

# FASCIOTOMÍAS EN FASCITIS NECROTIZANTE: CUÁNDO Y CUÁNTO ABRIR

Barba Zambudio, Fernando<sup>1</sup>; Barrios Ayuso, Alejandro<sup>2</sup>; González Martínez, Ángel<sup>3</sup>; Márquez Gómez, Miguel<sup>2</sup>; Villa García, Ángel José<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia)

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General Universitario Ciudad Real (Ciudad Real)

## Introducción

El síndrome compartimental se define como un aumento de presión en un espacio anatómico cerrado que conlleva la reducción de la perfusión sanguínea y, en consecuencia, la necrosis del tejido. Existen diferentes etiologías de síndrome compartimental como son las fracturas, las mordeduras de serpiente, los torniquetes y, de forma excepcional, las infecciones<sup>1</sup>.

## Objetivos

Presentar el caso de un síndrome compartimental no traumático en un lactante debido a una infección sistémica por *Streptococcus pyogenes* y realizar una revisión en la literatura de la utilidad y el procedimiento de la fasciotomía descompresiva.

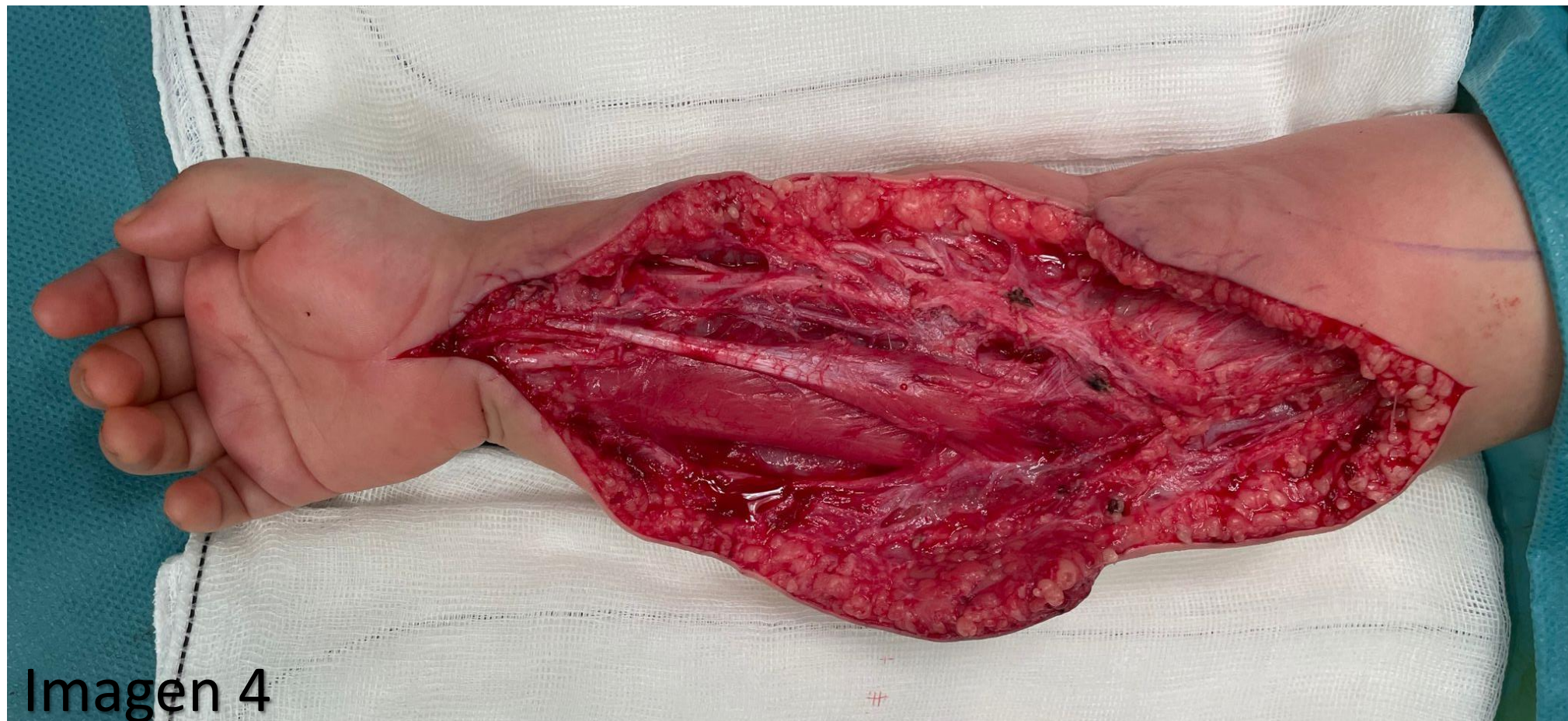
## Material y Métodos

Lactante de 13 meses de edad que acudió a urgencias por cuadro de 3 días de evolución de fiebre de hasta 40°C y exantema máculo-papuloso. Se acompañaba de tos, mucosidad nasal, deposiciones líquidas y vómitos. Clínicamente presentó empeoramiento con tendencia a la taquicardia, persistencia de fiebre, elevación de reactantes de fase aguda, destacando la gran tumefacción, edema y eritema del miembro superior derecho [Imagen 1 y 2].



Se realizó ecografía musculoesquelética de dicha área que informó de extensa celulitis, fascitis y miositis del tercio distal del bíceps braquial y tercio proximal de musculatura flexora del antebrazo.

Se inició antibioterapia intravenosa con cefotaxima y clindamicina y se realizó de urgencia una fasciotomía amplia del compartimento anterior del brazo, superficial y profundo volares del antebrazo y apertura del canal del nervio mediano con lavado abundante del área [Imagen 3 y 4].



En los días sucesivos se realizaron curas cada 48 horas de la herida, con aproximación progresiva de los bordes y, finalmente, cierre de la misma tras 6 días. El lactante presentó una evolución clínica satisfactoria durante su estancia en planta, siendo dado de alta a los 11 días del ingreso.

