

FASCITIS NECROTIZANTE POSTRAUMÁTICA. REPORTE DE CASO.

Blanca Gordillo¹, Eliana Sanabria¹, Naillet Mendoza¹, Mayker Medina², Rafael Acosta³, Alf redo Ramirez⁵.
¹Hospital “Dr. Plácido D. Rodríguez R.”, San Felipe, estado Yaracuy, ²Hospital “Dr. Luis Salazar Domínguez”,
Guarenas, estado Miranda, ³Hospital Universitario de los Andes, Mérida, estado Mérida, ⁴Hospital II El Vigía,
estado Mérida, Venezuela.

elisp81@hotmail.com, menroma@hotmail.com, boastsiwain@hotmail.com, alfrim@hotmail.com,
blancidmed@hotmail.com.

Resumen

Este término lo utilizó por primera vez B. Wilson en 1952, aunque esta patología ya era conocida en tiempo de Hipócrates y durante el siglo XIX se relacionó con los episodios de gangrena de origen estreptocócico. La mortalidad por esta afección, aun en la actualidad, y a pesar de disponer de tratamientos antibióticos efectivos, continúa siendo alta, oscilando entre el 7 y 76%. Una de las razones que ha contribuido a estas cifras de mortalidad es el retraso del diagnóstico y tratamiento ante la escasez en ocasiones de manifestaciones clínicas locales y/o sistémicas. Se describe el caso de una paciente que desarrolló infección necrotizante de partes blandas, secundario a traumatismos múltiples. Las infecciones necrotizantes de partes blandas son infecciones cutáneas a menudo poli-microbianas, que están asociadas con necrosis tisular y que requiere una intervención quirúrgica temprana y terapia antibiótica para un manejo apropiado. Tales infecciones usualmente tienen una etiología bacteriológica mixta aeróbica y anaeróbica. Si el diagnóstico es hecho temprano y el tratamiento es instituido rápido, el pronóstico es bueno.

Palabras Claves: Fascitis necrotizante, infección necrotizante, fascitis postraumática.

Abstract:

Post-traumatic necrotizing fasciitis. Case report.

This term was used by B. Wilson in 1952, although this condition was already known at the time of Hippocrates, and during the 19th century was associated with episodes of gangrene of estreptocócico origin. The mortality from this condition even at the present time, and despite having effective antibiotic treatments, continues to be high, ranging between 7-76%. One of the reasons that contributed to these mortality figures is the delay in the diagnosis and treatment to shortages at times of local and/or systemic clinical manifestations. Describes a patient that developed Necrotizing soft tissue infection secondary to multiple injuries. Necrotizing soft tissue infections are often poli-microbianas skin infections, which are associated with tissue necrosis and which requires early surgery and antibiotic therapy for appropriate management. Such infections usually have a mixed aerobic and anaerobic biological etiology. If the diagnosis is made early and the treatment is instituted quickly, the Outlook is good.

Key words: Post-traumatic fasciitis, necrotizing fasciitis, necrotizing infection.

INTRODUCCIÓN

Este término se utilizó por B. Wilson en 1952, aunque esta patología ya era conocida en tiempo de Hipócrates y durante el siglo XIX se relacionó con los episodios de gangrena de origen estreptocócico (Anon, 2000). La mortalidad por esta afección aun en la actualidad, y a pesar de disponer de tratamientos antibióticos efectivos, continua siendo alta, oscilando entre el 7-76%. Una de las razones que ha contribuido a estas cifras de mortalidad es el retraso del diagnóstico y tratamiento ante la escasez en ocasiones de manifestaciones clínicas locales y/o sistémicas.

La fascitis necrotizante, es una [infección](#) aguda que comienza con una celulitis grave y extensa que progresa rápidamente para afectar la fascia superficial y profunda, produciendo trombosis de los vasos subcutáneos y gangrena de los tejidos

subyacentes (Giuliano et al. 1997, Pessa et al. 1985, Sudarsky et al. 1987, Sapico et al. 1980). La muerte o la pérdida de una extremidad ocurren si no se diagnostica y trata a tiempo. La bacteria suele entrar a través de una herida quirúrgica o traumática (Wallace et al. 1999, Stamenkovic et al. 1984, Panlilio et al. 1992).

