

Caso	(560) Fascitis necrosante: ¿de dónde viene?
Autores	Sergio Plaza Díaz, Javier Bernad Andreu, Alfonso Escobar Villalba, Albert Domingo Senan, Andrés Abellán Albert, Laín Ibáñez Sanz.
Centro	Hospital Universitario 12 De Octubre

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 56 años que acude al servicio de urgencias por bajo nivel de conciencia e hipotensión arterial. Acudió 24h a urgencias por dolor inguinal de 24h de evolución catalogado de tendinitis.

Inestabilidad hemodinámica SpO2 60%, TAS 60 mmHG, FC 110 lpm y GCS 5. Exploración física con MII edematoso y eritematoso, con flictenas, crepitación al tacto y frialdad cutánea. Crepitación cutánea desde tórax hasta MII. Analítica sanguínea: leucocitos 25,8 x1000 u/l, pH <7, lactato 15,6 mmol/L.

Se decide realización de TC toracoabdominopélvica:

- Extensa afectación del tejido celular subcutáneo, planos fasciales y musculares, que presentan hipocaptación y colecciones interfasciales como signo de miositis, con abundante gas que se extiende desde MII hasta pared abdominal izquierda. Hallazgos sugestivos de infección necrotizante de partes blandas.

- A nivel intrabdominal se observa una masa vesical de 10 cm que infiltra asas ileales, con abundante gas intralesional sugestivo de fistulización ileo-vesical. Dicha afectación se extiende anteriormente a través del espacio de Retzius y secundariamente a la región inguinal.

- Los hallazgos sugieren tumor vesical fistulizante como origen de infección necrotizante de partes blandas.

Tras los hallazgos se plante cirugía desbridante desestimándose por pronóstico infausto y el paciente termina falleciendo 3h después.

DISCUSIÓN

La infección necrosante de tejidos blandos es una infección bacteriana consistente en una rápida destrucción de tejidos que engloban la piel, el tejido celular subcutáneo, fascias y vientres musculares. Conceptualmente, este tipo de infecciones se dividen en miositis necrotizante, fascitis necrosante y celulitis necrosante. El tipo más común de fascitis necrosante es polimicrobiano con participación de microorganismos aerobios y anaerobios.

El cuadro clínico suele consistir en eritema, calor y dolor muy intenso de la zona afectada (más común en miembros y periné), con posterior aparición de flictenas, enfisema a la palpación y necrosis de los tejidos implicados. A nivel sistémico se produce una respuesta inflamatoria sistémica con fiebre alta, taquicardia, obnubilación e hipotensión; que normalmente requiere soporte hemodinámico.

El diagnóstico principalmente es clínico y analítico (elevación de reactantes inflamatorios y marcada leucocitosis), siendo las pruebas de imagen complementarias y no excluyentes del cuadro.

La TC es el estudio más sensible para la detección de gas en los tejidos y valorar la extensión de la afectación, siendo poco específico para diferenciar una infección necrotizante de no necrotizante. Los hallazgos característicos son:

