



Celulitis necrosante en un recién nacido

Necrotizing cellulitis in a newborn

Fidel Enrique Torres-Batista,* Luis Enrique Torres-Batista,† Dayamis Estrada-Hernández,§
Idelvis Torres-Castañeda,¶ Bérénice Elesina Nsa-Assoumou‡

* Establecimiento Público Hospitalario “Boudiaf Mohamed”, Wilaya, Ghardaja, Argelia; † Hospital Universitario Fundación Jeanne Ebori, Libreville, Gabón; ‡ Establecimiento Público Hospitalario “Boudiaf Mohamed”, Wilaya, El Bayadh, Argelia; † Policlínico docente Ángel Ortiz Vázquez, Manzanillo-Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las infecciones de la piel y partes blandas se han convertido en un problema de salud, incluyendo la población neonatal. El objetivo de este caso es describir el cuadro clínico y el tratamiento empleado en una recién nacida con infección necrosante de la piel. **Presentación del caso:** paciente femenino de 18 días, con lesiones cutáneas en la región glútea derecha, diagnosticadas como celulitis necrosante. Se brindó tratamiento antimicrobiano con triple esquema, además de terapia local. La paciente evolucionó satisfactoriamente, sin requerir cirugía. **Conclusiones:** la celulitis necrosante constituye una condición clínica potencialmente grave en los neonatos, que puede presentarse de forma aislada o asociada a sepsis grave. El tratamiento precoz es fundamental y se puede requerir de intervención quirúrgica para la desbridación del tejido necrótico.

Palabras clave: celulitis, necrosante, recién nacido.

ABSTRACT

Introduction: skin and soft tissue infections have become a health problem, including in the neonatal population. The objective of this case is to describe the clinical presentation and treatment used in a newborn with necrotizing skin infection. **Case presentation:** an 18-day-old female patient with skin lesions on the right gluteal region, diagnosed as necrotizing cellulitis. Antimicrobial treatment was provided with a triple regimen, in addition to local therapy. The patient recovered satisfactorily, without requiring surgery. **Conclusions:** necrotizing cellulitis is a potentially serious clinical condition in newborns, which may present in isolation or associated with severe sepsis. Early treatment is essential, and surgical intervention may be required to debride necrotic tissue.

Keywords: cellulitis, necrotizing, newborn.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que cada año fallecen alrededor de 4 millones de recién nacidos (RN) a nivel mundial, de ellos aproximadamente 45% en el primer día de vida y 75% en la primera semana. A pesar de los avances en el diagnóstico y

tratamiento, la mayoría de los decesos (30-50%) están relacionados con las infecciones.^{1,2}

Bajo el término infecciones de piel y partes blandas (IPPB) se engloban los procesos infecciosos que afectan a la piel, anexos cutáneos, tejido celular subcutáneo, fascias y músculos.^{3,4} Los gérmenes implicados con mayor frecuencia en este tipo de infección son *Staphylo-*

Correspondencia: Luis Enrique Torres Batista. E-mail: luisetorresbatista@yahoo.com

Citar como: Torres-Batista FE, Torres-Batista LE, Estrada-Hernández D, Torres-Castañeda I, Nsa-Assoumou BE. Celulitis necrosante en un recién nacido. Rev Mex Pediatr. 2025; 92(3): 107-110. <https://dx.doi.org/10.35366/121497>

coccus aureus, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli* y diferentes especies de *Candida*.

Las IPPB se clasifican en primarias (si afectan piel sana), o secundarias (si afectan piel enferma [quemadura, eczema, psoriasis]); pueden ser de evolución aguda o crónica, necrosantes, localizadas o diseminadas.⁵⁻⁷

La mayoría de las infecciones no causan la muerte de la piel ni de los tejidos cercanos. Sin embargo, algunas veces, las infecciones bacterianas pueden provocar la coagulación de los vasos sanguíneos pequeños del área infectada, lo que provoca que el tejido muera por falta de irrigación sanguínea. El tejido muerto se denomina necrótico. Este tipo de infecciones puede ser tan grave que la persona afectada puede morir, incluso con el tratamiento adecuado.⁸

