

Fascitis necrotizante secundaria a úlcera por presión

Álvaro Moyano Portillo^a, María de los Ángeles Acosta Martínez del Valle^b,
Elena Moya Sánchez^a y Eduardo Ruiz Carazo^a

^a Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada (España).

^b Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada (España).

Correspondencia:
Álvaro Moyano Portillo.
C/ San Marcos 2, 4º B. C.P.
18005 – Granada (España).

Correo electrónico:
a.8moyano@gmail.com

Recibido el 10 de marzo de 2018.
Aceptado para su publicación el 6 de mayo de 2018.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

La fascitis necrotizante es una infección agresiva y altamente destructiva de la fascia y el músculo con una alta morbimortalidad.

Se suele presentar en pacientes inmunocomprometidos tales como VIH, diabéticos, oncológicos o trasplantados, siendo sus localizaciones más habituales las extremidades, pared abdominal y periné; en esta última localización recibe el nombre de gangrena de Fournier. Su asociación con úlceras de decúbito es infrecuente, relacionándose en la mayoría de las ocasiones con procesos osteomielíticos, traumatismos con heridas cutáneas o presencia de cuerpos extraños. Presentamos un caso clínico de un paciente con fascitis necrotizante secundaria a úlcera de decúbito. Nos parece interesante presentar las características clínicas, así como exponer los hallazgos radiológicos de esta entidad y, por otra parte, acentuar la importancia de un adecuado cuidado de las úlceras por presión, ya que pueden ser el origen de la fascitis necrotizante.

PALABRAS CLAVE: Fascitis Necrotizante. Úlcera por Presión. Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis secondary to pressure ulcer

Necrotizing fasciitis is an aggressive and highly destructive infection of the fasciae and muscles with high morbidity and mortality.

It usually occurs in immunocompromised patients such as HIV, diabetic, oncology or transplant patients. Its most common locations are the extremities, abdominal wall and perineum; in this latter location it is called Fournier's gangrene. Its association with pressure ulcers is infrequent, being connected in most cases with osteomyelitic processes, traumas with skin wounds or presence of foreign bodies.

We present the clinical case of a patient with necrotizing fasciitis secondary to pressure ulcer. We find it interesting to present the clinical characteristics as well as the radiological findings of this entity and, on the other hand, to emphasize the importance of an adequate care of pressure ulcers, since they can be the origin of necrotizing fasciitis.

KEY WORDS: Fasciitis, Necrotizing. Pressure Ulcer. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante es una infección agresiva y altamente destructiva de la fascia y el músculo con una gran morbimortalidad. Se estima que la incidencia de esta enfermedad en la actualidad es de 1 caso por cada 100.000 personas en nuestro medio, con una tasa de mortalidad comprendida entre un 21 % y un 40 % a pesar de tratamiento intensivo, pudiendo alcanzar hasta un 70 % si se desarrolla un shock tóxico estreptocócico¹. La conjunción de una correcta sospecha clínica y el hallazgo en las pruebas de imagen de aire en el interior de las fascias y la musculatura es suficiente para realizar un diagnóstico acertado que permita un abordaje terapéutico precoz.

Cabe también destacar la importancia de una adecuada profilaxis y tratamiento de las úlceras por presión así como otras heridas cutáneas en pacientes inmunocomprometidos, que puedan actuar como factores predisponentes para desarrollar una fascitis necrotizante.

Presentamos el caso de un paciente anciano con una úlcera perineal que se complicó con una fascitis necrotizante; el diagnóstico se realizó al aunar los datos clínicos, analíticos y de las pruebas de imagen. Dado lo avanzado del

cuadro clínico se decidió adoptar finalmente una actitud abstencionista.

CASO CLÍNICO

Varón de 88 años con antecedentes personales de demencia tipo Alzheimer, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria e intervenido de fractura pertrocantérea izquierda con clavo PFNA hace 2 meses. Es traído a Urgencias por su cuidador debido a un cuadro de malestar general, febrícula de 37,8°C, hipotensión y obnubilación de dos días de evolución. En la exploración se observó una úlcera en la región perineal izquierda con mal olor y supuración activa de un mes de evolución, que únicamente había sido tratada de forma tópica con povidona yodada a criterio del cuidador, sin

haber recibido atención médica; también se percibió una pequeña área de eritema alrededor de la úlcera y crepitación extensa del miembro inferior izquierdo; la analítica sanguínea mostró leucocitosis de 19.000/ μ l con neutrofilia del 92% y aumento de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva de 223 mg/l).

Se realizó una radiografía de la cadera izquierda y, ante la presencia de gas en el muslo, se completó con una Tomografía Computarizada (TC) de miembros inferiores, observando múltiples colecciones aéreas que afectaban a la fascia superficial, tejido subcutáneo y grupos musculares profundos del miembro inferior izquierdo, con origen en úlcera de decúbito retroisquiática izquierda y extensión caudal a los compartimentos descritos (Figura 1).



Figura 1. A. Radiografía de cadera donde se observa aire en el interior del muslo y en la vecindad de la tuberosidad isquiática izquierda. B. Reconstrucción coronal de TC que muestra cómo el aire afecta y diseca los planos musculares del muslo y la pierna. C. Corte axial de TC donde se aprecia una irregularidad cutánea con presencia de burbujas aéreas que se extienden hacia la región perineal izquierda profunda, correspondiente a una úlcera por presión.

