

## FASCITIS NECROTIZANTE RÁPIDAMENTE EVOLUTIVO EN LACTANTE: REPORTE DE CASO

**Dr. Roberto L. Pilco Luque**

*Dermatólogo pediatra – Estomatólogo. Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte” Sucre-Bolivia.*

**Dr. Diego Veizaga Durán**

*Jefe de residentes Pediatría-R III. Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte” Sucre-Bolivia.*

**Dra. Virginia Azurduy Vacafior**

*Jefe de Enseñanza e Investigación, Pediatra-Hebiatra. Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte” Sucre-Bolivia.*

**Dra. Janeth C. Ortega Gutiérrez**

*Residente primer año en Pediatría. Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte” Sucre-Bolivia.*

**Dra. Patricia Castro Escalante**

*Residente primer año en Pediatría. Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte” Sucre-Bolivia.*

---

**Palabras Clave:** Fascitis necrotizante, Celulitis, Lactante.

**Key Words:** Necrotizing fasciitis, cellulitis, Infant.

---

### RESUMEN

La Fascitis necrotizante (FN) es una infección de partes blandas grave, poco común, donde se produce trombosis de la microcirculación subcutánea y necrosis hística con severa toxicidad, su pronóstico depende esencialmente de un diagnóstico temprano a menudo difícil, de suma importancia para el pronóstico y muchas veces es confundida con una infección leve como la erisipela o celulitis. Con alta tasa de mortalidad entre 33-60%.

Caso clínico: lactante de sexo femenino, de un año y un mes de edad, hospitalizada por urgencias pediátricas con diagnóstico de celulitis localizado en extremidad superior derecha, en sala se diagnostica FN, se rota antibióticos desbridamiento quirúrgico en tres oportunidades con evolución favorable.

Actualmente, con disponibilidad de terapéuticas eficientes, la mortalidad apenas se ha modificado en los últimos años, y su pronóstico depende esencialmente de un diagnóstico precoz.

### SUMMARY

Necrotizing fasciitis(FN) is a sever soft tissue infection, uncommon, where thrombosis microcirculation and subcutaneous tissue necrosis with severe toxicity, its prognosis depends mainly one early diagnosis often difficult and very important for the prognosis and many times it is confused with a light infection as the erysipelas or cellulitis. With discharge rate of mortality among 33-60%.

Case report: infant girl, a one year and one month of age, hospitalized for pediatric emergency department with a diagnosis of cellulitis located in right upper extremity. FN room is diagnosed, rotated antibiotics and surgical debridement in 3 opportunities with favorable evolution.

Today, with the availability of effective treatment, the mortality rate has remained largely unchanged in recent years, and the prognosis depends mainly one arly diagnosis.

### INTRODUCCION:

La Fascitis necrotizante (FN) es una infección poco común, rápidamente progresiva y de difícil diagnóstico en estadio temprano. Afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente la profunda, produce trombosis de la microcirculación subcutánea y necrosis hística con severa toxicidad sistémica. Tiene un curso fulminante y una tasa de mortalidad que oscila entre 33-60% (1, 2).

Existen en la literatura numerosas referencias de esta patología desde la antigüedad. La primera data del siglo V D.C., recogida de la descripción de Hipócrates de una infección cutánea necrotizante facial, La presencia de necrosis de la fascia es la condición definitoria de la enfermedad (2,3).

Wilson, en 1952, acuñó el término de FN desde entonces, se han multiplicado sus descripciones, definiciones y clasificaciones (de acuerdo a su microbiología en tipo I: polimicrobiano o tipo II: monomicrobiano) (4,11).

Puede afectar a cualquier región anatómica del organismo, pero es más frecuente en las extremidades (casi siempre unilateral), abdomen y periné. Se observa con mayor frecuencia en invierno y en varones. La mitad de los pacientes refieren una herida previa en la piel y el 70 % tienen una o más enfermedades crónicas (2, 3, 4).