Las infecciones necrosantes de la piel que se extienden profundamente al tejido conjuntivo que cubre el músculo (fascia) se conocen como *fascitis necrosante*. Mientras que las infecciones necrosantes que se extienden en las capas externas se denominan *celulitis necrosante*. Pueden causarlas diferentes bacterias, como *Streptococcus* y *Clostridia*, aunque existen combinaciones. La infección necrosante causada por estreptococos ha sido denominada “enfermedad carnívora” por la prensa no especializada. La gangrena gaseosa (también llamada mionecrosis por clostridios) es una infección necrosante que afecta el músculo y los tejidos circundantes, generalmente causada por *Clostridia*.⁸

Los signos y síntomas de las infecciones necrosantes de la piel comienzan de la misma manera que una infección cutánea común, una celulitis. Al principio, la piel puede presentar aspecto pálido, pero rápidamente adopta color rojo o de bronce y se vuelve tibia al tacto e hinchada. El dolor llega a ser intenso.⁸ Posteriormente la piel se torna violeta, y pueden aparecer ampollas (bullas), cuyo líquido es de color marrón, y a veces tiene olor fétido. Las zonas de piel muerta (gangrena) se vuelven negras. En ocasiones, las infecciones por *Clostridia* generan gas. Al principio, la zona infectada es dolorosa, pero cuando la piel muere, la zona pierde la sensibilidad.⁸

Los RN con este tipo de infección por lo general se muestran irritables, presentar fiebre y rechazo a la alimentación; cuando la infección avanza, el bebé está decaído, hipotónico, puede presentar dificultad respiratoria, e incluso fallecer por estado de choque.⁹

En vista de que los reportes de *celulitis necrosante* en RN son escasos, presentamos este caso a fin de ampliar el conocimiento de esta entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 18 días de edad, producto de parto eutócico a término; sin embargo, el peso al nacer, prueba de Apgar, antecedentes prenatales y perinatales desconocidos porque nació en una comuna. Al momento del ingreso, la paciente tenía peso de 3,000 g, circunferencia



Figura 1:

Aspecto de las lesiones al ingreso, en forma de placas necróticas en región glútea, sin pus y con eritema inflamatorio.



Figura 2:

Evolución de las lesiones a los cinco días del tratamiento.

cefálica 34 cm y talla de 50 cm. Los integrantes de la familia eran ambos padres y la bebé.

Fue remitida al servicio de Neonatología del *Ettablissement Hospitalier Specialise* “Gueddi Bakir” en Ghardaja, el 2 de agosto de 2024, desde una comuna aledaña por presentar una lesión en la piel y tejidos blandos en la región glútea, sin precisar los días de evolución. Los familiares negaron historia de trauma u otra lesión física o química, así como fiebre u otra sintomatología.

En el examen físico, temperatura 36.8 °C, frecuencia cardíaca 146 latidos/min frecuencia respiratoria 66 respiraciones/min. Presentaba ictericia en esclera y el tronco, en buenas condiciones generales, succión adecuada, hidratada, pulsos normales, buen llenado capilar, reflejos conservados y patrón respiratorio normal.

En la región glútea se encontraron tres lesiones de aspecto necrótico, con bordes hiperémicos, bien definidos y engrosados, con ausencia de crepitación y dolorosas al tacto, que ocupan gran parte del glúteo derecho (*Figura 1*), localizada particularmente en los dos cuadrantes mediales del glúteo.

Se decidió su hospitalización de urgencia, ya que se consideró en estado crítico por posibilidad de desarrollar choque. Se procedió a dar fluidoterapia a 100 mL/kg/día, administración de antimicrobianos (imipenem, vancomicina y metronidazol), analgesia con paracetamol y curaciones locales con compresas estériles, solución salina 0.9% y vaselina. Inicialmente las curaciones se realizaron cada 12 horas, durante cinco días.

Los resultados de estudios de laboratorio: hemoglobina 11 g/dL, leucocitos $22.36 \times 10^9/L$, linfocitos 34.9%, granulocitos 53.3%, plaquetas $132 \times 10^3/mm^3$, glicemia 143 mg/dL, calcio 9.5 mg/dL, CRP 0.6 mg/L. Estudios de imagen: radiografía de tórax normal, ecografía abdominal normal. Se aclara que no se llevó a cabo estudio microbiológico por falta de recursos.

