

## FASCITIS NECROTIZANTE POR KLEIBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE EN PACIENTE NEUTROPENICO

García Avilés, B.; Rocamora, V.; Galiano, J.; De la Morena, A.; González Montero, R.; Moya, M.

Niño de 12 años diagnosticado de LLA de muy alto riesgo en enero 2003, que un mes después, presentó una bacteriemia por *K. Pneumoniae*, que fue tratada y con hemocultivos de control sucesivos negativos, y posteriormente, en mayo 2003 tras un ciclo de QT de 3 días en situación de neutropenia, comienza con picos febriles máx 38,5°C ( en este momento se inicia tratamiento antibiótico empírico con Cefazidima y Vancomicina y Anfotericina B) y dos días después refiere dolor en articulación del tobillo izquierdo y a la movilización del MII, manteniendo una actitud espontánea en flexión de dicha extremidad. A la exploración se aprecia edema y crepitación en 1/3 distal con dolor a la palpación en toda la pierna izquierda. Persisten los picos febriles y en la analítica presenta una PCR de 19,3mg/dl. Se realiza Ecografía de la pierna y se ven zonas de miositis sin presencia de abscesos. Al 7º día de inicio de los síntomas se realiza intervención quirúrgica consistente en una fasciectomy tibial anterior, donde nos informan de la presencia de abundante pus con necrosis muscular y de la fascia, estando el compartimento posterior conservado. A las 48 horas de la intervención nos informan de la presencia de una *KLEIBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE*. tras la llegada del antibiograma se inicia tratamiento antibiótico con Meropenem más Ciprofloxacino, por ser los únicos grupos de antibióticos a los que es sensible el germen. A los 15 días de la primera intervención se realiza una segunda limpieza quirúrgica resultando favorable, donde se comprueba la ausencia de tejido necrotico con la resolución completa del cuadro. La evolución fue muy favorable hasta una normalidad clínica en 30 días.

DISCUSION: la Fascitis Necrotizante es una enfermedad severa multisistémica con características predominantemente cutáneas, que pueden comprometer la vida si el diagnóstico y tratamiento se retrasan. El factor de riesgo más importante de muerte es la inmunosupresión. Y los factores predisponentes más frecuentes para desarrollar la enfermedad en los niños son la malnutrición y las enfermedades que cursan con inmunodepresión tales como la LLA. Por lo tanto es una enfermedad a tener en cuenta en estos pacientes y ante el inicio de los síntomas, el desbridamiento quirúrgico debería llevarse a cabo tan pronto como las condiciones del paciente lo permitan. Los grupos de gérmenes causales más frecuentes son el SBHGA en la población normal, así como la *Pseudomona* y *Aspergillus* en pacientes neutropénicos. En nuestro caso debido a la Multirresistencia del germen, los antibióticos empíricos usados habitualmente en pacientes neutropénicos son insuficientes, y es un factor a tener en cuenta ya que la *K.Pneumoniae* multirresistente es el causante de las complicaciones en estados de neutropenia que ha tenido el paciente.