

Nombre:	Lidia
Apellido:	Nicolás Liza
Otros Autores:	L. Gijón de la Santa, B. Sastre Borregón, JA. Pérez Retortillo, MJ. Raya Núñez, J. Martínez Ollero
E-mail:	lydia.mpg@hotmail.com
Hospital:	Hospital Universitario de Guadalajara
Ciudad:	Guadalajara
Título:	Fascitis necrotizante
Presentación:	Varón de 63 años acude a urgencias por un cuadro de 24 horas de evolución consistente en fiebre (40°C) y un episodio brusco de dolor en miembro inferior derecho, con rápida progresión a rigidez, edema, crepitación subcutánea y disminución del pulso. Se solicita TC urgente identificando los hallazgos posteriormente descritos. En las horas siguientes empeora con shock séptico, requiriendo ingreso en UVI y amputación del miembro.
Discusión :	<p>Infección rara, rápidamente progresiva, caracterizada por necrosis extensa del tejido subcutáneo y de la fascia intermuscular. Se acompaña normalmente de importante toxicidad sistémica. La tasa de mortalidad es alta si no se diagnostica de manera precoz.</p> <p>Los principales factores de riesgo son inmunosupresión, diabetes, arteriopatía periférica y cirugías recientes.</p> <p>Hay dos formas: polimicrobiana, infección sinérgica de microorganismos aerobios-anaerobios (más común); y monomicrobiana (estreptocócica) en inmunocompetentes.</p> <p>El reconocimiento clínico precoz es difícil, puede ser imposible diferenciar de una celulitis. Afecta a cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuente en extremidades, periné y tronco.</p> <p>Radiológicamente es característica la presencia de gas en partes blandas que va disecando los planos fasciales, aumento del espesor fascial y trabeculación de la grasa circundante. El realce de la fascia es variable (en necrosis bien establecidas puede ser mínimo/ausente). Pueden desarrollar abscesos.</p> <p>El diagnóstico puede facilitarse mediante TC/RM. Pero, si la sospecha clínica es alta, el desbridamiento quirúrgico no debería posponerse a la realización de técnicas de imagen.</p> <p>Como diagnóstico diferencial deben considerarse otras infecciones de partes blandas (celulitis, fascitis superficial, mionecrosis...), así como enfisema subcutáneo no infeccioso.</p>
Conclusión:	Fascitis necrotizante por Clostridium septicum.
Bibliografía:	<p>1.Mulcahy H, Richardson ML. Imaging of necrotizing fasciitis: self-assessment module. AJR Am J Roentgenol. 2010;195 (6): S66-9.</p> <p>2.Wysoki MG, Santora TA, Shah RM et-al. Necrotizing fasciitis: CT characteristics. Radiology. 1997;203 (3): 859-63.</p>
Pie de foto:	Trabeculación de la grasa del tejido celular subcutáneo con extensa presencia de burbujas de gas (flecha), que se introducen entre los planos superficiales y profundos de las fascias musculares del miembro inferior derecho, predominantemente en los compartimentos medial y posterior, hasta la región infrapoplítea (asteriscos).

