



Fascitis necrosante: Presentación de caso*

Necrotizing Fasciitis: Case Report

Vicente A. Reales¹
Natalia Mariño²
Cristian G. Millán²
Carlos E. Morales²
Hender G. Manrique²



Palabras clave (DeCS)

Fascitis necrotizante
Infección focal
Tomografía



Key words (MeSH)

Fasciitis, necrotizing
Focal infection
Tomography



* Este trabajo se atribuye a la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y al departamento de imágenes diagnósticas del Hospital San Rafael de Tunja, Colombia.

¹Médico, especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad de Zulia. Hospital San Rafael de Tunja. Docente de Medicina Interna e Imágenes Diagnósticas de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Miembro de ARIB y Asociación Colombiana de Radiología. Tunja, Colombia.

²Estudiantes VII semestre de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC). Tunja, Colombia.

Resumen

La fascitis necrosante es una infección grave de los tejidos blandos, aunque es poco frecuente, presenta una alta tasa de mortalidad, y de no ser diagnosticada rápidamente suele ser fulminante. Su diagnóstico se realiza principalmente por sospecha clínica y confirmación por cirugía; sin embargo, el apoyo imaginológico de la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) han sido de gran ayuda. Se trata del caso clínico de un menor de edad, con dolor de alta intensidad y eritema en glúteo y miembro inferior secundario a inyección intramuscular, en quien el diagnóstico se sospecha inicialmente por ecografía y TC. Se destacan los hallazgos imaginológicos y la importancia de estas técnicas para su diagnóstico.

Summary

Necrotizing Fasciitis is a severe soft tissue infection, which although infrequent, has a high mortality rate and can be fatal if not diagnosed promptly. Diagnosis is primarily made by clinical suspicion and confirmation by surgery; however imaging support of computed tomography and magnetic resonance imaging are helpful. We present a case of a child with high intensity pain and erythema in buttock and lower limb secondary to intramuscular injection, in which the diagnosis was initially suspected by ultrasonography and computed tomography.

Imaging findings and the importance of these techniques for the diagnosis are highlighted.

Introducción

La fascitis necrosante es una grave infección de los tejidos blandos que se caracteriza por ser rápidamente progresiva, y fulminante si no hay un adecuado manejo, el cual debe ser agresivo desde el inicio. Se considera una patología poco común, pero potencialmente mortal, en especial porque sus síntomas son inespecíficos, principalmente dolor intenso y desproporcionado al examen físico, acompañado de eritema, lo que dificulta el diagnóstico precoz y permite su evolución. El diagnóstico de esta entidad debe hacerse a partir de una alta sospecha clínica y confirmación por intervención quirúrgica. La imaginología, como la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC), son de gran ayuda en casos como el que se presenta a continuación, la ecografía, que es una técnica poco utilizada, puede mostrar cambios sugestivos de esta

patología; sin embargo, si la sospecha es elevada, la intervención quirúrgica no debe verse retrasada por su realización.

Caso clínico

Paciente masculino de 9 años de edad quien ingresa al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en cefalea y fiebre cuantificada hasta de 39,8 °C, que no cede al manejo con acetaminofén. Al ingreso se le administra diclofenaco intramuscular en el glúteo izquierdo y se le da alta médica en horas de la noche. Al día siguiente, el paciente reingresa a urgencias con una mácula eritematosa en el área de la inyección y dolor que no cede con medios físicos. Se realizaron paraclínicos con los siguientes resultados: PCR 0,04, hemograma con 6.900 leucocitos, neutrófilos 87,6 %, Hb 15,9 y plaquetas 169.000, por lo que se inicia manejo con clindamicina y amikacina. Al día siguiente se evidencia un aumento del área comprometida, con mácula eritematosa que se extiende hasta la rodilla y aparición

de vesículas en la región glútea izquierda. Se evidencia ascenso de los reactantes de fase aguda por lo que se realizan hemocultivos y se modifican antibióticos a clindamicina + vancomicina. Se realiza ecografía de tejidos blandos que revela celulitis y fascitis superficial (figura 1), y TC de glúteo y muslo izquierdo, con medio de contraste, con hallazgos sugestivos de fascitis necrosante (figura 2). El paciente es valorado por cirugía pediátrica y ortopedia quienes realizan intervención quirúrgica, drenaje de absceso en el glúteo y muslo izquierdo, lavado quirúrgico y desbridamiento de tejidos blandos profundos, procedimiento en el cual se toman muestras de secreción de glúteo y muslo para cultivo, con resultados negativos a las 48 horas.

