

Manejo de fascitis necrotizante tipo II rápidamente progresiva en miembro inferior derecho. A propósito de un caso de paciente drogodependiente.



Hospital Universitario de Guadalajara



Muñoz Vicente A, Méndez Mesón I, Rodríguez Algarabel C, Vargas-Zúñiga Pastor IM, Rubio Bravo B, de Sitjar de Tогores Sendra F.

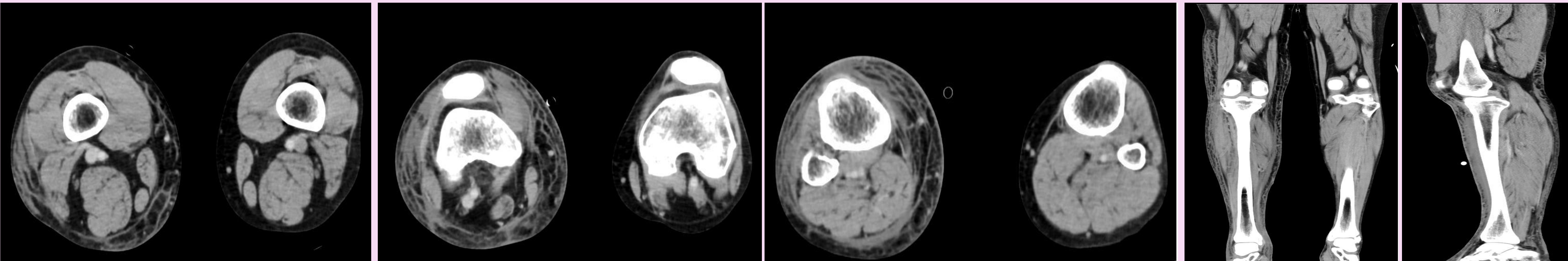
Introducción

- La FN es una IPPB rápidamente progresiva, caracterizada por necrosis de fascia y grasa, toxicidad sistémica y alta mortalidad.
- Encontramos 4 tipos: FN-I (Polimicrobiana), FN-II (Estreptocócica), FN-III (Clostridium-Vibrio) y FN-IV (Micótica).

Material y metodología

Revisamos la literatura a propósito de un caso presenciado en nuestro centro

- Varón de 48 años trasladado a urgencias por disnea, fiebre e inestabilidad hemodinámica asociado a tumefacción y eritema de 1/3 medio de pierna hasta pie derecho. En cuestión de 1 hora progresa hasta 1/3 distal de muslo y aparecen bullas. Presenta antecedente de punción pretibial de cocaína hace 24h.
- Estabilización HD. Se realiza TAC body: Celulitis y realce de fascia muscular posterior y lateral con ausencia de gas en MID.



- Ante la sospecha de shock séptico por FN realizamos desbridamiento quirúrgico precoz y antibioterapia de amplio espectro (Meropenem-Clindamicina-Linezolid).



- Se procede a reevaluación quirúrgica cada 48h y ajuste de antibioterapia tras aislar un *S. pyogenes* (Ceftriaxona). Sin embargo, ante problemas de cobertura cutánea y progresión de infección se decide realizar amputación supracondílea.



Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

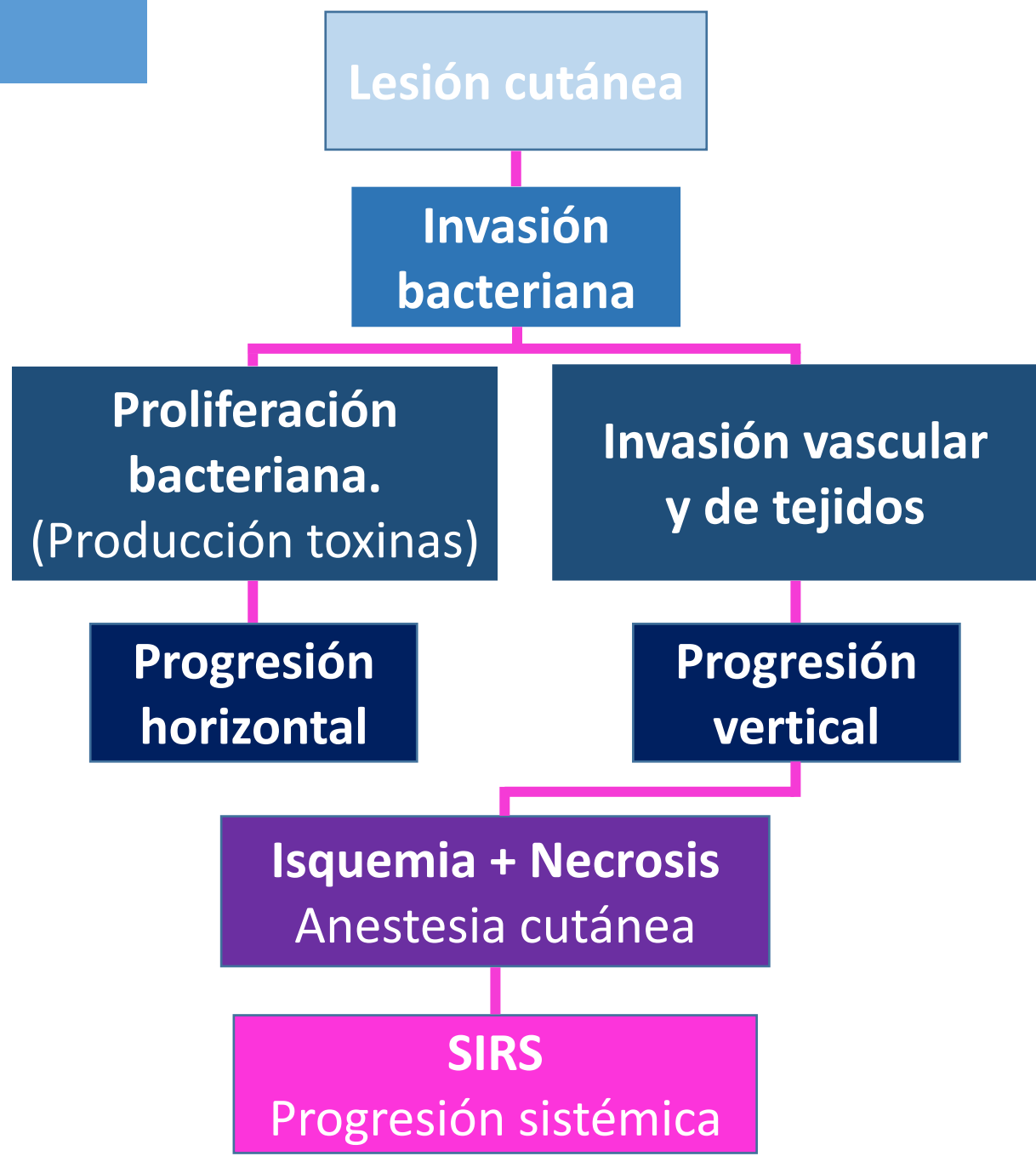
Resultados

FN II: infección monomicrobiana estreptocócica adquirida a través de una puerta de entrada.

- Inicialmente dolor intenso sin signos cutáneos (afectación única de fascia superficial). Rápidamente avanza a planos profundos y dermis superficial (necrosis cutánea, ulceración y ampollas).
- SSTS aparece en un 33% (Shock+/-FMO). El 20% es tan rápido que aparece sin clínica cutánea.

Manejo multidisciplinar. No retrasar la exploración quirúrgica y antibioterapia de amplio espectro ante la mínima sospecha (pronóstico depende de desbridamiento agresivo inmediato).

Son necesarias las reevaluaciones quirúrgicas cada 24-48h hasta controlar la infección, siendo la amputación necesaria en un 20% de los casos por infección fulminante o incontrolable.



Conclusiones

- FN: forma más grave de IPPB
- Si sospecha clínica alta, no retrasar el desbridamiento quirúrgico.
- Amputación para control de infección en un 20%.
- Elevada morbi-mortalidad (>25%), a pesar de tratamiento adecuado

Bibliografía

- Ragaisis, T; Breunig M. Necrotizing Fascitis. JAAPA. 2020; 33(9). 50-52
- Diab, J; Bannan A; Pollitt, T. Necrotising fasciitis. BMJ 2020;369:
- Moreno Moreno, J; Muzquiz Vargas, AM; Hernández Medel, ML; et al. Fascitis necrosante. Abordaje diagnóstico y terapéutico. Dermatol Rev Mex. 2020; 64 (4): 446-455