Con estos hallazgos, el paciente fue diagnosticado de fascitis necrotizante secundaria a úlcera por decúbito en región perineal. Se desestimaron actuaciones agresivas dado los antecedentes personales del paciente y la situación clínica del mismo, adoptándose medidas de confort. El paciente falleció a las pocas horas de su ingreso en Urgencias

DISCUSIÓN

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de los tejidos blandos superficiales que se suele acompañar de una afectación sistémica grave. Se presenta principalmente en pacientes inmunocomprometidos tales como VIH, diabéticos, oncológicos o trasplantados, siendo sus localizaciones más habituales las extremidades, pared abdominal y periné; en esta última localización recibe el nombre de gangrena de Fournier^{1,2}. Su asociación con úlceras por presión es infrecuente, relacionándose en la mayoría de las ocasiones con procesos osteomielíticos, traumatismos con heridas cutáneas o presencia de cuerpos extraños³⁻⁵.

Generalmente es una infección polimicrobiana con presencia de microorganismos aeróbicos y anaeróbicos, formadores de gas, como *Clostridium*, *Proteus*, *Escherichia coli*, *Bacteroides* y *Enterobacteriaceae*. Existe otra forma menos frecuente, de etiología monomicrobiana, que suele asociarse a estreptococos del grupo A y en muy raras ocasiones a *Staphylococcus aureus*¹.

El diagnóstico es difícil, ya que los síntomas son inespecíficos y las lesiones cutáneas iniciales a menudo son benignas en comparación con la destrucción subyacente del tejido y el intenso dolor referido por el paciente.

Debemos de sospechar la presencia de una infección necrotizante cuando observemos edema e induración más allá del área eritematosa, acompañado o no de ampollas o flictenas, con crepitación a la exploración física o presencia de gas en las pruebas de imagen¹.

En las radiografías simples se puede apreciar aire en el interior de las partes blandas. En la TC, la presencia de colecciones aéreas con afectación de las fascias y los planos musculares es diagnóstica de fascitis necrotizante. También se ha descrito que la ausencia de realce de los planos fasciales tras la administración de contraste intravenoso es un signo radiológico que ayuda a distinguir entre fascitis

necrotizante y no necrotizante cuando no se aprecien burbujas aéreas en el estudio sin contraste, lo que puede ocurrir en algunas ocasiones⁶.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el resto de infecciones de partes blandas pero este se reduce enormemente una vez que se demuestra gas en el interior de las mismas⁷. Otro dato característico que nos ayuda a distinguirlo de otras infecciones de tejidos blandos superficiales de curso benigno es la presencia de leucocitosis con neutrofilia, que aparece en alrededor del 85% de los pacientes afectos y la ausencia de linfadenopatías palpables.

El tratamiento suele incluir desbridamiento quirúrgico y antibioterapia (carbapenem o combinaciones de ampicilina-sulbactam con clindamicina o metronidazol) y otras técnicas novedosas como la presión negativa con instilación antibiótica en afeciones más localizadas⁸.

En Atención Primaria el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, una anamnesis detallada y una exploración física dirigida a la detección de sus signos clínicos y factores predisponentes, tales como las úlceras por presión; sobre estas últimas, la prevención constituye la intervención más importante para evitar la sobreinfección y posible desarrollo de infecciones extensas como la fascitis necrotizante; en caso de ya haberse desarrollado la úlcera por decúbito, el tratamiento combinado de una adecuada limpieza, desbridamiento de las partes desvitalizadas, utilización de sistemas antipresión, cuidados posturales y antibioterapia, en caso necesario, se ha demostrado útil para su curación⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2012; 13 (2): 41-48.
2. Wang JM, Lim HK. Necrotizing fasciitis: eight-year experience and literature review. *Braz J Infect Dis*. 2014; 18 (2): 137-43.
3. Mizokami F, Furuta K, Isogai Z. Necrotizing soft tissue infections developing from pressure ulcers. *J Tissue Viability*. 2014; 23 (1): 1-6.
4. Esayag Y, Brautbar A, Popov A, Wiener-Well Y. Necrotizing soft tissue infection: an unusual and devastating complication of pressure sores. *Isr Med Assoc J*. 2011; 13 (7): 442-3.
5. Kloss BT, Broton CE, Rodriguez E. Group B streptococcal necrotizing fasciitis from a decubitus ulcer. *Int J Emerg Med*. 2010; 3 (4): 519-20.

6. Fayad LM, Carrino JA, Fishman EK. Musculoskeletal infection: role of CT in the emergency department. *Radiographics*. 2007; 27 (6): 1723-36.
7. Chaudhry AA, Baker KS, Gould ES, Gupta R. Necrotizing fasciitis and its mimics: what radiologists need to know. *AJR Am J Roentgenol*. 2015; 204 (1): 128-39.
8. Pañella-Vilamú C, Pereira-Rodríguez JA, Sancho-Insenser J, Grande-Posa L. Terapia de presión negativa intermitente con instilación antibiótica en una fascitis necrosante de pared abdominal y retroperitoneal secundaria a hematoma renal derecho sobreinfectado. *Cir Esp*. 2015; 93 (3): 199-201.
9. Raurell-Torredà M, Romero-Collado A, Rodríguez-Palma M, Farrés-Tarafa M, Martí JD, Hurtado-Pardos B et al. Prevención y tratamiento de las lesiones cutáneas asociadas a la ventilación mecánica no invasiva. *Recomendaciones de expertos. Enferm Intensiva*. 2017; 28 (1): 31-41