Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2926

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/338 - FASCITIS NECROTIZANTE

M. Bastías Villar[1], P. Jiménez Albarca[2] y B. Sánchez Jiménez[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 87 años que acude a urgencias por dolor lumbar de 24 horas de evolución sin traumatismo previo, a las 12 horas de evolución refiere haber comenzado a notar intensa debilidad, astenia, malestar general y sensación distérmica, junto con cifras de tensión arterial bajas y dolor en muñeca izquierda. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, asma bronquial, síndrome de Gilbert, hipertrofia benigna de próstata e insuficiencia valvular aórtica moderada.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial: 70/45 mmHg, frecuencia cardiaca FC: 94 lpm, glucemia: 95 mg/dl, temperatura axilar 38,2 ºC. Aceptable estado general. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos y regulares sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni visceromegalias. Extremidades: fuerza y sensibilidad de ambos MMII conservada. Pulsos femorales y pedios conservados y simétricos. MSI: Inflamación y celulitis en cara volar de muñeca y antebrazo hasta cara medial de codo con equimosis a nivel lateral de codo y región dorsal de la mano. Intenso dolor a la palpación y movilización de muñeca, sobre todo para la extensión. Sensibilidad conservada. El análisis de sangre mostró niveles elevados de proteína C reactiva además de leucocitosis con neutrofilia. El electrocardiograma mostró un ritmo sinusal a 70 lpm, sin alteraciones en la repolarización. La radiografía de muñeca izquierda no mostró ni signos de fractura ni otros hallazgos patológicos. Se realizó ecografía del antebrazo que mostró importante edema de tejido celular subcutáneo y planos profundos de vientres musculares de cara anterior antebrazo, sugerente de fascitis con miositis asociada. Se realiza fasciotomía completa y desbridamiento quirúrgico urgente. Se toman muestras para cultivo y anatomía patológica. Se administra antibioterapia empírica intravenosa de amplio espectro. El cultivo del tejido identificó S. pyogenes multisensible y el estudio de anatomía patológica mostró tejido adiposo con infiltrado inflamatorio agudo abscesificante y fragmento de músculo esquelético con cambios reactivos. Cultivo positivo para S. pyogenes multisensible. Anatomía patológica: Tejido adiposo con infiltrado inflamatorio agudo abscesificante. Fragmento de músculo esquelético con cambios reactivos.

Orientación diagnóstica: Fascitis necrotizante de antebrazo.

Diagnóstico diferencial: Celulitis. Miositis necrotizante/gangrena gaseosa. Pyomiositis. Síndrome compartimental.

Comentario final: La fascitis necrotizante es la forma más grave de infección de partes blandas, debido a la rápida destrucción y necrosis tisular que suele asociarse con una importante toxicidad sistémica, pudiendo producir shock séptico y fracaso multiorgánico. Por ello es fundamental realizar un diagnóstico precoz ya que su pronóstico depende en gran medida de un tratamiento agresivo inmediato.

Bibliografía

1. Wilson B. Necrotizing fasciitis. Am Surg. 1952;18:416-31.

Palabras clave: Fascitis necrotizante. Mortalidad. Infecciones de partes blandas.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.