

Caso	(118) Fascitis Necrotizante post-apendicectomía
Autores	Jose Coronado Garcia , Celia Córdoba Clavero, Pedro Aguado Linares, Francisco Aneiros Rosón, Daniel Moreno Real, Manuel Brioso Díez
Centro	Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 63 años con antecedentes personales de HTA, DLP, exfumador.

Ingreso previo por intervención quirúrgica por apendicitis aguda perforada, dado de alta dos días antes.

Motivo de consulta: Dolor en región suprapúbica y ambos testículos de dos días de evolución asociado a sensación distérmica y malestar general.

Exploración física: T° 38,7°C, TA 111/66 mmHg, FC: 150 lpm Sat O2: 95%. Abdomen: doloroso a la palpación de forma generalizada. Empastamiento a nivel del pubis y región lumbar derecha que se extiende hacia región escrotal derecha, encontrándose ambos testículos dolorosos, eritematosos, tumefactos y empastados.

Pruebas complementarias: Leucocitosis: 25.55, Neutrofilia: 24.27 PCR 340.

TC abdominal urgente cc i.v: Colección intraabdominal extraperitoneal (espacio properitoneal) de 53 mm x 130 mm con múltiples burbujas aéreas en su interior. Se extiende desde nivel subhepático, pared abdominal posterolateral derecha, musculatura paravertebral con extensión caudal hacia la pared abdominal inferior (con extensión contralateral), periné y bolsas escrotales. Edema generalizado y cambios inflamatorios de la pared abdominal postero-lateral derecha. Hallazgos compatibles con fascitis necrotizante.

DISCUSIÓN

La FN es una infección necrotizante agresiva de tejidos blandos rápidamente progresiva que afecta principalmente y se extiende a lo largo de los planos musculares profundos. El factor de riesgo más frecuente es la DM asociada a enfermedad arterial periférica. También puede estar asociado a cirugías, traumatismos penetrantes, picaduras de insectos o abrasiones.

La FN es una urgencia importante de elevada mortalidad. Puede ser un hallazgo inesperado en una exploración radiológica solicitada por otro motivo

-Polimicrobiano (tipo I): Es el tipo más frecuente. Streptococcus del grupo A, Clostridium y flora mixta aerobia y anaerobia son los microorganismos asociados. Los anaerobios son los responsables de la formación de gas característica de la FN.

-Monomicrobiano (tipo II): menos frecuente. Se relaciona con el síndrome del shock tóxico asociado a Staphylococcus aureus.

En el 50% de los casos se afectan los MMII. Otras localizaciones características como la afectación del periné (gangrena de Fournier) y cabeza y el cuello. En población pediátrica, el tronco es el área más afectada.

Hallazgos Radiológicos en TC:

