



Fascitis necrotizante: Reporte de caso.

Aldo Ronquillo Soxo ¹ *, Aldo Ronquillo Vaca ¹ .

1. Consulta externa de Cirugía Plástica, Red Complementaria de Salud del Guayas, Guayaquil-Ecuador.

Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante (FN), es una infección bacteriana rápidamente progresiva de piel y de los tejidos blandos, asociada a una destrucción y necrosis de la fascia, que suele asociarse a una importante toxicidad sistémica y afecta a 1 x cada 100.000 habitantes. Su pronóstico depende sencillamente de un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo inmediato.

Reporte de caso: Hombre de 64 años, sin antecedentes patológicos, evolución de dos semanas de una infección localizada en el primer dedo del pie derecho con signos de flogosis, fiebre, dolor y delirio.

Taller diagnóstico: En los primeros reportes de exámenes se reportó leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados, sin compromiso de la función hepática o renal.

Evolución: Con el diagnóstico de Fascitis Necrotizante fue intervenido quirúrgicamente y se hace la amputación del dedo extendiéndose hasta la región dorsal del mismo. Se requirió un autoinjerto, múltiples curaciones y luego de 120 días de tratamiento logro una recuperación en los tejidos afectados.

Conclusiones: La FN es una patología y creciente en incidencia y se asocia una importante morbimortalidad, dado su curso rápido y su amplia destrucción tisular.

Palabras claves:

Fascitis necrotizante, Amputación, Reporte de caso.

Necrotizing fasciitis: A case report.

Abstract

Introduction: Necrotizing fasciitis (NF) is a rapidly progressive bacterial infection of the skin and soft tissues associated with destruction and necrosis of the fascia. It is usually associated with significant systemic toxicity and affects one per 100,000 inhabitants. Its prognosis depends on early diagnosis and immediate aggressive treatment.

Case report: A 64-year-old man with no pathological history and a two-week history of infection located in the first toe of the right foot with signs of phlogosis, fever, pain, and delirium.

Diagnostic workshop: In the first examination reports, leukocytosis and elevated acute phase reactants were reported without compromising liver or kidney function.

Evolution: With the diagnosis of necrotizing fasciitis, surgery was performed, and the finger was amputated, extending to the dorsal region of the finger. An autograft and multiple healings were needed, and after 120 days of treatment, recovery of the affected tissues was achieved.

Conclusions: FN is a pathology that is increasingly common and is associated with significant morbidity and mortality, given its rapid course and extensive tissue destruction.

Keywords:

Necrotizing fasciitis, Amputation, Case report.

Introducción

La fascitis necrotizante (FN) es una afección rápidamente progresiva de piel y de los tejidos blandos asociada a la destrucción y necrosis de fascia y de grasa, se acompaña de toxicidad sistémica y alta mortalidad [1].

Existen numerosas referencias de esta patología desde la antigüedad, el primer dato del siglo cinco, descrita por Hipócrates, infección cutánea necrotizante facial. En 1987 un cirujano militar J.Jones durante la guerra civil estadounidense, detalla enfermedad que afecta a 2642 soldados con una mortalidad del 50%, denominada gangrena [2].

En 1883, A. Fournier publicó la descripción detallada de la infección necrotizante de la región perineal y genital [3], actualmente conocida como gangrena de Fournier. La etiología del estreptococo hemolítico como causante de FN se estableció en 1924 por Meleney, tras aislar en una muestra de 20 enfermos en Beijing, acuñando el nombre de gangrena estreptocócica aguda hemolítica. En 1952, Wilson estableció el nombre de fascitis necrotizante [3].

La presencia de necrosis fascial es la condición definitoria de la enfermedad, ya que está ausente en la celulitis necrotizante y en la mionecrosis.

La FN supone la forma más grave de infección de partes blandas y su pronóstico depende esencialmente de un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo inmediato. La clasificación de las infecciones necrotizantes se presenta en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. Clasificación de las infecciones necrotizantes.

Celulitis necrotizantes

Celulitis clostridial

Celulitis anaeróbica no clostridial.

Gangrena sinérgica de Meleney.

