

FASCITIS NECROTIZANTE DE MIEMBRO SUPERIOR SECUNDARIA A PICADURA DE ARAÑA

Autores: Cuevas Moreno, L; Cabello García-Heras, I; Carrasco Peinado, MC; Montes Fernández, EM; Padilla Casado, I.

Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera de La Reina



Objetivos

Dar a conocer una **patología grave de manejo quirúrgico urgente** tras un desencadenante inusual.

Material y metodología

Varón de 33 años, segunda visita a urgencias por **celulitis de miembro superior tras picadura de araña en mano derecha** hace cuatro días. Acude por empeoramiento clínico de un día de evolución pese a tratamiento inicial con corticoides y antihistamínicos. Presenta malestar general y fiebre, aumento del dolor acompañado de tumefacción desde codo hasta mano con **extensión pasiva dolorosa de dedos, induración cutánea, equimosis y flictenas hemorrágicas en dorso y una purulenta en palma de mano**. Analíticamente muestra parámetros de sepsis acompañados de fracaso renal agudo que precisa ingreso en UCI y antibioterapia empírica. El TAC descarta presencia de gas, pero no de colecciones. Se plantea **diagnóstico diferencial** entre **fascitis necrotizante infectada secundariamente y síndrome compartimental agudo por loxocelismo**.



Resultados

Basándose en los datos clínicos y la evolución tórpida del estado del paciente, se realiza **fasciotomía dorsal en espacio intermetatarsal de 2º y 3º dedos drenándose abundante contenido purulento** seguido de lavado, **desbridamiento de flictenas dorsales y apertura de polea A1 de 4º dedo más fasciotomía palmar** con hallazgo de contenido purulento seguido de lavado. El **cultivo** reveló la presencia de **estreptococo pyogenes** sensible a amoxicilina-clavulánico, confirmando el **diagnóstico de fascitis necrotizante**. Recibió antibioterapia dirigida y evolucionó favorablemente recuperando la funcionalidad de la mano.



Conclusiones

La **fascitis necrotizante** es una infección rápidamente progresiva de la piel y de los tejidos blandos con destrucción y necrosis de la fascia y la grasa, asociada a toxicidad sistémica y alta mortalidad. **El diagnóstico es esencialmente clínico, confirmado siempre por los hallazgos quirúrgicos, tanto histológicos como microbiológicos**. En los casos de alta sospecha no debe retrasarse la **exploración quirúrgica urgente**. Su pronóstico depende de un diagnóstico precoz y de un tratamiento agresivo inmediato. Los pacientes con **fascitis necrotizante tipo II o estreptocócica** son habitualmente sanos y suele ser difícil documentar una **puerta de entrada**. En este caso, el desencadenante es una **lesión cutánea tras picadura de araña reclusa parda que causa un cuadro anafiláctico llamado loxocelismo producido por el veneno**, entidad infrecuente en nuestro medio que puede ser mortal.

1. Jerusalem K, Salavert Lletí M. Probable cutaneous loxoscelism with mild systemic symptoms: A case report from Spain. *Toxicon*. 2018 Dec 15;156:7-12. doi: 10.1016/j.toxicon.2018.10.304. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30391580.
2. Majeski J. Necrotizing fasciitis developing from a brown recluse spider bite. *Am Surg*. 2001 Feb;67(2):188-90. PMID: 11243548.
3. Fakhar M, Alian S, Soleymani M, Zakariaei A, Nourzad F, Zakariaei Z. Massive dermal ulcerative lesions due to brown recluse spider bite: a rare case report and review of literature. *J Int Med Res*. 2023 Aug; 51(8):3000605231157284. doi: 10.1177/03000605231157284. PMID: 37565672; PMCID: PMC10691315.
4. Zaragoza Fernández M, López Ortiz R, Domínguez Bueno E, Santos Velasco J, Gavero Gómez M. Loxoscelismo cutáneo. *Emergencias*. 2008;20:64-7
5. Nadora D, Nadora D, Razick DI, Frezza E. An Atypical Manifestation of Necrotizing Fasciitis in a Patient With Type II Diabetes. *Cureus*. 2024 Feb 12;16(2):e54062. doi: 10.7759/cureus.54062. PMID: 38481912; PMCID: PMC10933822.