

PRESENTACIÓN DE CASO

Fascitis necrotizante. Presentación de un paciente

Necrotizing fascitis. Presentation of a patient

Osvaldo Barrios Viera,^I Judith Cabrera González,^{II} Ihosvany Camp Medero,^{III} Rosalí Armas Villa.^{IV}

^IEspecialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: barriosviera@infomed.sld.cu

^{II}Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesora Auxiliar. Investigadora Auxiliar. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: cabreragonzalez@infomed.sld.cu

^{III}Residente de II año en Cirugía General. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: barriosviera@infomed.sld.cu

^{IV}Residente de III año en Cirugía General. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: barriosviera@infomed.sld.cu

RESUMEN

La fascitis necrotizante es una enfermedad infecciosa grave y poco frecuente de piel y partes blandas, asociada a una alta mortalidad. Generalmente es de etiología polimicrobiana, su manejo es difícil y representa un desafío para todo el personal de salud implicado en el tratamiento. Se presenta un paciente con ese diagnóstico atendido en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Leopoldito Martínez", de San José de las Lajas, provincia Mayabeque. El mismo se presentó con un absceso perianal que evolucionó hacia una fascitis necrotizante afectando al escroto derecho, la región inguinal y toda la pared anterolateral del abdomen, evolucionando al shock séptico. En el paciente que se presenta, el diagnóstico fue clínico, la conducta terapéutica estuvo sustentada en el tratamiento quirúrgico, el uso de antimicrobianos sistémicos y del oleozón tópico. La evolución fue satisfactoria.

Palabras claves: fascitis necrotizante; gangrena; absceso; mediana edad.

ABSTRACT

Necrotizing fascitis is a critical and non-frequent infectious disease of the skin and soft tissues, associated to a high mortality. Generally it has a poli-microbial etiology, its management is difficult and it represents a challenge for all the health personnel involved in the treatment. A patient comes with that diagnosis assisted in General Surgery Service at "Leopoldito Martínez" General Teaching Hospital in San José de las Lajas, Mayabeque province, the patient went to the hospital complaining of a perianal abscess that developed to a necrotizing fascitis affecting the right scrotum in the inguinal site and all the anterolateral abdomen wall, developing a septic shock. In this patient it was a clinical

diagnosis the therapeutic management was a surgical treatment, the use of systemic antimicrobials and topical ozone. The evolution was good.

Keywords: fasciitis, necrotizing; gangrene; abscess; middle aged.

INTRODUCCIÓN

Jones en 1871 utiliza el término “gangrena hospitalaria” para las infecciones necrotizantes de la piel, posteriormente Wilson en el año 1952 populariza el término “fascitis necrotizante”, el cual mantiene vigencia. La fascitis necrotizante es una infección progresiva que afecta los tejidos blandos, con extensa necrosis del tejido subcutáneo, incluyendo la grasa y la fascia subyacente, acompañada de una grave toxicidad sistémica y alta mortalidad. El *Streptococcus* β hemolítico del grupo A era el germen aislado con mayor frecuencia. En la actualidad se ha demostrado que esta afección es de etiología polimicrobiana.^{1, 2}

Se clasifica desde el punto de vista microbiológico en dos tipos:³

La fascitis necrotizante tipo I, enfermedad polimicrobiana, que se presenta en pacientes con factores de riesgo como edad avanzada, inmunocomprometidos, diabéticos, insuficientes renales, entre otros.

La fascitis necrotizante tipo II, causada por el *Estreptococo B* hemolítico del grupo A. Se presenta en pacientes sin factores de riesgo y de cualquier edad.

Clínicamente se caracteriza por empeoramiento progresivo del cuadro inicial con toma de la fascia profunda y manifestaciones sistémicas que van del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica a la muerte¹. La evolución se puede determinar por estadios: En el estadio inicial la enfermedad cursa con dolor, tumefacción y aumento de la temperatura local. El estadio intermedio se caracteriza por la presencia de flictenas y cambios de coloración de la piel que se define mal con el tejido adyacente. Por último, en el estadio tardío se presentan vesículas hemorrágicas, anestesia del área afectada y franca gangrena tisular.² El diagnóstico es eminentemente clínico inicialmente, con apoyo de estudios microbiológicos e imagenológicos¹.