## Resultados

El *Streptococcus pyogenes* es el responsable de un gran espectro de presentaciones clínicas, entre ellas la fascitis necrotizante. El ratio de mortalidad es de hasta el 60% en población pediátrica, de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz<sup>1-3</sup>. La infección es una causa excepcional de síndrome compartimental en niños<sup>1</sup>.

Tessier et al.<sup>1</sup> indican que la fasciotomía tiene una doble utilidad, por un lado el tratamiento o prevención del síndrome compartimental y, por otro, la disminución de la carga toxigénica, que explicaría la rápida mejoría clínica.

En nuestro caso, igual que ocurre en los de Reichert et al.<sup>4</sup> y Taylor et al.<sup>5</sup>, se realizó una fasciotomía amplia precoz, consiguiendo así controlar el cuadro local del síndrome compartimental y, gracias a la amplitud de la fasciotomía, mejorar también la evolución del cuadro sistémico.

## Discusión y Conclusiones

El alto índice de sospecha es necesario para evitar las consecuencias, incluso mortales, de la fascitis necrotizante. El tratamiento quirúrgico (fasciotomía) resulta clave para una correcta resolución del cuadro, recomendando su realización tan pronto como se establezca la sospecha y de un modo amplio para inducir la mejora local y sistémica del paciente.

## Bibliografía

1. Tessier JM, Sanders J, Sartelli M, Ulrych J, De Simone B, Grabowski J, et al. Necrotizing Soft Tissue Infections: A Focused Review of Pathophysiology, Diagnosis, Operative Management, Antimicrobial Therapy, and Pediatrics. *Surg Infect (Larchmt)*. 2020;21(2):81-93.
2. Kumar Singh D, Kapoor R, Singh Yadav P, Saxena S, Agarwal K, Solanki RS, et al. Morbidity and Mortality of Necrotizing Fasciitis and Their Prognostic Factors in Children-PMC. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2022;27(5):577.
3. Kleshinski J, Bittar S, Wahlquist M, Ebraheim N, Duggan JM. Review of compartment syndrome due to group A streptococcal infection. *Am J Med Sci*. 2008;336(3):265-9.
4. Reichert JC, Habild G, Simon P, Nöth U, Krümpelmann JB. Necrotizing streptococcal myositis of the upper extremity: a case report. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):407.
5. Taylor J, Wojcik A. Upper limb compartment syndrome secondary to streptococcus pyogenes (Group A streptococcus) infection. *J Surg Case Rep*. 2011;2011(3):3.