

FASCITIS NECROTIZANTE DE MIEMBRO INFERIOR: A PROPÓSITO DE UNA ENTIDAD DE RIESGO

Jiménez López – Rey Á., Palacios Jiménez M., Montero Páez B.

UGC Cirugía Ortopédica y Traumatología

Área de Gestión Sanitaria de Osuna – Hospital de la Merced (Osuna, Sevilla)

OBJETIVO

Analizar el contexto clínico, diagnóstico y manejo terapéutico de un caso infrecuente de fascitis necrotizante, detectado de forma precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un varón de 69 años de edad (AP: HTA, DM2, VHB, enolismo), ingresado por sospecha de celulitis de miembro inferior derecho desde hace 2 días, con empeoramiento súbito de estado basal. El paciente niega antecedentes de interés, salvo un posible pinchazo en muslo derecho con una raíz de herboristería que suele portar en su bolsillo.

A la exploración, muslo derecho con importante empastamiento y dolor. Enrojecimiento y piel de naranja de dicho muslo. Sin peloteo de rodilla.

Tras la reevaluación en UCI, se objetiva rápida extensión de la celulitis hasta pierna, con resultado analítico compatible con fascitis necrotizante (mLRINEC score 30). TC s/c: "Reticulación-edema del tejido celular subcutáneo que compromete MID con predominio de afectación anterolateral en muslo y anterior en pierna. Asocia engrosamiento de fascia periférica profunda o fascia superficial del compartimento anterior del muslo; y aumento de densidad de musculatura del compartimento anterior de pierna".

Se procede a intervención quirúrgica urgente, con abordaje de muslo a tercio proximal de pierna derecha, detectándose salida de material de aspecto purulento tanto supra como infrafacial, así como desvitalización de fascia y vasto externo y disección infrafascial de planos, realizándose desbridamiento exhaustivo hasta tejido sano.

El resultado de los cultivos es positivo para Staphylococcus Aureus (fascitis necrotizante tipo 2), pautándose antibioterapia dirigida, y el análisis patológico confirma el diagnóstico de fascitis necrotizante.

El paciente fue intervenido en dos ocasiones más para desbridamiento y cierre progresivo de la herida, optándose la última de ellas por la técnica tie-over, evitando acúmulos serosos que impidan la cicatrización y facilitar las curas.



Figura 2. Imagen intraoperatoria con musculatura desvitalizada.

RESULTADOS

En el momento actual (follow – up de año y medio), el paciente refiere una evolución muy satisfactoria, con buen balance articular de MID, plena independencia para sus ABVD y buena calidad de vida.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante constituye una entidad con potenciales y devastadoras consecuencias para el paciente. Un elevado índice de sospecha y una actuación médica y quirúrgica precoz son medidas imprescindibles en la mejora de una patología con pronóstico verdaderamente infausto.

Bibliografía

1. Salati SA. Necrotizing fasciitis a review. Pol Przegl Chir. 2022 Feb 23;95(2):1-8.
2. Wu H, Liu S, Li C et Song Z. Modified Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (m-LRINEC) Score System in Diagnosing Necrotizing Fasciitis: A Nested Case-Control Study. Infect Drug Resist. 2021 Jun 4;14:2105-12.
3. Sabry M, El-Sheikh AM, Darwish AMA. Simple Loop Stitch Tie over Technique for Skin Graft. J Emerg Med Trauma Surg Care. 2018 Aug 29;5:024.



Figura 1. Aspecto inicial de muslo derecho durante la exploración.



Figura 3. Evolución de herida quirúrgica al mes, a los 2 meses (técnica "tie-over") y al año.