Durante los 14 días de estancia hospitalaria evolucionó de forma favorable (*Figuras 2 y 3*), sin presentar complicaciones. Se egresó con tratamiento oral y tópico.

DISCUSIÓN

La celulitis necrosante es una enfermedad bacteriana poco frecuente, que puede ser grave y de instalación rápida. Lo trascendente es la necrosis del tejido celular subcutáneo con difusión progresiva que llega a desplazarse a áreas adyacentes.⁹

El RN que se describe en este reporte fue diagnosticado como *celulitis necrosante*, dada la extensión y profundidad de la lesión, las características clínicas, así como por su rápida instauración. No se pudo constatar, si existió lesión traumática primaria que sirviera de entrada para la infección. Como etiología se planteó la posible asociación de flora polimicrobiana, fundamentalmente gérmenes grampositivos (*Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*), ya que al no existir crepitación ni formación de bulas gaseosas se consideró menos probable la participación de bacterias gramnegativas o anaerobias. Lo ideal hubiera sido tomar



Figura 3:

Evolución de las lesiones a los nueve días del tratamiento, ya sin la costra. No se observa daño muscular.

cultivos para determinar el o los gérmenes causales, pero desafortunadamente no se logró por problemas en el hospital y financieros.¹⁰

Nuestra paciente evolucionó satisfactoriamente con la terapéutica aplicada, pero esta entidad puede ser un desafío para los neonatólogos y pediatras. En la búsqueda intencionada de publicaciones con casos similares, no se logró encontrar otros reportes, a fin de comparar el comportamiento de la paciente que presentamos. Pero creemos importante señalar que la administración precoz de terapia antibiótica empírica y cuidados de apoyo contribuyeron al desenlace satisfactorio, sin requerir la intervención quirúrgica. Esto último, en muchas ocasiones es indispensable para retirar el tejido necrótico para mejorar significativamente el estado clínico del paciente y evitar otras complicaciones.

REFERENCIAS

1. Marín CI, Carrasco CJ. Infecciones de piel y partes blandas. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2023; 2: 271-283.
2. Cobo VE, Saavedra LJ. Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso (v.3/2019). En: Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico; 2019.
3. Noor A, Krilov LR. Necrotizing Fasciitis. *Pediatr Rev*. 2021; 42(10): 573-575. doi: 10.1542/pir.2020-003871.
4. Matus MJA, Partido RA, García MMSE. Fascitis necrosante en un neonato. *Arch Inv Mat Inf*. 2020; 11(2): 62-65. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/101552>
5. Ferrer-Bergua LG, Borrull-Senra AM, Pérez-Velasco C, Montero-Valladares C, Collazo-Vallduriola I, Moya-Villanueva S et al. Tasa de *Staphylococcus aureus* resistentes a metilicina en urgencias pediátricas en España. *An Pediatr*. 2022; 97(2): 95-102.
6. Tessier JM, Sander J, Sartelli M, Ulrych J, De Simone B, Grabowski J et al. Necrotizing soft tissue infections: a focused review of pathophysiology, diagnosis, operative management, antimicrobial therapy, and pediatrics. *Surg Infect (Larchmt)*. 2020; 21(2): 81-93.
7. Sartelli M, Guirao X, Hardcastle TC, Kluger Y, Boermeester MA, Rasa K et al. 2018 WSES/SIS-E consensus conference: recommendations for the management of skin and soft-tissue infections. *World J Emerg Surg*. 2018; 13: 58.
8. Tuta-Quintero E, Rueda-Rodríguez A, Mantilla-Flórez YF. Infecciones necrosantes de tejidos blandos. ¿Cómo identificarlas, clasificarlas y tratarlas? *Med Int Méx*. 2022; 38(3): 595-605.
9. Eckmann C, Maier S. Necrotizing fasciitis of the extremities and trunk. *Chirurg*. 2020; 91(4): 301-306. doi: 10.1007/s00104-019-01082-w.
10. Papadakis MA, McPhee SJ. Diagnóstico clínico y tratamiento 2025 [Internet]. McGraw-Hill Education; 2025. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3530§ionid=294826862>

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen.