

Fascitis Necrotizante En Paciente Diabético Mal Controlado. A Propósito De Un Caso.

López Urda L, Sánchez Rodríguez L, Hernández García B.
Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Granada).

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar un caso de fascitis necrotizante en un paciente con diabetes mellitus insulín dependiente (DMID) mal controlada con el fin de destacar la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz de cara a la supervivencia del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente de 37 años con DMID mal controlada, que acudió al Servicio de Urgencias presentando un cuadro de cetoacidosis diabética asociada a sepsis y tumoración a nivel de la zona lumbar y glútea derecha de 4 días de evolución. Se completó el estudio mediante la realización de analítica destacando leucocitosis de 25000 y PCR de 250. Se extrajeron hemocultivos y se realizó TAC que informaba de fascitis necrotizante a nivel lumbar bilateral y en zona glútea derecha (Imagen 1 y 2). Dada la inestabilidad hemodinámica, el paciente ingresó a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos y fue intervenido de forma urgente mediante la realización de un abordaje con dos incisiones paralumbares de 10 cm, una de ellas extendida hacia la zona glútea derecha, hallándose tejido celular subcutáneo, fascia y músculo desvitalizados con esfacelos, asociando zonas de necrosis. Se tomaron muestras para cultivo, se realizó limpieza y desbridamiento agresivo de los tejidos desvitalizados a dicho nivel, dejando drenajes en su interior y aproximando ligeramente los bordes con vessel loop.



Imagen 1: RMN de columna evidenciando Fascitis necrotizante. Corte sagital.



Imagen 2: RMN de columna evidenciando Fascitis necrotizante. Corte axial.

RESULTADOS

En el cultivo de las muestras creció Streptococcus oralis, KleibSELLa Oxytoca y Prevotella, Actinomyces y Corynebacterium. El paciente fue tratado mediante antibioterapia IV con daptomicina, meropenen y clindamicina. A pesar de la limpieza y desbridamiento inicial, precisó de 10 intervenciones adicionales de desbridamiento y limpieza, presentando tras dos meses de ingreso buena evolución clínica, pudiendo ser dado de alta.

CONCLUSIÓN

La fascitis necrotizante supone la forma más grave de infección de partes blandas debido a la rápida destrucción y necrosis tisular y al desarrollo, en un tercio de los pacientes, de shock y fracaso multiorgánico. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha ya que el pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz y de un tratamiento agresivo inmediato.