

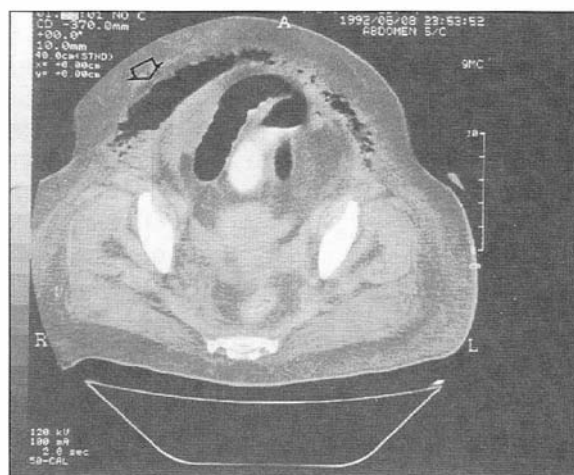
CELULITIS SINERGICA NECROTIZANTE

G. Calvo García

Servicio de Rx. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Las fascitis necrotizante y celulitis sinérgicas necrotizantes constituyen entidades clínicas diferenciadas en el contexto de las infecciones necrotizantes de partes blandas productoras de gas. Afectan primaria-

mente a tejido celular subcutáneo y fascia superficial y en el caso de la segunda también a planos musculares. Se caracterizan por su relativa rareza, su evolución rápidamente progresiva con desarrollo de desta-



Figs. 1, 2, 3 y 4. Mujer de 59 años con cuadro febril y presencia de celulitis abdominal. La piel es caliente e inflamada a nivel de pared abdominal anterior, posterior y flancos.

cada toxemia y su desenlace fatal. Son producidas por combinaciones de microorganismos anaerobios (*Bacteroides*, *Peptostreptococcus*) y anaerobios facultativos (*Streptococcus*, *E. coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*, etc.). Se tiende a pensar que el sinergismo bacteriano es factor patogénico clave.

Asientan con más frecuencia en extremidades, sobre todo inferiores, y más raramente en pared abdominal, periné, ingles, genitales externos o sobre heridas quirúrgicas. Se considera mecanismo favorecedor cualquiera que genere hipoxia hística local y disminución del potencial Redox, existiendo además, en ocasiones, traumatismo previo.

El caso que presentamos corresponde a una mujer de 59 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus que acudió a urgencias por presentar cuadro febril durante 3 semanas, y a la exploración la presencia de tumefacción en zona perianal. Progresivamente la región afecta va aumentando, extendiéndose la tumefacción a región inguinal. Se interviene, drenando un absceso perianal progresivo.

Después de la intervención aparece celulitis, con piel gruesa, caliente e inflamada a nivel de pared abdominal anterior, posterior y flancos.

Se practica un CT abdominal, después de una radiografía simple de abdomen. El TAC, revela la existencia de gas extraluminal y en tejidos blandos, cuya

extensión reflejamos en las cortes axiales (fig. 1, 2, 3, y 4).

Pese a la evolución rápida de la necrosis en planos subcutáneos y fasciales, la gangrena cutánea se evidencia tardíamente lo que en ocasiones retrasa el diagnóstico.

Ante la sospecha clínica es fundamental realizar intervención quirúrgica precoz con exposición de planos faciales, exploración muscular para valorar la existencia de mionecrosis, desbridamiento y resección del área necrótica y el factor que influye más decisivamente sobre el pronóstico. Se debe acompañar de cobertura antibiótica frente a los microorganismos más frecuentemente implicados^{1, 2}. La necesidad de incorporar al tratamiento la oxigenoterapia hiperbárica parece cada día más clara³.

Bibliografía

1. Feingold DS. The diagnosis and treatment of gangrenous and crepitant cellulitis. En: Remington JS, Swartz MN, eds. Current clinical topics in infectious diseases. Nueva York: Mc-Graw-Hill. 1981: 259-279.
2. Freischlag JA, Ajalat G, Busuttill RW. Treatment of necrotizing soft tissue infections. The need for a new approach. *Am J Surg* 1985; 149: 751-755.
3. Encinas Charro M, Herrero Meseguer JL, Sánchez González U. Infecciones necrotizantes productoras de gas. Papel de la oxigenoterapia hiperbárica. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 316-320.