

Fascitis necrosante secundaria a un esfuerzo muscular

José Bueno Lledó^a, Javier Vaqué Urbaneja^a, Soledad Carceller Navarro^a y Marino Blanes^b

^aUnidad de Cirugía General y Urgencias. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

^bUnidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

La fascitis necrosante es una infección polimicrobiana que destruye el tejido subcutáneo y la fascia muscular. El diagnóstico precoz permite el tratamiento urgente e inmediato y es clave para lograr la supervivencia, pero puede ser engañoso en las primeras fases por la apariencia normal de la piel¹. Presentamos el caso de un varón de 32 años que acudió a urgencias por dolor en la región pectoral derecha, fiebre de 38 °C e impotencia funcional en el brazo homolateral, de 48 horas de evolución, y que relacionaba con un antecedente de esfuerzo físico (partido de ping-pong) 2 días antes. En la exploración física tenía dolor en la región pectoral derecha, pero sin fluctuación ni erosión cutánea, con dificultad para la aducción del brazo. Se realizó una ecografía de partes blandas donde se encontró edema en el pectoral mayor, pero sin claras colecciones. Se ingresó al paciente con antibioterapia de amplio espectro, pero la evolución en las siguientes 24 horas hacia celulitis axilar, flanco derecho y muslo (fig. 1), obligó a realizar resonancia magnética de partes blandas, que tampoco clarificó el diagnóstico. En la exploración quirúrgica, con anestesia general, se halló importante edema tisular y extensa necrosis muscular en la zona pectoral. La disección del área axilar mostró abundantes adenopatías, y en cultivo microbiológico, se aisló *Streptococcus pyogenes* del grupo A. El paciente evolucionó favorablemente con curas locales diarias y se le dio de alta 8 días después.

La fascitis necrosante afecta a pacientes inmunodeficientes con antecedentes de traumatismo o cirugía reciente, aunque se ha descrito, como en nuestro caso, en



Fig. 1. Aspecto del paciente en la mesa de quirófano con marcada celulitis en área lateral derecha. Se evidencian las marcas efectuadas con rotulador según la evolución diaria de la infección cutánea.

pacientes sanos y sometidos a mínima agresión^{2,3}. El estreptococo B hemolítico del grupo A está implicado en el 10-15% de los casos⁴. El tratamiento antibiótico de amplio espectro con imipenem tal vez puede ser el agente de elección. El tratamiento quirúrgico consiste en el desbridamiento amplio y completo de los tejidos afectados, y son necesarias revisiones quirúrgicas programadas (*second look*) los días sucesivos⁵. Resulta de vital importancia sospechar esta entidad con el fin de no demorar el tratamiento médico y quirúrgico, que unidos al soporte de la función orgánica pueden salvar la vida del paciente.

Correspondencia: Dr. J. Bueno Lledó.
 Padre Rico, 7, puerta 6. 46008 Valencia. España.
 Correo electrónico: buenolledo@hotmail.com

Manuscrito recibido el 3-1-2007 y aceptado el 5-3-2007.

Bibliografía

1. Wong CH, Wang YS. The diagnosis of necrotizing fasciitis. *Curr Opin Infect Dis.* 2005;18:101-6.

2. Gaffield JW, Finlay DJ, Braun TI, Josloff RK. Group A streptococcal necrotizing fasciitis subsequent to pectoralis muscle strain. *J Trauma*. 2000;48:538-54.
3. Reina-Duarte A, Vidaña-Marquez E, Orte-Martinez. Fascitis necrotizante del miembro inferior secundaria a diverticulitis aguda. *Cir Esp*. 2000;68:160-2.
4. Simonart T. Group a beta-haemolytic streptococcal necrotising fasciitis: early diagnosis and clinical features. *Dermatology*. 2004;208:5-9.
5. Bilton BD, Zibari GB, McMillan RW, Aultman DF, Dunn G, McDonald JC. Aggressive surgical management of necrotizing fasciitis serves to decrease mortality: a retrospective study. *Am Surg*. 1998;64:397-400.