Típicamente está causada por el estreptococo A beta hemolítico, más frecuentemente, aunque otras bacterias grampositivas o gramnegativas pueden producirla, así como existen formas polimicrobianas con aislamiento de *Peptostreptococcus* y [Bacteroides](#) spp junto a otras especies de [estreptococos](#) y [enterobacterias](#), que suelen cursar con menos toxicidad sistémica que las producidas por *S. pyogenes* (Lewis 1998, Wilson et al. 2001, Kaiser et al. 1981).

Autores como Chin-Ho Wong y Yi-Shi Wang describen tres estadios evolutivos en la enfermedad.

Estadio 1. La enfermedad es prácticamente indiferenciada de las celulitis de partes blandas. Se caracteriza por eritema, dolor a la palpación con inflamación.

Estadio 2. Formación de ampollas y bullas. Fluctuación e induración de la piel.

Estadio 3. Formación de ampollas hemorrágicas. Anestesia cutánea. Crepitación y gangrena.

La literatura médica ha enfatizado en las manifestaciones sistémicas de la fascitis necrotizante con fiebre alta, postración y fracaso multi orgánico, tales efectos son debidos a la liberación por parte del estreptococo del grupo A de un superantígeno, que origina un síndrome de shock tóxico estreptocócico (Dellinger 1981, Riseman 1990). A este respecto hay que decir que el uso de antibióticos es efectivo en el tratamiento de los síntomas sistémicos de la enfermedad, pero poco efectivo en el tratamiento de los síntomas locales, ya que la necrosis licuefactiva impide la distribución del antibiótico a este nivel. Es por ello que en ocasiones la desaparición de la sintomatología sistémica es interpretada como evolución favorable de la enfermedad en respuesta al tratamiento antibiótico y motiva un retraso injustificado del tratamiento quirúrgico.

La evolución hiperaguda generalmente se relaciona con una etiología por gérmenes del género *Vibrio* (parahemolítico, *vulnificus* y *damsela*).

El diagnóstico de fascitis necrotizante es un diagnóstico eminentemente clínico corroborado por los hallazgos operatorios:

Fascia necrótica de color grisáceo, que se torna friable e hinchada.

Los cultivos son de interés para el adecuado manejo antibiótico.

La anatomía patológica confirma los hallazgos macroscópicos operatorios. Los criterios histológicos diagnósticos son:

Presencia de infiltrado polimorfonuclear de dermis y fascia.

Trombosis fibrinoide de arterias y venas que atraviesan la fascia.

Angiitis con necrosis fibrinoide de la pared de vasos.

Presencia de microorganismos dentro de la fascia y dermis en ausencia de afectación muscular.

CASO CLINICO:

Se trata de paciente femenino de 13 años de edad quien es traída al servicio de emergencia por presentar traumatismos múltiples posteriores a accidente de tránsito (colisión). Al examen físico:

Abdomen blando, deprimible, no doloroso a la palpación, con escoriación que compromete desde la cresta iliaca a la cara latero externa de muslo derecho y cuadrante superior e inferior externo de ambos glúteos. Desarrollo infección necrotizante de partes blandas a las 48 horas del ingreso, ameritando limpieza quirúrgica de la región glútea teniendo como hallazgos: Abundante tejido necrótico, fétido, en glúteo derecho de 30 cm de diámetro aproximadamente, que se extiende al tercio superior del muslo con comunicación disecante hacia el glúteo izquierdo que abarca un área de 25 cm de diámetro aproximadamente, se realiza la necrectomía del tejido afecto, extrayendo moderada cantidad de secreción hemopurulenta fétida. Luego se realizan limpiezas quirúrgicas cada dos días en 4 oportunidades, en vista de la mejoría clínica las siguientes curas son realizadas en sala hasta la regeneración del tejido, evolucionando satisfactoriamente.



Fig. 1 y 2 Paciente al ingreso (lesión en ambos glúteos)



Fig. 3 Paciente con infección necrotizante 48 horas después.



Fig. 4 y 5 Necrectomía y limpieza quirúrgica del área de la fascitis.



Fig. 6 Cura en sala.



Fig. 7 Tejido regenerado.

DISCUSIÓN

Las infecciones necrotizantes de partes blandas son infecciones cutáneas a menudo poli-microbianas, que están asociadas con necrosis tisular y que requiere una intervención quirúrgica temprana y terapia antibiótica para un manejo apropiado. Tales infecciones usualmente tienen una etiología bacteriológica mixta aeróbica y anaeróbica (Elliot et al. 1996).