Celulitis necrotizante sinérgica.

Fascitis necrotizantes

Tipo I (polimicrobiana)

Tipo II (Estreptocócica)

Miositis necrotizante/gangrena gaseosa

Piomiositis

Caso clínico

Hombre de 64 años, sin antecedentes clínicos. Con 24 días de un proceso infeccioso bacteriano en el primer dedo del pie derecho. Fue ingresado a un hospital público con dolor y signos de flogosis en pie derecho que limitaba motilidad irradiado a toda la pierna y signos de toxemia generalizada. Se estableció el diagnóstico de fascitis necrotizante.

Se le realizó exámenes de laboratorios, llevado a quirófano donde se le realizó la amputación de primer dedo

del pie derecho, extendiendo la misma hasta la región dorsal y resección ósea.

Permaneció hospitalizado por dos semanas, con curaciones diarias. Fue evaluado nuevamente por signos de isquemia por lo que en el servicio de cirugía vascular se recomienda una amputación del miembro afecto hasta la articulación supracondilea. El paciente y familiares no aceptan el tratamiento, solicitan el alta y reingresado a un centro privado.

Examen físico

El paciente presenta un proceso infeccioso severo del pie derecho, con tejido desvitalizado, con signos de flogosis y con mal olor ([Figura 1](#)).

Taller diagnóstico

En los primeros reportes de exámenes se reportó leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados, sin compromiso de la función hepática o renal.

Manejo

El paciente presentaba una toxemia generalizada. Permaneció 12 días hospitalizado con plan de tratamiento a base de hidratación parenteral y antibioticoterapia: cefalosporina de tercera generación, moxifloxacina, metronidazol, protectores gástricos, antiinflamatorios y antiagregantes plaquetarios, curaciones diarias a base de solución yodada, colagenasa, y luego curaciones cada 48 horas con el mismo protocolo de tratamiento. El paciente egresa en condiciones clínicas estables y en proceso de granulación su lesión. Las curaciones se realizaron en forma ambulatoria y preparándose para un autoinjerto en 12 días ([Foto 2-3](#)).

Los controles ambulatorios se hicieron la limpieza con solución salina y crema de colagenasa; a los 12 días se lo intervino para realizar un autoinjerto de piel de espesor total, del cual se obtuvo de la región infraumbilical, se injerta piel y se fija el mismo con nylon 5-0 puntos continuos y se realiza un proceso curativo de Blair-Brown. Se venda la zona con venda de gasa y venda elástica 4 x 3 y se lo cita a control en 8 días ([Foto 4](#)).

Evolución

A los 8 días de control post injerto el 85- 90 % del injerto sobrevive, y se sigue con sus curaciones a base de solución salina, crema de colagenasa-neomicina, vendaje de gasa vaselinada. La cobertura se realizó con venda de gasa y venda elástica de miembro afecto ([Figura 5-6](#)).

Figura 1. Fascitis necrotizante.



Ausencia del primer dedo del pie derecho.

Figura 2. Fotos de curaciones del pie derecho.



Día 12.

Figura 3. Foto de evolución.



Día 16.

Figura 4. Zona del pie preparada para el injerto.



Figura 6. Autoinjerto de piel.



Día 30.

Figura 7. Maceración del área del injerto.



Día 42.

Figura 8. Foto de evolución.



Día 90.

Figura 9. Resultado final. Día 120.



El paciente presentó al primer mes una maceración en el area injertada, se sigue protocolo y curaciones con solución salina, y se aplica parches de duoderm con recambio cada cuatro (Figura 7). Luego de 3 meses de resección total del segundo metatarsiano derecho del segundo dedo, obtuvimos una mejor respuesta en la cicatrización de la herida, logrando un resultado favorable. (Figura 8 – 9).

Discusión

La FN es la forma mas grave de infección de partes blandas que se propaga rapidamente y puede causar la muerte. El inicio puede ser vanal como lesiones abiertas en la piel (cortes, raspones, quemaduras, picaduras de insecto, heridas punzantes, y heridas quirúrgicas) o (por lesiones que no causan cortes de piel / contusión o traumatismo cerrada) o en pacientes que tienen otros problemas de salud que debilitan el sistema inmunitario como la diabetes, enfermedad renal, cirrosis o cáncer [4].

