

FASCITIS NECROTIZANTE CAUSADA POR MUCORMICOSIS. LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA.

Autores: Alberto J. Ruiz Toro, María Rubio Martínez, Jesús Pérez Iglesias, Carolina García-Herrera Cruces, Fabio Alejandro Casero Rodríguez.
Hospital Universitario de Cáceres (HUC)

Introducción y objetivos

El término **fascitis necrotizante**, se emplea para designar diversos síndromes de infección gangrenosa de la piel y tejidos subcutáneos que son resultado de infecciones **bacterianas**, pero también existen casos de causa **fúngica**. La **mucormicosis** son infecciones fúngicas poco frecuentes, con **alta morbilidad y mortalidad**. Por lo general afectan a individuos con diabetes mellitus o con estados de inmunosupresión. En el 20% de los casos, el foco de infección primaria se encuentra en la piel. El objetivo es remarcar la importancia de la sospecha clínica ante un caso de fascitis necrotizante que no evoluciona correctamente a pesar de un tratamiento aparentemente adecuado.

Material y métodos

Varón de 54 años, herrero de profesión, con antecedentes de obesidad, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, que ingresa en unidad de UCI con diagnóstico de shock séptico secundario a infección de partes blandas en MII tras clavarse un tornillo en la rodilla 10 días antes. Presenta dolor y tumefacción en MII desde raíz del muslo a dorso del pie y erosión en cara anterior de la rodilla con flictenas hemorrágicas. Se comienza antibioterapia empírica con tazocel, linezolid y clindamicina, y se mandan muestras de la herida para cultivos. Se realizan fasciotomías descompresivas en todo el miembro, no observándose colecciones purulentas. Tras mejoría hemodinámica pasa a cargo de traumatología.



Fotografías tomadas en una de las intervenciones de limpieza y desbridamiento de la pierna.
Autor de las imágenes: Alberto J. Ruiz Toro

Resultados

Durante un periodo de un mes, persiste elevación de reactantes de fase aguda y mala evolución de las heridas a pesar de reajuste de tratamiento antibiótico por parte de equipo PROA y varias reintervenciones para desbridamiento y lavado profuso de las heridas a nivel del muslo y rodilla. Dada la evolución tórpida, se mantuvo al paciente con antibioterapia y se añadió Isavuconazol por sospecha de Mucor. Tras reajuste de tratamiento fúngico se observa una evolución favorable del paciente.



Evolución de las heridas de la pierna tras adecuado tratamiento antifúngico y limpiezas en quirófano.
Autor de las imágenes: Alberto J. Ruiz Toro

Conclusiones

La fascitis necrotizante causada por mucormicosis cutánea es muy poco frecuente, por lo que se requiere un alto índice de sospecha clínica para poder diagnosticarla. Siempre deberá hacerse diagnóstico diferencial en las heridas necróticas sin respuesta al tratamiento antimicrobiano. Su agresividad y rápida evolución requiere tratamiento temprano con la combinación de técnicas quirúrgicas y antifúngicos sistémicos.