Discusión

La fascitis necrosante (FN) se considera una urgencia médica por tratarse de una infección grave de los tejidos blandos, que afecta la fascia y el tejido graso, lo que ocasiona necrosis de los mismos. Se asocia a una alta mortalidad por el compromiso sistémico y rápida progresión en el tejido celular subcutáneo y músculo. Tiene una incidencia anual de 0,4 por cada 100.000 habitantes y los afectados suelen ser pacientes inmunocomprometidos. Existen 4 subtipos de FN: La tipo I es polimicrobiana, la tipo II es estreptocócica, la tipo III causada por gramnegativos y la tipo IV, fúngica. El caso expuesto no puede incluirse en la clasificación puesto que no se pudo aislar el agente causal. El proceso patogénico se inicia en la fascia superficial, en la cual ocurre proliferación bacteriana y se generan toxinas que permiten la extensión de la enfermedad a lo largo de la fascia; dicha proliferación produce necrosis de la fascia superficial y trombosis en la microcirculación, lo que ocasiona isquemia del tejido celular subcutáneo. Posterior a esto, la infección progresa de forma vertical, afecta planos profundos y dermis superficial, por lo que aparece la necrosis cutánea, ulceración y ampollas (1).

La clínica característica consiste en edema indurado que excede el área eritematosa, aparición de ampollas hemorrágicas y crepitación subcutánea. Los síntomas consisten en dolor desproporcionado en el inicio del cuadro, seguido por insensibilidad y anestesia a medida que progresa la entidad. La FN en pediatría se manifiesta inicialmente con edema, eritema, calor y dolor importante en la zona afectada que posteriormente es indolora, sin bordes delimitados. Las lesiones cutáneas evolucionan a placas azul grisáceas a las 24-48 horas y puede acompañarse de ampollas color púrpura.

Esta patología continúa siendo de diagnóstico clínico; sin embargo, las técnicas imagiológicas son útiles para excluir otras entidades, determinar la extensión de la infección y como guía en el manejo quirúrgico (1).

En el caso descrito, la ecografía inicialmente sugirió el proceso infeccioso por la presencia de celulitis. Característicamente, se observa aumento de la ecogenicidad del tejido celular subcutáneo, el cual es atravesado por septos hipoeoicos; también, se evidencian colecciones de gas. El uso de esta técnica es ampliamente difundido para el diagnóstico de infecciones de tejidos blandos; algunas de sus ventajas incluyen su accesibilidad y la posibilidad de realizar exámenes dinámicos en tiempo real (2), posee una sensibilidad de 88,2 % y especificidad de 93,3 % (3). En adultos es de escasa contribución por la dificultad para observar en detalle planos profundos; sin embargo, es

útil en pacientes pediátricos en quienes el grosor de los tejidos blandos es menor (4,5).

La TC constituye la técnica de elección cuando existe sospecha de infecciones necrosantes de tejidos blandos, por su rápida realización comparada con la RM, la cual es la técnica ideal debido a que tiene mayor capacidad de detectar cambios en tejidos blandos (3). La RM revela engrosamiento circunferencial dérmico y de tejidos blandos con intensidad de señal variable en secuencias ponderadas en T1 y aumento de la intensidad de señal en secuencias sensibles a líquidos; sin embargo, su realización puede retrasar el manejo quirúrgico por su baja disponibilidad (3). La TAC con medio de contraste en la fascitis revela colección de gas y fluido en los planos fasciales, así como abscesos e infiltración del tejido adiposo. El hallazgo tomográfico más sensible es el engrosamiento de la fascia (6).

El tratamiento de la fascitis necrosante es principalmente quirúrgico, con el desbridamiento del tejido, acompañado del soporte antibiótico de amplio espectro que cubra los agentes asociados como *Staphylococcus aureus* y bacterias gramnegativas aerobias y anaerobias (3).