El tratamiento de elección es el quirúrgico con desbridamiento amplio de la zona lesionada, asociado al uso de antimicrobianos. También se puede aplicar, como medida terapéutica, el ozono por vía tópica, disponible en la citada institución en forma de oleozón. Esta conducta se sustenta en los efectos beneficiosos del ozono sobre los sistemas biológicos. Dentro de los que se encuentra la regulación del estrés oxidativo al activar varios procesos enzimáticos protectores contra los procesos degenerativos, el incremento del metabolismo del oxígeno, la modulación de la actividad del sistema inmune, el elevado poder bactericida, virucida y fungicida. *

También se describe dentro de sus funciones que mejora las propiedades reológicas de la sangre y su circulación a través de los vasos capilares, incrementa la capacidad de absorción del oxígeno en los eritrocitos, así como su transferencia a los tejidos y tiene poder analgésico y antiinflamatorio.* El uso de otros esquemas de tratamiento como la oxigenación hiperbárica sigue siendo controvertido⁴

El estudio se realizó con el objetivo de presentar un paciente con diagnóstico de fascitis necrotizante, enfermedad infrecuente en esta institución, que representó un desafío para todo el personal de salud.

*Basanta Fortes D. Efectos del preconditionamiento oxidativo con ozono en un modelo de daño intestinal agudo inducido por isquemia/reperfusión. Tesis presentada en opción al título de especialista de Primer Grado en Fisiología Normal y Patológica; 2008.

CASO CLÍNICO

Se informa el caso de un paciente masculino de 55 años de edad, de raza blanca, de procedencia urbana, con antecedentes de hipertensión arterial sin tratamiento, bloqueo de rama derecha, diabetes mellitus mal tratada y fístula

anal de dos años de evolución, que acude a consulta el día 23 de marzo de 2016, por aumento de volumen de la región perianal derecha, con enrojecimiento, aumento local de la temperatura, y dolor de 5 días de evolución. En el área de salud se le aplicaron fomentos tibios y comenzó a notar salida de líquido purulento y fétido por el orificio fistuloso. El área de inflamación se extendió a la raíz del muslo derecho, acompañándose de fiebre de 39°C.

Se ingresa en sala abierta con antimicrobianos por vía endovenosa y se le realiza incisión y drenaje del absceso perianal. No fue posible la realización de estudios microbiológicos, por razones de logística. Posteriormente el paciente comienza a presentar toma del estado general, fiebre mantenida y al examen evolutivo se constata aumento de volumen de la pared abdominal, región inguinal y hemiescrotos derecho, encontrándose a la palpación áreas de fluctuación y crepitación.

Se rediscute en el servicio y se decide llevar al salón con el diagnóstico de fascitis necrotizante, realizándose desbridamiento de los planos superficiales de la pared abdominal derecha y parte de la fosa iliaca izquierda, con trayecto que comunicaba esta lesión con el hemiescrotos derecho y la región perianal (figura 1).



Figura 1. Fascitis necrotizante de la pared anterolateral del abdomen.

El paciente es trasladado a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de shock séptico secundario a la Fascitis Necrotizante. Se programan curas diarias de la lesión que consistieron en necrectomía del tejido desvitalizado, lavado amplio con soluciones antisépticas y aplicación de oleozón tópico. Evoluciona de forma favorable por lo que se traslada a sala abierta donde continúa con antimicrobianos y se le realiza cirugía reconstructiva, que consistió en un autoinjerto, con piel de la región lateral del muslo, el día 28 de abril de 2016 (figura 2). El 6 de mayo de 2016 por la adecuada evolución clínica, se decide egresar al paciente.



Figura 2. Autoinjerto en área desbridada.

DISCUSIÓN

La fascitis necrotizante es una enfermedad grave que se asocia a una elevada mortalidad, superando el 25% en la mayoría de las series publicadas.⁵ Es más frecuente en pacientes del sexo masculino, de la tercera edad e inmunodeprimidos. Siendo la etiología más común encontrada en la bibliografía el absceso anal, seguido de afecciones de piel y urológicas.⁶ Lo cual coincide con el presente caso.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos, imagenológicos y microbiológicos. El dolor intenso y desproporcionado para los hallazgos físicos, eritema, edema e induración, sensibilidad al tacto más allá de los límites del eritema, crepitación subcutánea, vesículas cutáneas y cambio de color en la piel son los datos clínicos de mayor relevancia para el diagnóstico.⁷ Los criterios clínicos se utilizan en este paciente para arribar a su diagnóstico.

La radiografía de partes blandas, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) constituyen las modalidades imagenológicas de mayor utilidad. La TAC y la RMN son las de mayor sensibilidad y especificidad. Los hallazgos imagenológicos incluyen gas en los tejidos blandos, colección de fluidos en el tejido celular subcutáneo y engrosamiento y demarcación de las fascias involucradas en la lesión. También puede observarse linfadenopatía reactiva.⁸ Desde el punto de vista microbiológico se considera una enfermedad polimicrobiana en el 80% de los pacientes,⁹ criterio diagnóstico que no pudo ser utilizado en este paciente por las razones antes descritas.

El diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico agresivo siguen siendo los factores de mayor impacto en la supervivencia de estos pacientes.¹⁰ En este paciente el tratamiento quirúrgico utilizado se basó en la necrectomía amplia de todos los tejidos desvitalizados, bajo anestesia general endovenosa, en secciones diarias hasta remover todos los tejidos desvitalizados.

Los profesionales actuantes apoyados en lo expuesto por algunos autores,¹¹ sobre el uso del ozono en los procesos infecciosos deciden aplicar el oleozón tópico posterior al control local del foco infeccioso, sustentado en las propiedades biológicas del mismo. Aunque es de destacar que no se encontraron referencias publicadas de su utilización en esta enfermedad. Posterior a la aplicación del oleozón tópico se evidencia pronta recuperación del área afectada. Los autores no tienen evidencias científicas de la contribución del mismo a la evolución satisfactoria del paciente y son del criterio que su evolución está en relación al uso combinado del tratamiento quirúrgico, los antimicrobianos y el oleozón tópico.

Se concluye que la fascitis necrotizante es una enfermedad infecciosa grave de piel y partes blandas, asociada a una alta mortalidad. Generalmente de etiología polimicrobiana. En el paciente que se presenta el diagnóstico fue clínico, la conducta terapéutica estuvo sustentada en el tratamiento quirúrgico, el uso de antimicrobianos sistémicos y del oleozón tópico. La evolución fue satisfactoria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Alvarado A, Bósquez A. Fascitis Necrotizante. Rev Méd Cient [Internet]. 2012 [citado 20 Abr 2013];25(2):24-25. Disponible en: http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/347/pdf_41
- 2 Canelón D. Fascitis necrotizante de punto de partida abdominal. Avan Biomed [Internet]. 2012 [citado 20 Abr 2013];1(1):42-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3988953.pdf>
- 3 Humberto Flisfish Fernández; Macarena Loayza Díaz. Enfoque quirúrgico de las infecciones de piel. Fascitis necrotizante. Rev Medicina y Humanidades [Internet]. 2014 [citado 20 Abr 2013];6(1):37-41. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n2014/06_ENFOQUE%20QUIRURGICO%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20LA%20PIEL.pdf
- 4 Cristian Cancino B, Rodolfo Avendaño H, Carolina Poblete Andrade, Katia Guerra H. Gangrena de Fournier. Cuad. Cir. 2010; 24: 28-33.
- 5 Alan Y. Martínez CR. McHenry Y, Meneses Rivadeneira L. Fascitis necrosante cervicofacial: una infección severa que requiere tratamiento quirúrgico temprano. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2016 Mar [citado 2016 Jun 10];38(1):23-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582016000100003&lng=pt.
- 6 Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. Semin Fund Esp Reumatol [Internet]. 2012 Ab-Jun [citado día mes año]; 13(2). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1577356611001205>
- 7 Ferrer Lozano Y, Oquendo Vázquez P, Asin L, Morejón Trofimova Y. Diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante. Medisur [Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Jun 10];12(2):365-376. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000200002&lng=es.
- 8 Hernández González EH, Mosquera Betancourt G, Rosa Salazar V. Fascitis necrotizante. AMC [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Jun 10];19(6):654-664. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600012&lng=es.
- 9 Piloña Ruiz SG, Suárez García N, Batista Cáceres AV, Izquierdo Meralla A, Vara Cuesta OL. Fascitis necrotizante tipo II como urgencia dermatológica en un recién nacido. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Ago [citado 2016

Jun 10];18(4):705-713. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400017&lng=es.

10 Fernández F, Casteleiro P, Comellas M, Martelo F, Gago B, Pineda A. Fascitis necrotizante bilateral: a propósito de un caso. *Cir Plást Iberolatinoam* [Internet]. 2011 [citado 20 Abr 2013];37(2):165-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922011000200010

11 Menéndez S. Propiedades terapéuticas del ozono. *Rev Cub Farmac*. 2002;36(2):189-91.

Recibido: 17 de marzo del 2017
Aprobado: 23 de junio del 2017

MsC. Dr. Osvaldo Barrios Viera. Especialista de II Grado en Cirugía General. MSc. En Urgencias Médicas Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar. Hospital General Docente Leopoldito. Correo electrónico: barriosviera@infomed.sld.cu