Se estima una incidencia 500-1000 casos anuales en EEUU, en la mayoría de países y europa occidental tiene una prevalencia de 1 caso x 100,000 habitantes. El instituto nacional de estadística durante el 2009 se produjo en España 54 fallecimientos por FN siendo 57.4% hombres y el 43 % en mayores de 70 años.

En función del agente etiológico se podrian definir 2 entidades diagnosticas:

FN Tipo 1 (polimicrobiano, anaerobios, aerobios streptococo A, enterobacterias cuya actuación sinérgica origina una infección).

Fn tipo 2 (streptococico) infección monomicrobiana, producida x streptococo- beta –hemolítico del grupo A, en menor medida C y G, mas frecuente el estaphylococcus aureus [5].

La FN debe diferenciarse de otras afecciones cutaneas necrotizantes como la celulitis necrotizante, celulitis clostridial, celulitis anaerobia clostridial, gangrena sinérgica /Meleney, celulitis necrotizante sinérgica, miositis necrotizante / gangrena gaseosa, piomiasis del diagnóstico de FN siempre por los hallazgos quirúrgicos, tanto histológico como microbiológico cuando la sospecha clínica es alta, el desbridamiento quirúrgico no debería posponerse por la realización por un técnica de imagenología cuya tasa de falsos negativos es elevada, la tomografía computarizada (TC) es el estudio de imagen de elección, permite identificar engrosamiento y edema en fascia profunda y presencia de gas en planos fasciales; la resonancia magnética posee sensibilidad del 90-100% y especificidad del 50-80%; la ecografía y la radiología simple son de menor utilidad [6].

Sobre el tratatamiento, las medidas de soporte hemodinámico, un extenso desbridamiento quirúrgico precoz y antibioticoterapia , ademas de medidas y cuidado general cuando sean necesarias, elevación e inmovilización del miembro afectado, sedación, analgesia con opiáceos. Y dependiendo de la severidad de la lesión es necesario un manejo integral en un unidad de cuidados intensivos.

La amputación de la extremidad es necesaria en un 20 % en los casos de FN [7]. Las extremidades se amputan en casos de una infección fulminante, cuando afectan articulaciones o persiste al tratamiento quirúrgico y antibiotico adecuado.

La antibioticoterapia debe ser precoz y empirico ante la sospecha de FN:

Para FN 1: combinación de ampicilina + sulbactam, clindamicina o metronidazol frente a gérmenes gramnegativos como la piperaciclina o carbapenem.

Para FN 2: Penicilina G + clindamicina

Conclusiones

La FN es una patología y creciente en incidencia y se asocia una importante morbimortalidad, dado su curso rápido y su amplia destrucción tisular. La FN en este caso estuvo asociada a la aparición de choque séptico y tiene una similitud clínica en fases iniciales y determinantes patologías reumatológicas, con predominio del dolor y signos inflamatorios locales.

Percepción del paciente

El paciente manifestó estar totalmente satisfecho por el gran logro obtenido en salvar el miembro para que el goze de un mejor confort de vida.

Referencias

1. Khamnuan P, Chongruksut W, Jearwattanakanok K, Pamtanond J, Tantraworasin A. Necrotizing fasciitis: epidemiology and clinical predictors for amputation. *Int J Gen Med.* 2015 May 14;8:195-202. doi: [10.2147/IJGM.S82999](https://doi.org/10.2147/IJGM.S82999). PMID: 25999758; PMCID: PMC4437611.
2. Singh A, Ahmed K, Aydin A, Khan MS, Dasgupta P. Fournier's gangrene. A clinical review. *Arch Ital Urol Androl.* 2016 Oct 5;88(3):157-164. doi: [10.4081/aiua.2016.3.157](https://doi.org/10.4081/aiua.2016.3.157). PMID: 27711086.
3. Patiño JF, Castro D. Necrotizing lesions of soft tissues: a review. *World J Surg.* 1991 Mar-Apr;15(2):235-9. doi: [10.1007/BF01659058](https://doi.org/10.1007/BF01659058). PMID: 2031360.