A pesar de ser una entidad poco frecuente, en la literatura la fascitis necrosante normalmente ocurre en individuos que tienen condiciones predisponentes. En este caso se trata de un niño, sin factores de riesgo que solo presentaba el antecedente de inyección intramuscular de un antiinflamatorio no esteroideo (diclofenaco). Se han descrito casos que asocian esta entidad con la administración de estos medicamentos (6).

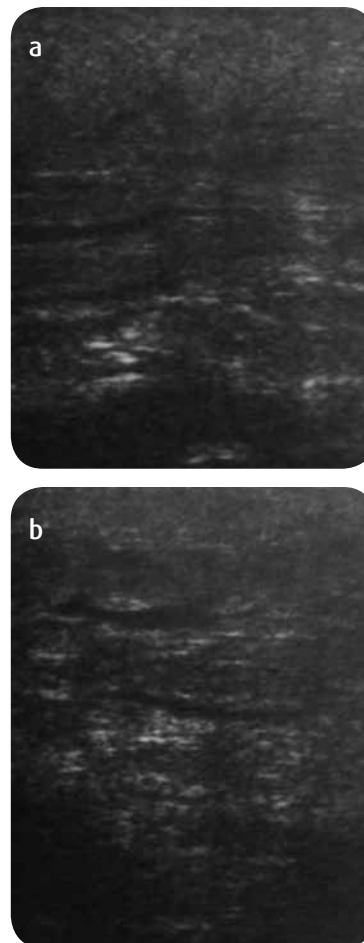


Figura 1. a y b) Ecografía de tejidos blandos que muestra edema de tejidos blandos, no se observan colecciones o masas sólidas ni quísticas.



Figura 2. a) Corte coronal, b) corte axial y c) corte sagital de TC con medio de contraste: En el plano de las cabezas femorales se aprecia enfisema subcutáneo en los tejidos blandos de la cara externa de muslo izquierdo, con aumento del volumen generalizado y borrosidad y trabeculación de grasa. Engrosamiento de fascias superficial y profunda y colecciones líquidas por debajo de la fascia.

Conclusión

La fascitis necrosante es una entidad rápidamente progresiva y mortal, y en ocasiones la sospecha clínica será suficiente para realizar el diagnóstico. Se resalta la utilidad de las técnicas de imagen como herramientas no invasivas que permiten obtener hallazgos característicos, para agilizar el difícil diagnóstico que representa esta patología, en favor del pronóstico del paciente. Según la bibliografía, la RM es la técnica más eficaz; sin embargo, en este caso se evidencia que la TC puede ser muy efectiva por sus hallazgos típicos, la disponibilidad y la rapidez con la que se puede realizar; por otro lado, la ecografía que, aunque se ha denominado como una técnica poco útil para esta patología, puede llegar a serlo mostrando patrones no típicos, pero sí sugestivos de esta infección, principalmente en niños.

Referencias

1. Parra Caballero Pérez Esteban S, Patiño Ruiz M. Actualización en fascitis necrotizante. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2012;13(2):41-8.
2. Cano I, Ávila A. Evaluación con ultrasonido de lesiones de tejidos blandos y musculoesqueléticas. *Anales de Radiología México*. 2010;4:174-84.
3. Rayno M, Yudhishdran J, Kandeepan T. Necrotizing fasciitis – a diagnostic dilemma: two case reports. *J Med Case Rep*. 2014;8:229.
4. Chaudhry A, Baker K, Gould E. Necrotizing fasciitis and its mimics: What radiologists need to know? *Am J Roentgen*. 2015;204:128-39.
5. Malghem J, Lecouvet F, Omoumi P. Necrotizing fasciitis: Contribution and limitations of diagnostic imaging. *Joint Bone Spine*. 2013;80:146-54.
6. García V, Gil T, Gutiérrez P. Fascitis necrotizante fulminante tras inyección intramuscular glútea. *Rev Españ Cirug Osteoart*. 2014;49(259):116-23.

Correspondencia

Vicente de Jesús Aljure Reales
 Departamento de Radiología e Imágenes Diagnósticas
 Hospital San Rafael de Tunja
 Carrera 11 # 27-27
 Tunja, Boyacá, Colombia
 vdaljure@uniboyaca.edu.co

Recibido para evaluación: 1º de agosto de 2016

Aceptado para publicación: 21 de febrero 2017