Los estudios de imagen (TAC, RNM y ecografía) tienen dudosa utilidad, salvo por la demostración de la presencia de gas en el interior de las lesiones (Kaiser et al. 1981).

Si el diagnóstico es hecho temprano y el tratamiento es instituido rápido, el pronóstico es bueno (Dellinger 1981).

En las infecciones necrotizantes de la piel y partes blandas, un agresivo debridamiento y drenaje es requerido. El retardo en el tiempo entre la admisión

Gordillo et al. 2011. Fascitis necrotizante postraumática. *MedULA* 20: 63-66.

y el primer debridamiento, afecta significativamente en el resultado final, también un inadecuado drenaje y limitada incisión. El debridamiento de todo el tejido necrótico debería ser realizado cada 24-48 horas hasta que la infección este controlada (Thibault 1994).

La importancia de un adecuado debridamiento radica en disminuir la morbi- mortalidad de los pacientes afectados por esta terrible entidad (Sudarsky et al. 1987).

REFERENCIAS

Anonymous. 2000. [Pathogenesis of group A streptococcal infections.](#) *Clin.Microbiol.Rev.* 13:470-511.

Bessman AN. 1980. Quantitative aerobic and anaerobic bacteriology of infected diabetic feet. *Clin Microbiol* 12:413-420.

Dellinger E. P. 1981. Severe necrotizing soft-tissue infections-multiple disease entities requiring a common approach. *JAMA* 246:1717-1721.

Elliot DC, Kufera JA, Myers Roy AM. 1996. Necrotizing soft tissue infections: Risk factors for mortality and strategies for management. *Annals of Surgery* 224:672-683.

Giuliano A, Lewis F, Hadleyand K et al. 1997. Bacteriology of necrotizing fasciitis. *Am. J. Surg* 134:52-57.

Kaiser RE, Cerra FB. 1981. Progressive necrotizing surgical infections a unified approach. *J Trauma.* 21:349-355.

Lewis RT. 1998. Soft tissue infections. *World J Surg* 22:146-151.

Panlilio AL, Culver DH, Gaynes RP et al. 1992. Methicillin-resistant staphylococcus aureus in U.S. Hospitals 1975-1991. *Infect Control Hosp Epidemiol* 13:582-586.

Pessa ME, Howard RJ. 1985. Necrotizing fasciitis surgery. *Gynecol Obstet* 161:357-361.

Riseman JF, Zamboni WA, Curtis A et al. 1990. Hyperbaric oxygen therapy for necrotizing fasciitis reduce mortality and the need for debridements. *Surgery* 108:847-850.

Sapico FL, Canawati HN, Witte JL et al. 1984. Early recognition of potentially fatal necrotizing fasciitis. The use of frozen section biopsy. *N Engl J Med* 1984;310:1689-1693.

Sudarsky LA, Laschinger JC, Coppa GF et al. 1987. Improved result from a standardized approach in treating patients with necrotizing fasciitis. *Ann Surg* 206:661-665.

Thibault GE. 1994. Desperate appliance. *N Engl J Med* 330:623-626.

Wallace WC, Cinat M, Gornick WB et al. 1999. Nosocomial infections in the surgical intensive care unit. A difference between trauma and surgical patients. *Am Surg* 65:987-990.

Ward RG, Walsh MD. 1991. Necrotizing fasciitis: 10 years experience in a district general hospital. *Br J Surgery* 78:488-489.

Wilson SE et al. 2001. Clinical trial results with linezolid an oxazolidinone in the treatment of soft tissue and postoperative gram-positive infections. *Surgical Infections* 2:25-35.

Recibido: 28 marzo 2011. Aceptado: 15 mayo 2011.

MedULA en Internet

Usted puede acceder y descargar todos los contenidos de la revista **MedULA**, a texto completo con figuras a todo color, desde algunas de las siguientes páginas

de la Web, entre otras: www.saber.ula.ve/medula;
www.latindex.org; www.periodica.org; www.doaj.org;
www.freemedicaljournals.com; www.fj4d.com;
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/etext?codigo=7642>;
www.portalesmedicos.com; <http://web5.infotrac.galegroup.com>;
www.ebsco.com; www.monografias.com; www.imbiomed.com;
www.indexcopernicus.com