

¿FASCITIS NECROTIZANTE O SÍNDROME COMPARTIMENTAL? IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Guerrero Solano, C. Chaparro Galera, E. Pérez Del Río, V. Aznar Zafra, S.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

OBJETIVOS

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de la piel y de las partes blandas, la cual produce una extensa necrosis, que puede avanza hasta sepsis, toxicidad sistémica y fallo multiorgánico. Su tasa de mortalidad se encuentra en torno al 30% y su diagnóstico precoz es difícil.

La **fascitis necrotizante tipo II**, la cual es provocada principalmente por **Estreptococos betahemolíticos del grupo A**, se da en pacientes jóvenes sin comorbilidades y en los que no se puede identificar la puerta de entrada del microorganismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 29 años con dolor desproporcionado e inflamación del miembro inferior izquierdo, sin traumatismo previo. Además presenta tumefacción, aumento de la temperatura local, dolor a la flexión pasiva plantar, dorsal y de los dedos junto con una discreta leucocitosis con elevación de PCR.

Ecografía y TAC de MII: Engrosamiento de la fascia muscular superficial y profunda, moderada cantidad de líquido libre y sin gas. El **músculo sóleo presenta datos que indican isquemia o miositis y la arteria pedia refleja un patrón de alta resistencia.** ¿Síndrome compartimental o fascitis necrotizante?



CONCLUSIÓN

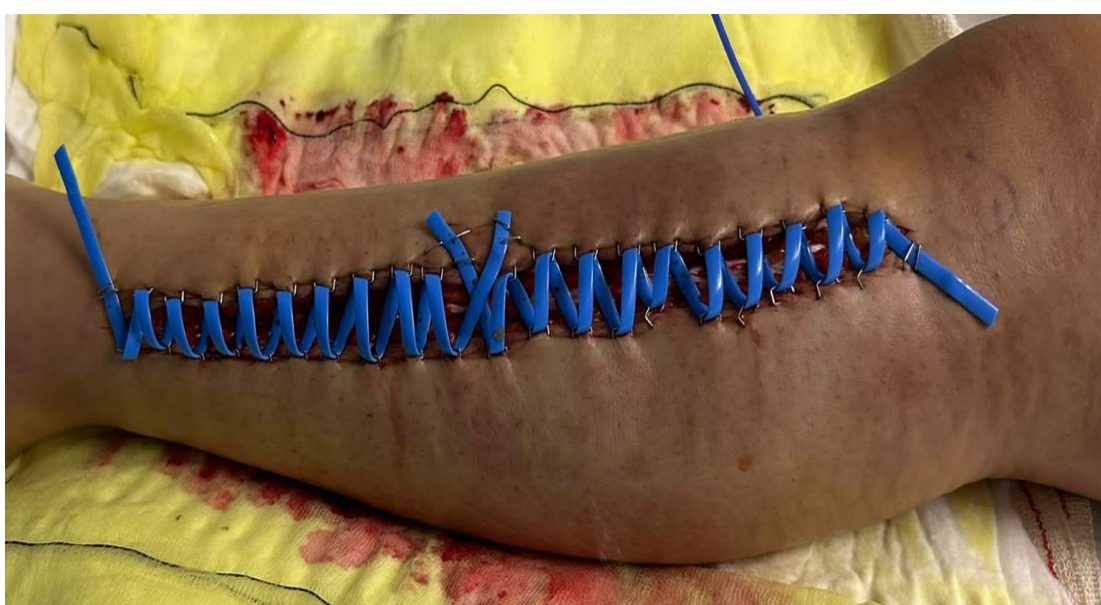
A modo de conclusión, podemos decir que aunque este caso finalizó de forma satisfactoria, un 30% de los pacientes que sufren una fascitis necrotizante acaban falleciendo, porcentaje que oscila entre el 28 y el 70% cuando es de tipo II y sufren un shock séptico.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero, P., Esteban, S. P., Ruiz, M. E. P., Sanz, S. C., & Vadillo, J. A. G. (2012). Actualización en fascitis necrotizante. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, 13(2), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2011.12.005>
- Kiat, H. J., Natalie, Y. H. E., & Lateef, F. (2017). Necrotizing fasciitis: How reliable are the cutaneous signs? Journal Of Emergencies, Trauma, And Shock, 10(4), 205. https://doi.org/10.4103/jets.jets_42_17
- Pérez-Sánchez, I., Martínez-Gil, L., Piqueras-Vidal, P. M., Pont-Gutiérrez, C., Cebrián-Gómez, R., & Montoza-Núñez, J. M. (2022). Fascitis necrosante: experiencia de manejo en las últimas dos décadas en nuestro centro. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 66(6), 429-437. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2021.12.007>
- Salati, S. A. (2022). Necrotizing fasciitis – a review. Polish Journal Of Surgery, 94(4), 1-8. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.7676>

OBJETIVOS

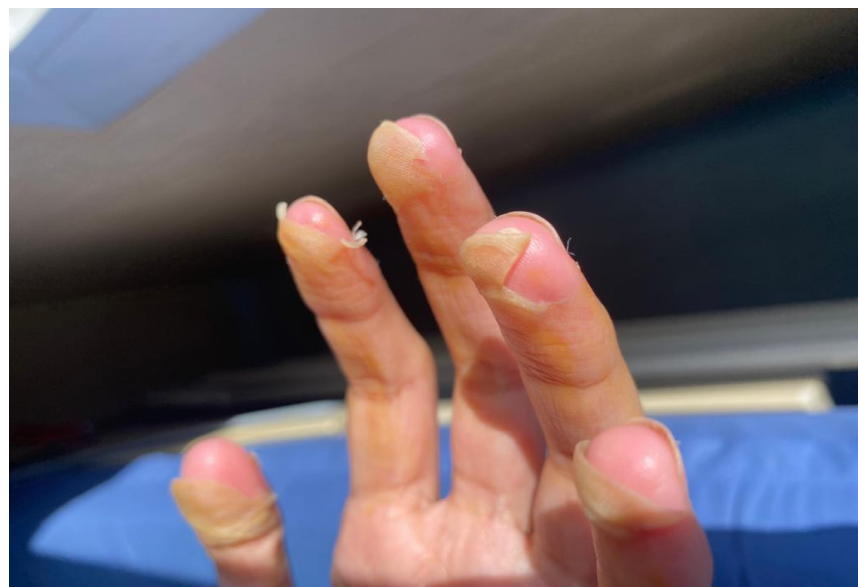
1ª cirugía: Se realizó **fasciotomías** de los compartimentos de la pierna izquierda, objetivándose mejoría por la liberación de la tensión; aunque presentó un **shock séptico** precisando maniobras de resucitación que finalizaron en la UCI. Las incisiones fueron cerradas con vessel-loop en cordón de zapato. El mismo día, la paciente presentó empeoramiento del dolor.



2ª cirugía: **Endurecimiento del sóleo** con cambios de coloración en los bordes de las heridas. Seis días después, el músculo **sóleo** se encontraba **desvitalizado** siendo desbridado al igual que el compartimento lateral objetivándose salida de exudado serosanguinolento sin pus.



Secundario al shock tóxico estreptocócico la paciente presentó picos febriles y descamación epidérmica de todos los dedos de las manos.



Se consiguió colocar **VAC** y se realizaron curas periódicas de las heridas, cambios de VAC junto con potentes ciclos antibióticos y visitas por múltiples especialistas.



Finalmente, casi a los **dos meses**, cuando desaparecieron los signos infecciosos y se pudo **controlar la necrosis** la paciente fue **injertada** por Cirugía Plástica y dada de alta.

