Alberto	Nombre:
Quirce Vázquez	Apellido:
	Otros Autores:
aquirce89@gmail.com	E-mail:
Hospital General Universitario de Alicante	Hospital:
ALICANTE	Ciudad:
No pierdas el tiempo y acelera el tratamiento.	Título:
Varón de 70 años acude con fiebre de origen desconocido y dolor en pierna. Padece cáncer de recto metastásico y había iniciado QT paliativa 3 días antes. Se realiza RX pelvis y se obtiene CK de ingreso de 1600 mg/dl y PCR 20 mg/L que se atribuye a "rabdomiolisis postQT". Tras 12h aparece lesión eritematosa y extensa en cara interna del muslo, disestesias y CK de 6000 mg/dl con PCR 40 mg/L, leucopenia, hipotensión y fluctuaciones de conciencia. Se solicita TC craneal y pélvico + MMII. En radiografía de ingreso se aprecia la presencia de abundante gas aparentemente localizado entre las fibras musculares del músculo ilíaco, y musculatura proximal de la pierna derecha. La tomografía sin contraste (dada su insuficiencia renal) confirma los hallazgos de RX apreciando presencia de gas entre las fibras y fascias musculares de la musculatura pélvica y muslo derechos, signos inflamatorios y edema en la grasa adyacente a la musculatura afecta. Hallazgos en relación Fascitis/miositis necrosante. El estudio craneal fue normal. Aparece en sangre "Staphilococco Hominis y Clostridium septicum" Después de 3 horas tras el TC se procede al desbridamiento y tras 12h del mismo, el paciente fallece.	Presentación:
La fascitis/ miositis necrotizante es una entidad relativamente infrecuente pero rápidamente progresiva y a menudo fatal. El pronóstico está marcado por el rápido diagnóstico y actitud médico-quirúrgica; y pese a una rápida actitud la mortalidad oscila entre el 25-75%. Lo más común es que esté producida por una asociación polimicrobiana (aerobios y anaerobios como Clostridium, Proteus, Escherichia...) sobre un paciente predispuesto: inmunosupresión, inicio de quimioterápicos, cáncer...	Discusión :
Aunque a veces puede retrasarse el diagnóstico, en nuestro caso se apreciaba una alteración muy específica en la RX (presente sólo en el 15-57% de las ocasiones) desde el momento de su ingreso que pasó inadvertido conllevando un retraso terapéutico que podría haber cambiado el curso final de la enfermedad.	Conclusión:
Zacharias N, Velmahos GC, Salama A et-al. Diagnosis of necrotizing soft tissue infections by computed tomography. Arch Surg. 2010;145 (5): 452-5. doi:10.1001/archsurg.2010.50 Fugitt JB, Puckett ML, Quigley MM et-al. Necrotizing fasciitis. Radiographics. 2004;24 (5): 1472-6 doi:10.1148/rg.245035169 Smith GH, Huntley JS, Keenan GF. Necrotising myositis: a surgical emergency that may have minimal changes in the skin. Emergency Medicine Journal : EMJ. 2007;24(2):e8. doi:10.1136/emj.2006.041723.	Bibliografía:
Imágenes A-B: Radiografías de abdomen y pelvis en que se aprecia presencia de líneas radiolucentes (flechas amarillas) de gas disecando los tejidos musculares en hemipelvis y cadera derecha. Imágenes C-D cortes axiales, y E-F cortes coronales de	Pie de foto:

TC sin contraste en que se confirman los hallazgos de gas interpuesto entre las fibras musculares (flechas amarillas) de musculatura adductora, cuádriceps, sartorio y psoas ilíaco. Nótese además presencia de líquido entre los vientres musculares afectos (flechas blancas) y la la presencia de engrosamiento cutáneo (flechas rojas) en cara interna del muslo izquierdo.	