

Fascitis necrotizante. Reporte de dos casos

Necrotizing fasciitis: a two case report

Dra. Antia Teresa Duany Amaro; Dr. Pedro Pablo Vejerano García; Dr. Yonet Piovét Dorta

Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presentan dos casos clínicos, egresados vivos, con el diagnóstico de fascitis necrotizante de 12 y 13 meses de edad. La morbilidad pediátrica por esta enfermedad es baja, pero tiene una alta mortalidad. Su pronóstico es sombrío y sólo el tratamiento de forma multidisciplinaria en terapia intensiva, diagnóstico precoz, cirugía agresiva y antibioticoterapia polimicrobiana permite lograr mejores resultados. Se comenta el valor de la terapia oxigenante como tratamiento coadyuvante en el tratamiento de esta enfermedad.

DeCS: FASCITIS NECROTIZANTE/diagnóstico; MORBILIDAD; INFORME DE CASOS

ABSTRACT

This paper reports on two cases of necrotizing fasciitis who were dismissed alive. Patients were aged 12 and 13 months respectively. Pediatric morbidity as caused by this disease is low, but the intensive care ward, early diagnosis aggressive surgery,

and polymicrobial antibiotic therapy allow for better results. The paper comments the value of oxygenating therapy as a supporting treatment.

DeCS: FASCITIS NECROTIZING/diagnosis; MORBIDITY; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante (FN) es definida como una infección progresiva que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente la profunda, produce necrosis hística y severa toxicidad sistémica, debido a la acción sinérgica polibacteriana, y tiene una alta mortalidad. ¹

Las infecciones de los tejidos blandos se conocen desde tiempos muy remotos y fueron descritas por Hipócrates, Galeno, Avicena y Paré. La primera definición fue dada por Joseph Jones, un cirujano de la armada de Estados Unidos; posteriormente el síndrome de FN fue descrito en detalles en 1924 por Meleney, quien además reconoció la importancia del diagnóstico precoz y un desbridamiento quirúrgico extenso. La puerta de entrada puede ser secundaria a un trauma, proceso séptico intraabdominal como la apendicitis aguda y la diverticulitis aguda o una neoplasia digestiva. ²

Por la gravedad de esta enfermedad y su escasa frecuencia, se presenta la experiencia en el manejo de dos pacientes portadores de FN y egresados del servicio de cirugía del Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña.

Caso 1

Paciente de un año de edad, masculino, blanco, que acudió al cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña, por presentar enrojecimiento y aumento de volumen del hemiescrotal derecho por una picadura de insecto. Fue ingresado urgentemente con el diagnóstico de celulitis de la región escrotal. La evolución fue tórpida.

Examen físico al ingreso

Aspecto séptico.: coloración pálida

Aparato cardiovascular: tonos cardíacos rítmicos y bien golpeados. Pulsos periféricos débiles Frecuencia cardíaca 120 x min TA 90/50 mm Hg.

Abdomen: globalmente distendido, con ruidos hidroaéreos pobres, con área de coloración violácea en hemiabdomen inferior.

Genitales externos: Celulitis severa de la región escrotal derecha, que se extiende a hemiescrotos izquierdo, ambas regiones inguinales, región perineal y hemiabdomen inferior con gran área de necrosis y esfacelo.

Complementarios

Hemograma con diferencial: anemia moderada con marcada leucocitosis y desviación a la izquierda.

Coagulograma: normal

Conteo de plaquetas: normal.

Eritrosedimentación: acelerada.

Cultivo del pus: *Estafilococo aureus*.

Tratamiento

Antibióticos: penicilina cristalina, amikacina, cloranfenicol, trifamox, metronidazol, rocephin, ciprofloxacina y meronem.

Cura local bajo anestesia: necrectomía con desbridamiento del área afectada, hasta la exposición de tejido sano. Fue llevado cinco veces al salón de operaciones.

Terapia oxigenante con cámara hiperbárica (10 sesiones).

Evolución

Fue ingresado en el servicio de terapia intermedia Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña y se realizó rayos X de la región abdominal, donde se informó una distensión de asas intestinales que impresiona como un posible íleo paráltico. Su evolución fue tórpida; se trasladó antes de las 24 h a terapia intensiva, con el diagnóstico de FNO (Fig. 1). Con una estadía prolongada de 60 días, sin necesidad de realizar injertos de piel y a pesar de su gravedad su recuperación fue total.



