

FASCITIS NECROTIZANTE: aumentando la incidencia de streptococcus pyogenes.

Autores: Sara Ibáñez Marín, Isabel Álvarez Pérez, Esther Jiménez Iniesta, María Ortiz Pérez, Adelina Plaza Salmerón, Antonio Bonillo Perales. Hospital Torrecárdenas (Almería)



INTRODUCCIÓN

- En los últimos años → aumento de la incidencia de enfermedad invasiva por *S.pyogenes*.
- Una de sus alteraciones más graves, es la fascitis necrotizante, en la cual es importante su sospecha para el diagnóstico.
- En las últimas revisiones → mayor incidencia monomicrobiana siendo el germen más aislado el Streptococcus pyogenes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Paciente de 15 meses que acude a urgencias por fiebre de 5 días hasta 40°C, tos y mucosidad. En las últimas 8h, rodilla y muslo derecho inflamado con dolor leve y cojera. No antecedentes de traumatismo ni herida/picadura. Exploración: T° 38°C, Sat O₂ 99%, FC 180lpm, muslo derecho indurado, inflamado, caliente sin eritema. Hepatomegalia de 4cm. Hiperemia faríngea. Resto normal.
- Streptotest positivo (creciendo posteriormente en hemocultivo: Streptococcus Pyogenes).
- Ecografía muslo: miositis localizada y trombosis venosa profunda de vena femoral.
- Ingresa con antibioterapia con cefotaxima, clindamicina, corticoterapia y enoxaparina.
- 8 horas más tarde, desconexión del medio, Glasgow 8-9/15 y vómito en posos de café. TAC craneal normal. Se traslada a UCI e inicia ventilación mecánica y soporte hemodinámico.
- A las 9h del ingreso: inicia fallo multiorgánico, coagulopatía, anuria, hipotensión. Progresión ascendente de tumefacción de muslo con crepitación.
- En quirófano, sospechando fascitis necrosante se realiza fasciotomía multinivel encontrando tejidos de aspecto desvitalizado, no sangrantes con necrosis masiva de todas las estructuras musculares que alcanzan abdomen. Fallece a las 27 horas del ingreso.

Analítica	Al ingreso	A las 9h
PCR	31.72mg/dl	22.12mg/dl
CPK	426U/L	7692U/L
GOT/GPT	448U/L/ 131U/L	1128U/L/ 231U/L
Glucosa	146mg/dl	30mg/dl
Hb	11.6g/dl	6.1g/dl
Plaquetas	158300/uL	25400/uL
TP	22.1sg (40%)	33.3sg (25%)
TTPA	42.2sg (INR 1.92)	90.4sg (INR 3.01)

CONCLUSIÓN

- La fascitis necrotizante es rara en niños pero muy agresiva. En nuestro caso, al no presentar lesiones en superficie, dolor intenso, ni aire en la ecografía, confundió hacia una miositis inicialmente, por lo que no se realizó actitud quirúrgica de inicio.
- Hallazgos inespecíficos al principio de su curso hace que el diagnóstico sea muy difícil, retrasándose el tratamiento adecuado. Un desbridamiento rápido junto a antibioterapia precoz es fundamental para mejorar su mal pronóstico.

• Sabine Zundel, Angela Lemaréchal, Philipp Kaiser, Philipp Szavay. Diagnosis and Treatment of Pediatric Necrotizing Fasciitis: A Systematic Review of the Literature. Eur J Pediatr Surg 2017; 27:127–137.

• N. Arif, S. Yousfi, and C. Vinnard. Deaths from Necrotizing Fasciitis in the United States, 2003–2013. Epidemiol Infect. 2016 Apr; 144(6): 1338–1344.

• Theresa NH Leung, FRCPCH (UK), FHKAM (Paediatrics)1; KL Hon, MD, FAAP2; Alexander KC Leung, FRCP (UK & Ire), FRCPCH. Group A Streptococcus disease in Hong Kong children: an overview. Hong Kong Med J 2018 Dec;24(6):593–601