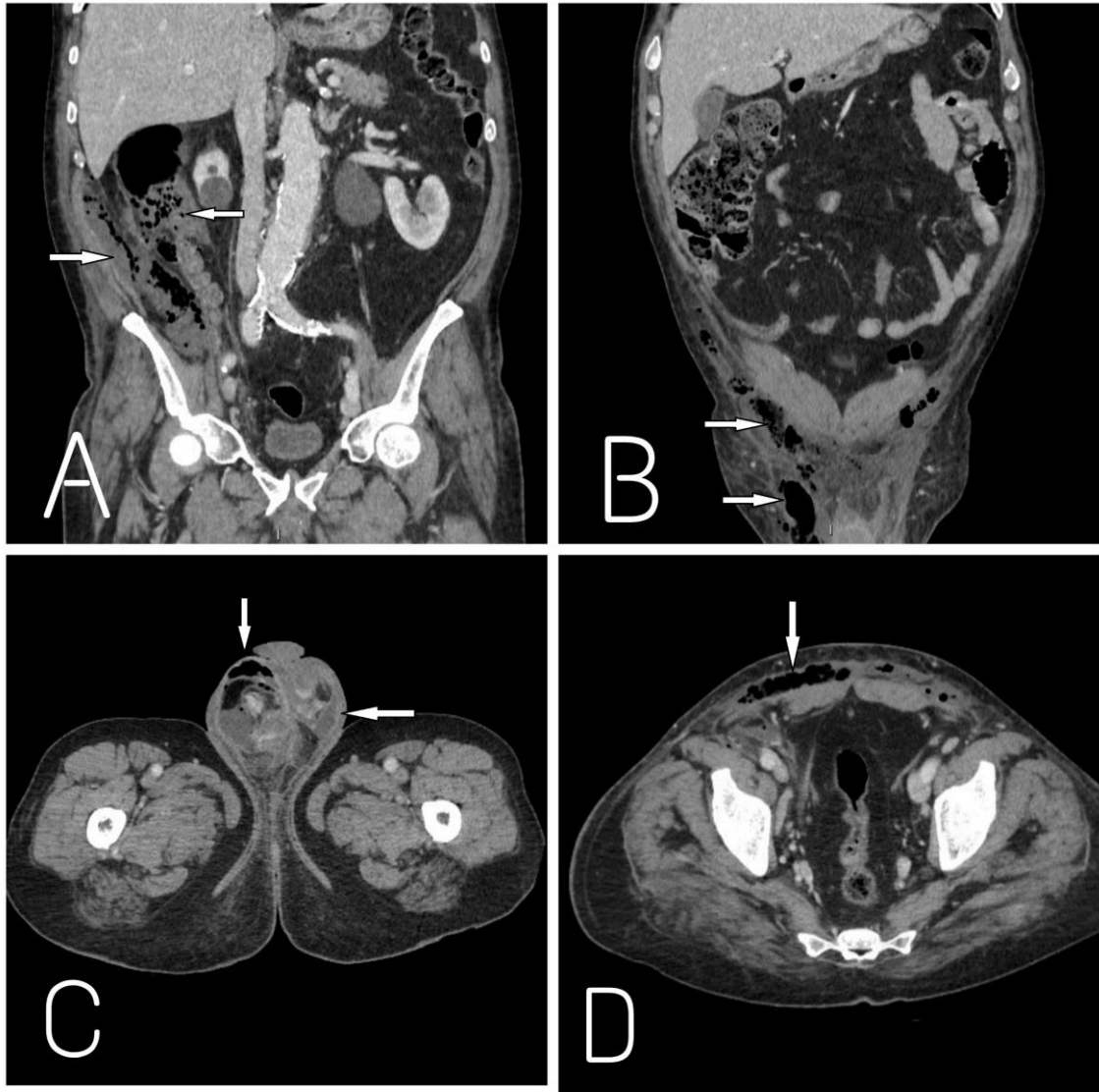
- Aumento de densidad de partes blandas y reticulación de la grasa
- Engrosamiento y el realce de una o ambas fascias superficial y profunda
- Colecciones líquidas con gas en planos superficiales y profundos. Es un hallazgo característico de FN, pero su ausencia no excluye el diagnóstico.

La FN es una urgencia quirúrgica con una alta mortalidad. La fasciotomía quirúrgica inmediata con un desbridamiento agresivo del tejido necrótico asociado a antibioterapia de amplio espectro es el tratamiento de elección.

No está justificado el retraso en el tratamiento por realizar pruebas de imagen

CONCLUSIÓN

La FN es una emergencia quirúrgica que se asocia a una alta mortalidad. El radiólogo de urgencias debe saber reconocer los hallazgos característicos y sospechar esta entidad ante un paciente postquirúrgico que presente una evolución tórpida en el período postoperatorio, asociados a signos de sepsis.



TC abdominal con contraste i.v. en fase venosa portal. A. Reconstrucción en plano coronal donde se observa una colección intraabdominal con múltiples burbujas aéreas en su interior. Cambios inflamatorios y burbujas de gas en planos superficiales y profundos de pared abdominal postero-lateral inferior derecha. B. Se observa extensión del proceso inflamatorio y burbujas aéreas hacia el canal inguinal derecho y pared abdominal inferior contralateral. C. Corte axial a nivel del periné, donde se observa líquido libre, engrosamiento e hiperrealce de cubiertas escrotales con extensión del gas al escroto derecho. D. Edema y aumento de partes blandas asociado colecciones líquidas y gas afectando a la fascia superficial y profunda de la pared abdominal anterior.

BIBLIOGRAFÍA

Kauffman JD, O'Brien M, Snyder CW, Rottgers SA, Rideout DA, Chandler NM. Acute appendicitis complicated by necrotizing fasciitis in a teenager. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*. 2018 Oct; 37:77-82. doi: 10.1016/j.epsc.2018.07.018.

Tso DK, Singh AK. Necrotizing fasciitis of the lower extremity: imaging pearls and pitfalls. *Br J Radiol*. 2018 Jul;91(1088):20180093. doi: 10.1259/bjr.20180093.