- Sablier F, Slaouti T, Drèze PA, El Fouly PE, Allemeersch D, Van Melderen L, Smeesters PR. Nosocomial transmission of necrotising fasciitis. *Lancet*. 2010 Mar 20;375(9719):1052. doi: [10.1016/S0140-6736\(10\)60052-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60052-9). PMID: 20304249.
- Allaw F, Wehbe S, Kanj SS. Necrotizing fasciitis: an update on epidemiology, diagnostic methods, and treatment. *Curr Opin Infect Dis*. 2024 Apr 1;37(2):105-111. doi: [10.1097/QCO.0000000000000988](https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000988). Epub 2023 Nov 30. PMID: 38037890.
- Chen LL, Fasolka B, Treacy C. Necrotizing fasciitis: A comprehensive review. *Nursing*. 2020 Sep;50(9):34-40. doi: [10.1097/01.NURSE.0000694752.85118.62](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000694752.85118.62). PMID: 32826674; PMCID: PMC8828282.
- Desai V, Vokey S, Vaughan S, Somayaji R. Necrotizing Soft-Tissue Infections: A Case-Based Review. *Adv Skin Wound Care*. 2023 Nov 1;36(11):571-577. doi: [10.1097/ASW.0000000000000060](https://doi.org/10.1097/ASW.0000000000000060). PMID: 37861662.

Abreviaturas

FN: Fascitis necrotizante.
TAC: Tomografía axial computerizada.

Información suplementaria

No se declara materiales suplementarios.

Agradecimientos

No aplica.

Contribuciones de los autores

Aldo Renso Ronquillo Soxo: Conceptualización, curación de datos, Adquisición de fondos, Administración del proyecto, Supervisión.
Aldo Ronquillo Vaca: Conceptualización, Análisis formal, Metodología.

Nota del Editor

La Revista Actas Médicas (Ecuador) permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

Recibido: Marzo 28, 2024.

Aceptado: Junio 7, 2024.

Publicado: Junio 29, 2024.

Editor: Dra. Mayra Ordoñez Martínez.

Como citar:

Ronquillo Soxo A, Ronquillo Vaca A. Fascitis necrotizante: Reporte de caso. *Actas Médicas (Ecuador)* 2024;34(1):74-79.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiamiento

Los autores del presente artículo financiaron los gastos de esta investigación. Los costos de estudios, antibióticos y procedimientos, fueron parte de la actividad habitual del servicio de medicina interna, por lo que no constituyeron costos adicionales a la paciente.

Disponibilidad de datos y materiales

Los conjuntos de datos utilizados y analizados durante el presente estudio están disponibles del autor correspondiente previa solicitud razonable.

Declaraciones

Aprobación de comité de ética y consentimiento para participar

No requerido para casos clínicos.

Consentimiento de publicación

Los autores cuentan con el permiso de publicación de las imágenes y fotografías por parte del paciente.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Información de los autores

Aldo Renso Ronquillo Soxo, Doctor en medicina y cirugía por la Universidad de Guayaquil (Ecuador, 2002). Especialista en cirugía plástica y reconstructiva por la Universidad de Guayaquil (2011). Médico Tratante del servicio de cirugía plástica del Hospital Alcívar.

Correo: aldoronquillosoxo@hotmail.es

ORCID <https://orcid.org/0009-0008-2353-0879>

Aldo Ronquillo Vaca, Médico por la Universidad de Guayaquil (Ecuador, 2024).

ORCID <https://orcid.org/0009-0001-7799-6059>

© **Copyright 2024**, Aldo Renso Ronquillo Soxo, Aldo Ronquillo Vaca. This article is distributed under the terms of the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which permits non-commercial use and redistribution provided the source and the original author is cited.

Correspondencia: * Aldo Renso Ronquillo Soxo. Correo: aldoronquillosoxo@hotmail.es

Dirección: Av. 8 S-E - Chimborazo 1680-1722, CP 090314, Guayaquil-Ecuador. Teléfono: (593) 099-712-1777.