstico diferencial con infecciones de tejidos blandos menos agresivas, úlceras diabéticas de tórpida evolución o heridas con solución de continuidad y dolor desmesurado asociadas a clínica y alteraciones analíticas sugestivas de infección.

Comentario final: La FN es una infección grave de la piel y los tejidos blandos, en la que el diagnóstico es esencialmente clínico y ante su sospecha está indicado un desbridamiento quirúrgico urgente de forma prolongada. La presencia de síntomas típicos: edema perilesional, ampollas hemorrágicas, crepitación o gas en prueba de imagen y no linfangitis, debe hacer sospechar una FN. La FN se relaciona con DM, alcoholismo y arteriopatía periférica, todas ellas prevalentes en atención primaria. La prevención primaria y el control de las comorbilidades desde la consulta del MAP previenen el desarrollo de patologías graves con una mortalidad elevada (21-34%) como es la FN.

Bibliografía

1. Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2012;13(2):41-8.

Palabras clave: Fascitis necrotizante. Crepitación. No linfangitis.