

Fascitis necrotizante por *S. pyogenes* en paciente joven sano. Una entidad agresiva de mal pronóstico.

González García J.A, Castillo Sáez A, Vallés Andreu M, Guardiola Herráez C, Gómez Gil E

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Arrixaca
Hospital Clínico Universitario
Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de fascitis necrotizante con rápida y agresiva evolución y su manejo terapéutico.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 28 años que presenta dolor e inflamación en 3er dedo tras trabajar en la construcción en los días anteriores. A la exploración se evidencia gran inflamación de partes blandas y celulitis que se extiende por dorso de mano hasta antebrazo, así como panadizo ungueal como posible puerta de entrada. El paciente se muestra afebril, con analítica normal y se realiza ecografía urgente que demuestra cambios inflamatorios en tejido celular subcutáneo sin visualización de colecciones drenables. Se pauta antibiótico oral, corticoterapia y gammaglobulinas intravenosas. No obstante, en las siguientes 12 horas el dedo presenta evolución fulminante con necrosis húmeda acelerada y flictenas que comprometen su viabilidad (figura 1). Por tanto, se indica desbridamiento quirúrgico urgente.



Figura 1: Aspecto de 3er dedo tras evolución fulminante de infección.



Figura 2: Imagen intraoperatoria de desbridamiento y apertura de polea A1.

RESULTADOS

En quirófano se desbrida tejido necrótico con obtención de pus a nivel de polea A1 que se envía para cultivo (figura 2). Se escala antibioterapia intravenosa a Piperacilina/Tazobactam + Clindamicina a la espera del cultivo. En los próximos días la celulitis en mano y antebrazo mejora, se delimita la necrosis desde la región interfalángica proximal y se amputa el dedo. El resultado del cultivo es positivo para *S. pyogenes*. Como complicaciones el paciente presentó linfangitis en antebrazo.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante (FN) es una grave forma de infección rápidamente progresiva de piel y tejidos blandos, con afectación de fascia y grasa, importante toxicidad sistémica y alta mortalidad. El pronóstico depende del diagnóstico precoz y tratamiento agresivo inmediato. Diferenciamos la FN tipo I, generalmente polimicrobiana con anaerobios, de la tipo II, que como en este caso suele tratarse de una infección monomicrobiana por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (*S. pyogenes*). Los pacientes son habitualmente sanos y es difícil documentar una puerta de entrada. El tratamiento quirúrgico es la base y su retraso es factor determinante de mortalidad. Debemos realizar necrosectomía, desbridamiento y drenaje de colecciones. Se recomienda reevaluación quirúrgica a las 24 horas. La amputación de la extremidad es necesaria en el 20% de los casos, especialmente con infección fulminante, afectación articular o persistente. Se recomienda la administración de penicilina G más clindamicina.