Fig. 1. Necrosis extensa de la región perineal, escroto izquierdo que se extiende a hemiabdomen inferior con área esfacelo

Caso 2

Paciente de 13 meses de edad, blanca, femenina, con antecedentes de buena salud, que fue atendida por su médico de familia en consulta por haber sufrido una caída de la cuna sobre un juguete que le produjo lesión a nivel del glúteo izquierdo con hematoma del mismo que aumentó progresivamente hasta alcanzar la raíz del muslo. Por todo lo anterior se decidió su ingreso en el Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña.

Examen físico al ingreso

Aumento de volumen de la región glútea izquierda con signos de enrojecimiento, dolor y calor, que aumentó de volumen rápidamente hasta llegar a la raíz del muslo sin repercusión sistémica.

Posteriormente a las 24 h se reportó de grave crítica y se encontraron los siguientes signos:

Sensorio tomado

Palidez cutánea mucosa

A. resp.: murmullo vesicular audible Frecuencia Respiratoria 34 X min.

ACV: Tonos cardíacos taquicárdicos FC120 x min, pulsos periféricos débiles

Perfusión inadecuada. Tensión arterial 60/40 mm Hg.

Complementarios

Hemograma completo: marcada leucocitosis con desviación a la izquierda y anemia moderada.

Gasometría: acidosis metabólica.

Tiempo de protombina: prolongado.

Conteo de plaquetas: disminuido.

Rayos X de tórax: normal.

Ecografía abdominal: hepatomegalia marcada, distensión generalizada de asas intestinales.

Ecografía región glútea: desorganización de los planos musculares. No colección líquida.

Cultivo: *Estafilococo aureus*, *Escherichia Coli*.

Tratamiento

Antibioticoterapia: penicilina C y amikacina; vancomicina, ceftazidima y metronidazol, fosfocina y clindamicina.

Ozonoterapia 50cc diarios por vía rectal durante 10 días.

Cura local bajo anestesia: Desbridamiento hasta exponer tejido sano; se utilizó agua ozonizada.

Evolución

A las 24 h continuó con aumento de volumen de la región glútea; el área de celulitis es más extensa y se observó una flictena (Fig. 2). Se produjo caída de la hemoglobina y leucocitosis, con empeoramiento clínico y manifestaciones evidentes de repercusión sistémica de la sepsis. Fue trasladada al servicio de terapia intensiva a las 48 h y continuó agravando su cuadro, hasta evolucionar hacia el shock séptico; se reportó como grave crítico. Su evolución fue tórpida, pero los resultados finales fueron satisfactorios, ya que fue egresada viva a los 40 días sin necesidad de injertos de piel.



Fig. 2. Necrosis extensa de la región glútea con área de esfacelo que se extiende hasta la raíz del muslo

DISCUSIÓN

La fascitis necrotizante es un severo y agudo problema de salud, que puede provocar daño sistémico importante y ocasionar la muerte. En la FN se aíslan bacterias aeróbicas y anaeróbicas. En los dos pacientes que se presentaron se aislaron en ambos cultivos *Estafilococos aureus* más *Escherichia coli* en el segundo caso, lo que coincide con la literatura revisada, donde pueden existir dos bacterias y se postula que su acción sinérgica puede explicar el curso fulminante de esta enfermedad.² La forma de presentación de la FN depende del área afectada, la gangrena perineal o enfermedad de *Fournier* es una de ellas.