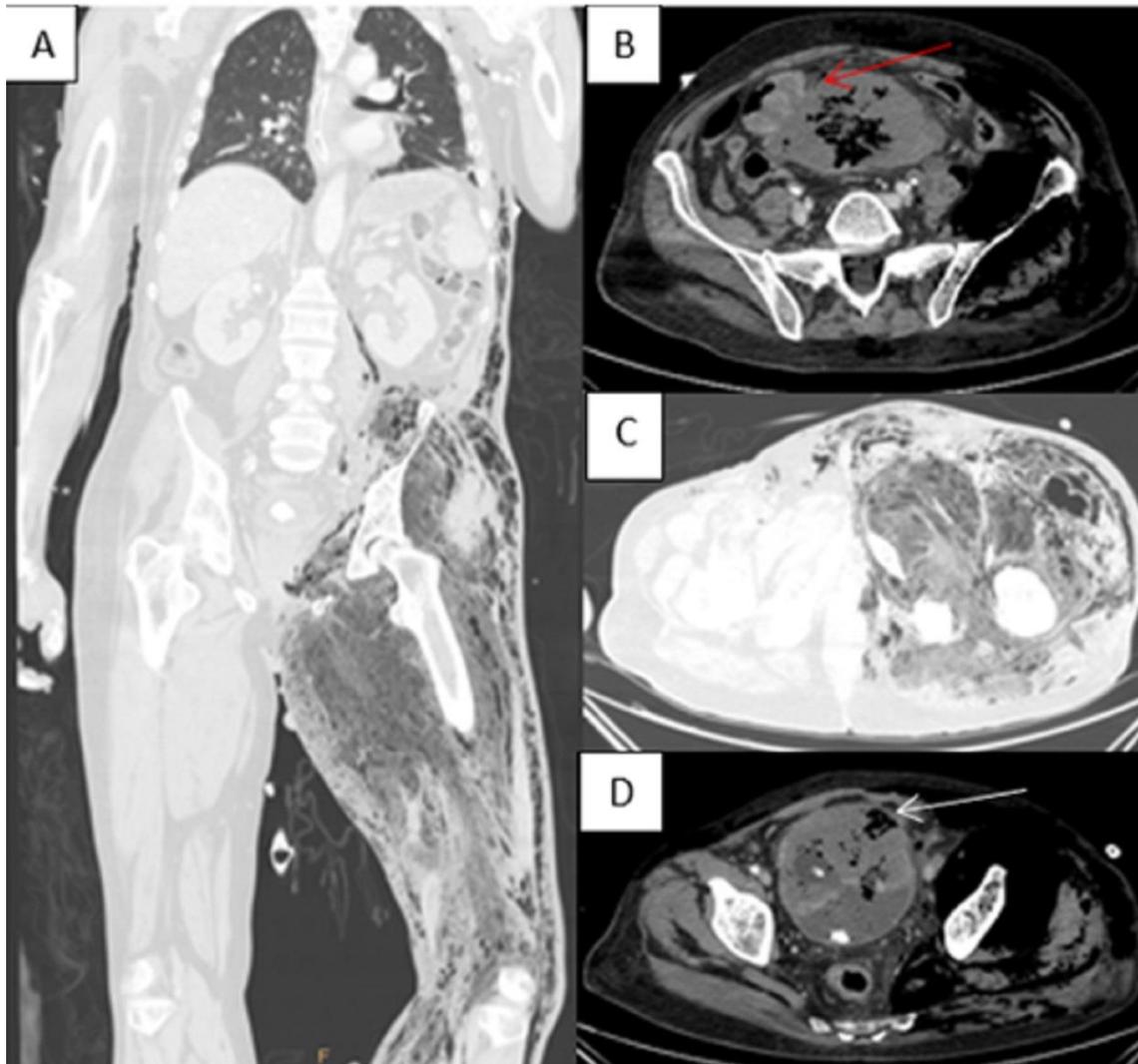
- Visualización de gas en los tejidos blandos + colecciones líquidas en el interior de la fascia profunda.
- Engrosamiento de la fascia profunda con estriación de la grasa subyacente.
- Edema que se extiende a los septos intermusculares y el músculo.
- Miositis con realce heterogéneo de la musculatura con captación de las zonas inflamatorias e hipodensidad del tejido necrosado.

El estudio mediante TC también puede ayudar a discernir posible causa endógena (diverticulitis, tumoral...;) así como la afectación ósea con erosión y aparición de burbujas de gas y colecciones intramedulares.

EL tratamiento definitivo consiste en antibioterapia intensiva intravenosa y cirugía desbridante urgente, siendo la mortalidad del 20-50% y la morbilidad de un 70-80%.

CONCLUSIÓN

Las infecciones necrosantes son una afectación potencialmente mortal de los tejidos blandos que requieren un diagnóstico y tratamiento precoz. La TC se ha postulado como un método complementario para valorar la extensión, así como el posible origen del cuadro infeccioso. Por todo ello, es importante conocer los principales hallazgos para realizar una valoración rápida precisa del cuadro clínico.



Cortes coronales y axiales de TC abdominopélvica realizado en el servicio de urgencias: A) Corte coronal en ventana de pulmón con enfisema subcutáneo e intramuscular desde pared abdominal izquierda que se extiende por miembro inferior ipsilateral. B) La masa vesical presenta contacto estrecho con un asa intestinal produciendo fistulización (flecha roja) y enfisema intralesional. C) En ventana de pulmón se visualiza una extensa afectación enfisematosa del tejido subcutáneo y de la raíz del muslo izquierdo. D) Masa vesical fistulizante al espacio de Retzius (flecha blanca) y secundariamente a la región inguinal izquierda con importante enfisema subcutáneo e intermuscular de la raíz del muslo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ammar A. Chaudhry, Kevin S. Baker, Elaine S. Gould. Necrotizing Fasciitis and Its Mimics: What Radiologists Need to Know. AJR 2015; 204:128-139. DOI:10.2214/AJR.14.12676.
- Mohammad Reza Hayeri, Pouya Ziai, Monda L. Shehata. Soft-Tissue Infections and Their Imaging Mimics: From Cellulitis to Necrotizing Fasciitis. RadioGraphics 2016; 36:1888-1910. <https://doi.org/10.1148/rg.2016160068>.
- J. Brett Fugitt, Michael L. Puckett, Michael M. Quigley. Necrotizing Fasciitis. RadioGraphics 2004; 24:1472-1476. DOI: 10.1148/rg.245035169.