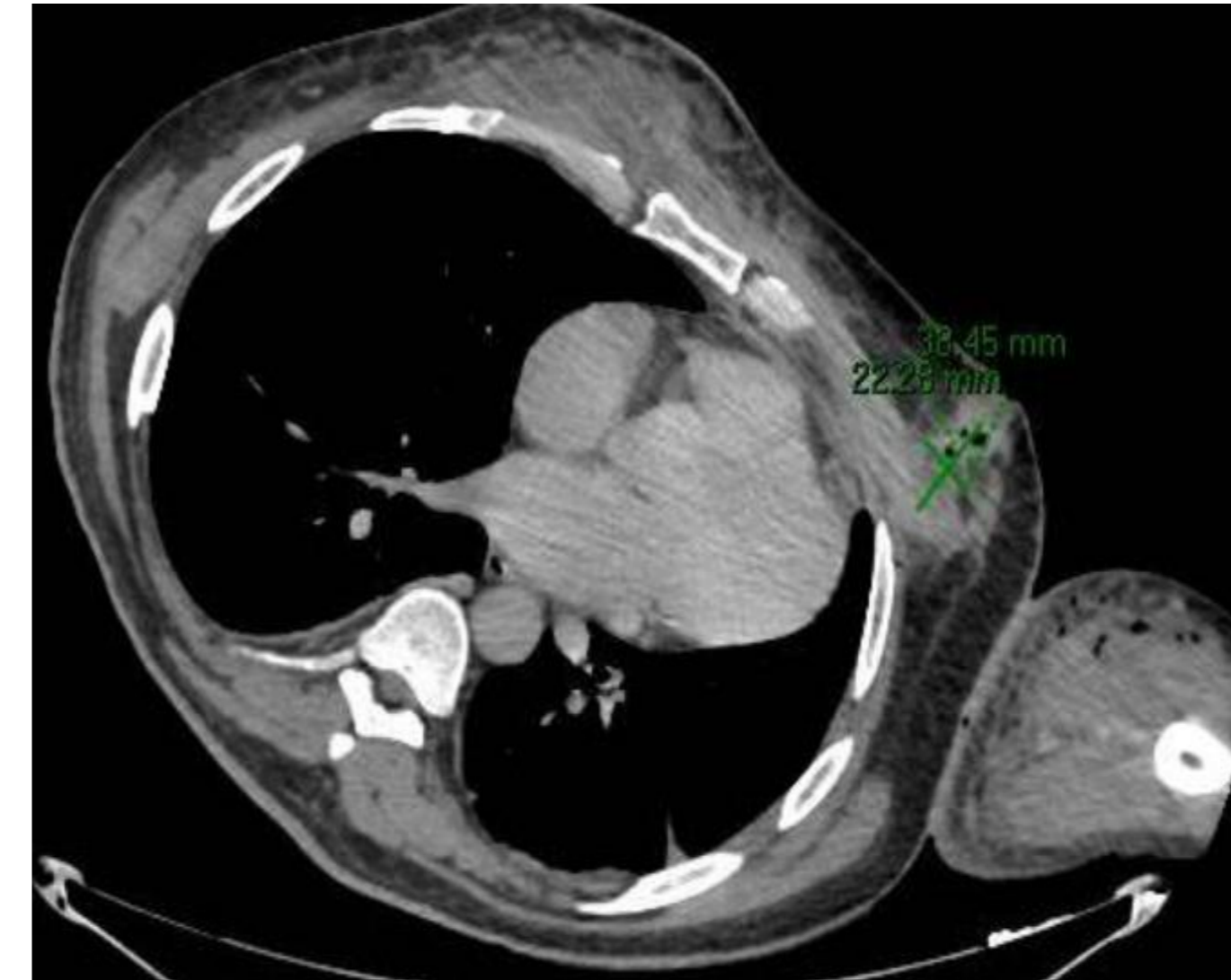


MANEJO DE LA FASCITIS NECROTIZANTE CON EXTENSIÓN TORACOBRAQUIAL: QUE TÁN IMPORTANTE ES LA SOSPECHA Y EL DIAGNOSTICO PRECOZ

López Ballesteros, M. ; Cañadas Cachinero, FJ. ; García Castro, I. López Pulido, MJ. ; Quevedo Reinoso, RA

OBJETIVO

Describir un caso de fascitis necrotizante torácica con extensión al miembro superior izquierdo (MSI), su evolución clínica y resolución.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 50 años remitido por inflamación progresiva de MSI y deterioro sistémico de 48 horas de evolución, sin antecedentes traumáticos ni infecciosos. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de mal control, amputación de miembro inferior derecho, e hipertensión arterial.

Al ingreso, presentaba inestabilidad hemodinámica y lesión necrótica fistulizada en el surco deltopectoral izquierdo, exudado grisáceo fétido y extensa celulitis en la pared torácica y MSI. Se evidenció leucocitosis, proteína C reactiva y procalcitoninas marcadamente aumentadas.

El TC mostró un proceso inflamatorio-infeccioso necrotizante en la pared torácica y brazo izquierdo, sin afectación articular. Se realizó desbridamiento quirúrgico urgente mediante abordaje inframamario bilateral y deltopectoral extendido hasta la flexura del codo, con fasciotomía del compartimento anterior del MSI.

Se tomaron muestras para cultivo y se realizó empaquetamiento con cierre en cremallera tipo "Vessel up"

RESULTADOS

Permaneció 12 días en UCI bajo sedoanalgesia e intubación, con soporte vasoactivo (SOFA 10). Los cultivos iniciales identificaron *Streptococcus anginosus*. Se realizaron 14 desbridamientos quirúrgicos adicionales debido a sobreinfección por *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus faecalis*.

Posteriormente, se instauró terapia de presión negativa y cierre progresivo de heridas. Evolucionó favorablemente con mejoría analítica y negativización de cultivos. Fue dado de alta tras 38 días con cierre completo de la herida y seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES:

La fascitis necrotizante es una infección con rápida progresión y elevada morbimortalidad que requiere un abordaje multidisciplinar.

Cirugía agresiva, antibioterapia y soporte intensivo son los pilares del tratamiento, siendo cruciales para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad.

Si bien es común la afectación en miembros inferiores, es menos frecuente la afectación del tren superior, existiendo poca literatura al respecto por lo que es de vital importancia la sospecha y el diagnóstico precoz.