El diagnóstico es clínico, sin embargo en etapas tempranas suele ser difícil, porque suele ser confundido con otras infecciones no graves como la erisipela o celulitis. Los signos tempranos como: piel caliente, eritema intenso, induración leñosa, el dolor significan compromiso de la aponeurosis subyacente y los signos tardíos clásicos de maculas negruzcas, ampollas hemorrágicas, y drenaje espontáneo son señales de necrosis de la fascia (5,6). Los estudios de gabinete como la ecografía, la radiografía simple, la TAC y la RMN constituyen medios excelentes para detectar gas en los tejidos (7,8).

El enfoque terapéutico se basa en manejo del medio interno, antibioticoterapia empírica con cobertura para aerobios, anaerobios y desbridamiento quirúrgico precoz (2, 9,10).

**CASO CLÍNICO**

Paciente de sexo femenino de un año y 1 mes de edad, natural y con residencia actual en Sucre, que acudió a nuestro nosocomio al servicio de emergencias pediátricas en fecha 11/09/14. Cuadro clínico de más o

menos 4 días de evolución caracterizado por alzas térmicas no cuantificadas, aumentó de volumen mano derecha, con signos de infección, derivada del centro de salud periurbano donde se diagnóstico celulitis por lo cual recibió antibióticos, analgésicos por tres días sin mejoría, motivo por el cual derivado a nuestro nosocomio.

Examen físico al ingreso: peso de 8 Kg., Talla 83cm, SC 0,4mts. Paciente febril con 39°C, irritable, piel y mucosas hidratadas rosadas, cardiopulmonario hemodinamicamente estable, se palpan ganglios axilares y cervicales. Aspecto respiratorio: tórax cilíndrico regular expansión conservada taquipneica, Fr 40x', campos pulmonares con buena entrada de aire no adventicios, sat O2 92% aire ambiente. Aparato cardiovascular: estable, normo tensa, tonos cardiacos rítmicos regulares, normo fonéticos, pulsos periféricos conservados, FC 120 x min, TA 90/50 mm Hg.

Extremidades con tono y trofismo conservado, excepto el MMSS derecho (mano, antebrazo y 1/3 proximal de brazo) con aumento notable de volumen, eritematoso, con zonas equimóticas, violáceas negruzcas difusas, ampollas de contenido sucio de 1 a 2 cm de diámetro en número de 3, indurado y doloroso a la palpación, pulso radial conservado y lleno capilar de 3 a 4 segundos se constata aparente puerta de entrada en palma de mano atribuyéndose a picadura de insecto (figura 1).



Figura 1. Lesiones necróticas y ampollas en antebrazo derecho.

Diagnóstico de ingreso: celulitis miembro superior derecho, síndrome compartimental, anemia moderada.

Exámenes complementarios: hemograma infeccioso con diferencial (anemia moderada con marcada leucocitosis y desviación a la izquierda, VSG acelerada, PCR positivo 1/32, coagulograma normal, cultivo y antibiograma de secreción purulenta con reporte de estafilococos áureos penicilina resistente).

La radiografía del miembro superior afectado no se evidencio presencia de gas en TSC (figura 2).

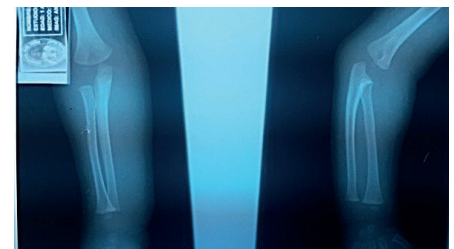


Figura2. Ausencia de gas en radiografía de frente y perfil

Evolución en sala de infectología: desfavorable, por tantos reevalúa y se diagnostica FN (figura 3).



Figura 3. Lesiones ulcero necróticas con abundante secreción purulenta mal oliente, descamación en colgajos de antebrazo afectado.

Al enfoque terapéutico empírico inicial se decide rotar a clindamicina y amikacina, manejo del medio interno y desbridamiento quirúrgico bajo anestesia general en 3 oportunidades, con evolución favorable hasta el momento de su Alta Solicitada.

