

Fascitis necrotizante en mano derecha: un ínfimo traumatismo con una mayúscula repercusión

Bernal Lara A., Sotelo Sevillano F.J., Crepo Agea F.J.
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera (Cádiz).

Introducción.

La fascitis necrotizante o infección de piel y partes blandas complicada es un cuadro potencialmente mortal que supone una urgencia quirúrgica ⁽¹⁾.

Es más frecuente entre la cuarta y séptima década de la vida, con mayor predominio en varones ⁽²⁾. Su incidencia varía del 0,4-0,53 por 100.000 habitantes ⁽³⁾, con una mortalidad que llega a alcanzar el 47% ⁽²⁾. Streptococo Pyogenes es el germen más típicamente asociado ^(2,4).

Objetivos.

Se presenta un raro caso de fascitis necrotizante por su vía de entrada en mano derecha, tratamiento y resultados obtenidos

Material y métodos.

Acude a Urgencias paciente mujer de 18 años derivada desde otro centro hospitalario por sospecha de síndrome compartimental en miembro superior derecho. Como antecedente traumático indica una herida superficial (menor a 1 cm, con un folio de papel) en dorso de cabeza de tercer metacarpiano derecho.

Paciente afebril, con buen estado general y sin alteraciones del sensorio. A la exploración se observan lesiones ampollosas en dorso de mano derecha, tercer dedo cianótico y disminución de la temperatura; Miembro edematizado hasta el codo y tendente a la flexión. La manipulación resulta dolorosa a la movilización activa y pasiva. Pulsos presentes. Analítica con leucocitosis y desviación Izquierda.

Ante la sospecha de fascitis necrotizante se lleva a cabo intervención de urgencia, con incisiones de descarga en dorso de la mano, en comisura y a nivel volar en zonas tenar y hasta tercio medio de antebrazo.

Drena contenido seroso-hemático, del cual se procede a toma de muestras para cultivos. Tras la intervención se inicia antibioterapia amplio espectro con Meropenem y Linezolid.

Se realizan curas sucesivas en días posteriores así como inicio de oxigenoterapia hiperbárica, que no logra evitar la amputación de tercer dedo hasta falange proximal por evolución desfavorable.

Los cultivos fueron positivos para S. Pyogenes

Resultados.

Tras lograrse la estabilidad clínica y analítica, se da el alta y continúan las curas a nivel ambulatorio presentando buena evolución de cicatrices, aumentando la movilidad de dedos, muñeca y sin alteraciones neurovasculares adicionales

Discusión.

La detección y tratamiento precoz de la fascitis necrotizante es primordial, siendo el intervalo de tiempo desde el diagnóstico hasta el tratamiento directamente proporcional a la supervivencia. Su demora puede originar sepsis, coagulopatía, insuficiencia renal aguda, shock séptico y fallo multiorgánico. Debido a que inicialmente la piel puede presentar un aspecto normal será fundamental su evaluación periódica ⁽¹⁾.

Conclusiones.

En este caso, destaca la presencia de un traumatismo mínimo, casi anecdótico, que gracias a la sospecha inicial, un tratamiento quirúrgico precoz y el manejo multidisciplinar junto a la unidad de Infecciones, supuso una amputación limitada a la falange proximal del tercer dedo derecho.

Bibliografía.

1. Astorino T, Genrich I, Macgregor L, Victor CS, Eckhouse DR, Barbour L. Necrotizing fasciitis: early detection may save your patient's limb. *Orthop Nurs*. 2009;28(2):70-78. doi:10.1097/NOR.0b013e318199ecb4.
2. Al Shukry S, Ommen J. Necrotizing Fasciitis - report of ten cases and review of recent literature. *J Med Life*. 2013;6(2):189-194.
3. Nazerani S, Maghari A, Kalantar Motamedi MH, Vahedian Ardakani J, Rashidian N, Nazerani T. Necrotizing fasciitis of the upper extremity, case report and review of the literature. *Trauma Mon*. 2012;17(2):309-312. doi:10.5812/traumamon.6398.
4. Purkait R, Samanta T, Basu B, Ganguly S. Unusual associations of necrotizing fasciitis: a case series report from a tertiary care hospital. *Indian J Dermatol*. 2010;55(4):399-401. doi:10.4103/0019-5154.74571.



Fig 1. Aspecto a su llegada a Urgencias.



Fig 2 y 3. Incisiones de descarga.



Fig 4. Pequeños vasos trombosados.



Fig 5. Mala evolución de tercer dedo a las 24 horas.



Fig 6. Amputación falange distal y parcial de media por mala evolución.