



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/714 - FASCITIS NECROTIZANTE, UNA INFECCIÓN PARA CORRER

B. Alonso Gallego<sup>1</sup>, M. Ferrer Albors<sup>2</sup>, M. Pérez Beixer<sup>3</sup> y M. Navarro Francés<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Altea. Alicante. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alfaz de Pi. Alicante. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alfaz del Pi. Alicante. <sup>4</sup>Médico 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: exhábito 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 O<sub>2</sub>: 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 enfisematosa. 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 enfisematosa.

**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.