El primer paciente se presentó como una gangrena perineal secundaria a una picadura de insecto; la descripción de esta forma de fascitis fue hecha por Jean Alfred Fournier en 1883. Esta enfermedad se caracteriza por su elevada mortalidad, que alcanza de un 3 al 67 %. La FN, según refiere la literatura revisada, se observa con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada y portadores de enfermedades crónicas. Sin embargo, los dos casos clínicos reportados tenían 12 y 13 meses, respectivamente. Otros estudios demuestran casos pediátricos con este síndrome.^{3, 4}

En el segundo caso reportado la localización de la fascitis fue en la región glútea, localización poco frecuente, aunque existen otros estudios publicados que muestran localización en la región cervical,⁵ y retroperitoneal.⁶ La evolución natural de esta enfermedad, incluso con tratamiento, es agresiva, presenta una prolongada estadía hospitalaria y una alta mortalidad.^{6, 7} En los dos enfermos la estadía fue de 60 y 40 días respectivamente y el promedio de estadía fue de 50 días, lo que coincide con los estudios revisados y aunque la mortalidad en todos los estudios es alta, los casos reportados fueron egresados vivos.

En el manejo y tratamiento de estos pacientes son fundamentales el diagnóstico precoz, la cirugía agresiva (cura bajo anestesia, con desbridación extensa hasta exponer tejido sano), antibióticoterapia de cobertura polimicrobiana, manejo en terapia intensiva, y la participación de un equipo multidisciplinario.^{8, 9} La cicatrización fue favorable, sin necesidad de injerto de piel. Existen varios estudios que justifican la utilización de la cámara hiperbárica en conjunto con la cirugía y antibioticoterapia.^{10, 11} Otras investigaciones revisadas demuestran la efectividad del ozono sobre los procesos sépticos agudos y sepsis de la herida¹². En el segundo caso reportado se aplicó ozono por vía rectal, a una dosis de 50 ml diarios durante diez días y los resultados fueron satisfactorios, el paciente egresó vivo sin necesidad de injertos de piel, con una cicatrización mucho más rápida que con la cámara hiperbárica, lo que permitió acortar la estadía hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bueno Rodríguez PM, Mariño Fonseca J, Bueno Rodríguez JC, Martínez Paradela CR, Bueno Barreras E. Fascitis Necrotizante. Rev Cub Ortop Traumatol 1999; 13 (1-2): 47-53.

2. Pacheco AM, Iside Bravo Y, Condemarin Javier, Peñaloza Sonnia J, Javier Gálvez C, Palacio Rolando R, et al. Fascitis necrotizante postapendicetomía. Rev Chil Cir 2004; 56(1): 35-9.
3. Acares VM, Bravo JC, González R, Madariaga BJ. Gangrena perianal: enfermedad de Fournier. Rev Chil Cir 2002; 54 (5):514-17.
4. Alcocer Cordero P, Ormaza Zambrana I, Solís Benítez J. Fascitis necrotizante. Artículos Médicos [en línea] 2000[9 sept. 2005] Disponible: URL.<http://www.medicosecuador.com/español/articulos medicos/43.htm>.
5. Goñi I, Claire R, Leon A Rossy R, Vargas A. Fascitis necrotizante cervical. Rev Chil Cir 1998; 50: 555-57.
6. Prior J, Piotrowsky E, Seltzer C, Gracios V. Early diagnosis of retroperitoneal necrotizing fasciitis. Crit Care Med 2001; 29: 1071-3.
7. De Backer T, Bossuyt M, Shoenaers J. Management of necrotizing fascitis in the neck J. Cranio- Maxillofac Eur 1997, 24: 366-71.
8. Cárdena de la Maza R. Enfermedad de Fournier. Rev Chil Cir 1997; 49 (5): 537- 40.
9. Bocic G, Jensen C, Cáceres M, Garrido R, Cuneoz A, Abedreapo M, et al. Enfermedad de Fournier. Técnica de tratamiento modificado. Rev Chil Cir 2003; 55 (3): 232-38.
10. Him M. Hyperbaric Oxygen in the treatment of gas Gangrene and perineal necrotizing fascitis. A Clinical and experimental study. Eur J Surg.1993; 570: 1-36.
11. Centro Médico y Unidad Integral de Cicatrización. [en línea]. 2005. [8 Sept 2005] Disponible en URL <http://www.hipercamaras/com.art /indicaciones / fascitise.htm>
12. Menéndez Cerero S. Propiedades Terapéuticas del Ozono. Rev Cub Farmac 2002; 36 (2):189- 91.

Recibido: 21 de septiembre de 2005

Aceptado: 6 de febrero de 2006

Dra. Antia Teresa Duany Amaro. Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.
colab@shine.cmw.sld.cu

