

FASCITIS NECROTIZANTE EXTREMIDAD INFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sarasa Roca, M., Angulo Castaño, MC., Redondo Trasobares, B., Villota Bello, A., Albareda Albareda, J.
Servicio C.O.T. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” (Zaragoza)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La **fascitis necrotizante** se define como una infección rápidamente progresiva, que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente, la profunda, y que produce necrosis tisular y toxicidad sistémica. Es una infección poco común, rápidamente progresiva, y de difícil diagnóstico por la inespecificidad de sus síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 48 años que acude a urgencias por gonalgia derecha tras mecanismo de torsión, realizándose vendaje compresivo. Acude a las 24 horas por inflamación generalizada de la extremidad inferior derecha, con escasas flictenas y dolor desproporcionado que no cesaba con analgesia. No se observaba puerta de entrada. El paciente no refería antecedentes infecciosos. En la analítica destacaba **leucocitosis** de 20.000 con 93% PMN, PCR mayor de 350, **procalcitonina de 24 ug/L, fracaso renal agudo**, alteración de la coagulación, e hipotensión y taquicardia asociadas.



RESULTADOS

Ante la sospecha de shock séptico debido a una fascitis necrotizante, se realiza intervención quirúrgica urgente mediante **fasciotomías** de todos los compartimentos del muslo y la pierna, con lavado y desbridamiento. Se inicia tratamiento antibiótico empírico hasta crecimiento en hemocultivos de **Streptococcus pyogenes**. Tras una buena evolución, a las tres semanas se realiza el cierre de las fasciotomías y se decide alta hospitalaria. Actualmente el paciente presenta heridas cicatrizadas y deambula sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante tiene un curso fulminante, con una tasa de mortalidad que oscila entre el 33-60%, por lo que es fundamental un diagnóstico precoz. El síntoma predominante es la disociación entre la clínica local y el dolor que presenta el paciente, en ocasiones desproporcionado a la apariencia local de las lesiones. Suele ser una infección **polimicrobiana** (70%), aunque en ocasiones puede ser monomicrobiana, siendo el *Streptococcus pyogenes* el germen más frecuentemente aislado. La afectación general del paciente es precoz, llegando a un cuadro de **shock séptico** con fallo multiorgánico y muerte en caso de que no se establezca el tratamiento adecuado, consistiendo en tratamiento antibiótico sistémico de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico extenso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cidoncha Escobar E, et al. Fascitis necrosante por *Streptococcus pyogenes*. An Pediatr (Barc) 2006;64(2):167-9.
2. Palacios-Zertuche JT, et al. Fascitis necrosante del muslo. Cirujano General 2018; 40 (2): 112-117
3. Ferrer Lozano Y, Oquendo Vázquez P, Asin L, Morejón Trofimova Y. Diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante. Medisur 2014;12(2).
4. Fernández Gómez F, Castelleiro Roca P, Comellas Franco M, Martelo Villar F, Gago Vidal B, Pineda Restrepo AF. Fascitis necrosante bilateral: a propósito de un caso. Cir plast iberolatinoam 2011;37(2):165-169.