## CONCLUSIÓN

La FN supone la forma más grave de infección de partes blandas, y su pronóstico depende esencialmente de un diagnóstico precoz, a menudo difícil y de suma importancia para el pronóstico, muchas veces es confundida con una infección leve como la erisipela o celulitis, como fue inicialmente tratado en centro de salud periurbano, porque los hallazgos clínicos en la fase inicial son a menudo escasos, polimorfos y dependerán de la severidad de la infección, la virulencia del o los gérmenes, y la capacidad de resistencia del huésped.

En la FN según la literatura se aíslan bacterias aeróbicas y anaeróbicas en un 80% y solo es mono microbiana 10-20%, en la paciente se aisló en cultivo de secreción estafilococos áureos penicilina resistente, probablemente por el uso previo de antibióticos.

La FN afecta a todos los grupos etarios, rara en la infancia, más frecuente en pacientes inmunosuprimidos como en nuestro caso que consideramos factores de riesgo: su anemia moderada, desnutrición leve, hacinamiento de su hogar y malas condiciones higiénicas dietéticas.

Ningún estudio complementario es diagnóstico, pero algunas alteraciones se producen relativamente pronto, como el aumento de la

proteína C reactiva, que refleja la respuesta inflamatoria sistémica, en nuestro caso presento hemograma infeccioso, medio interno con función renal dentro parámetros. El hemocultivo, si bien no puede influir sobre el tratamiento inmediato, es útil para orientar la antibioticoterapia ulterior. La hiponatremia en presencia de sepsis y de signos clínicos de infección de los tejidos blandos es muy sospechosa de infección necrosante de los tejidos blandos.

La tomografía computarizada puede mostrar tumefacción o inflamación de la fascia y a veces gas en los tejidos blandos. Es sensible, pero no tan específica, la ecografía puede ser diagnóstica. La radiografía simple ante la presunta FN por su baja sensibilidad y especificidad solo puede mostrar el gas subcutáneo, en nuestro caso se realizó pero no se evidenció presencia de gas subcutáneo.

Pese al mejor conocimiento de su etiopatogenia y a la disponibilidad de herramientas terapéuticas más eficientes, la mortalidad de la FN apenas se ha modificado en los últimos años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jinn-Ming W, Hwee-Kheng L. Necrotizing fasciitis: eight-year experience and literature review. *Braz j infect dis*. 2014; 18(2):137-143.
- Ferrer-Lozano Y, Oquendo-Vázquez P, Asin L, Morejón-Trofimova Y. Diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante. *Medisur [revista en Internet]*. 2014; 12(2):365-376.
- Al Shukry S, Ommen J. Necrotizing Fasciitis-Report of ten cases and review of recent literature. *Journal of Medicine and Life*. 2013; 6(2):189-194.
- Shimizu T, Tokuda Y. Necrotizing fasciitis. *Inter Med*. 2010; 49 (12): 1051-7.
- Cheung J, Fung B, Tang W. A review of necrotizing fasciitis in the extremities. *Hong Kong Med J*. 2009; 15 (1): 44-9.
- Napolitano LM. Severe soft tissue infections. *Infect Dis Clin North Am* 2009; 23:571-591.
- Anaya DA, Dellinger EP. Necrotizing soft tissue infection: diagnosis and management. *Clin Infect Dis* 2007; 44(5):705-10.
- Sarra L, da Silva A, Bitar J, Provítola N. Fascitis necrotizante en cuello. *Cir Esp*. 2010; 88 (4): 55-6.
- Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al; Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children. *Clin Infect Dis* 2011; 52:e18-e55.
- Sáenz D, Monzón S, Murillo I, Rivas M. Utilidad de los parámetros analíticos en el diagnóstico precoz de las infecciones necrosante de tejidos blandos. *Emergencias*. 2012; 24 (2): 156-61.
- Parra P, Pérez S, Patiño ME, Castañeda S, García JA. Actualización en fascitis necrotizante. *Semreu*. 2012; 13(2):43-48.