

**Caso Clínico : Fascitis Necrotizante en un Paciente
Atendido en la Clínica de la Costa de Barranquilla**

Octubre 2015

SAID FUENTES CABANA

RICARDO DUARTE ZABALETA

ANGEL MAYA MEZA

Fundación Universitaria San Martín

Sede Puerto - Colombia

Programa de Medicina Puerto - Colombia

2015

**CASO CLÍNICO: FASCITIS NECROTIZANTE EN UN PACIENTE ATENDIDO EN
LA CLÍNICA DE LA COSTA DE BARRANQUILLA. OCTUBRE DE 2015**

Nota de aceptación

**SAID FUENTE S CABANA
RICARDO DUARTE ZABALETA
ANGEL MARIA MEZA**

**ASESORES:
JAIME PINEDO OTALVARO
YOLANDA FANDIÑO BARROS**

Jurado

Jurado

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
SEDE PUERTO COLOMBIA
PROGRAMA DE MEDICINA- PUERTO COLOMBIA
2015**

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. MARCO REFERENCIAL	17
4.1 MARCO TEÓRICO	17
4.1.1 Factores	17
4.1.2 Fisiopatogenia	18
4.1.3 Cuadro clínico	18
4.1.4 Criterios diagnósticos	19
4.1.5 Tratamiento	21
4.2 MARCO ESPACIAL	22
4.3 MARCO TEMPORAL	22
5. METODOLOGÍA	23
5.1. TIPO DE ESTUDIO	23
5.2 FUENTE DE INFORMACIÓN	23
5.3 RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	23
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	23
6. DESCRIPCIÓN DEL CASO	24
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

INTRODUCCIÓN

La "fascitis necrotizante" es un proceso infeccioso y necrótico, rápidamente progresivo, que afecta y erosiona masivamente el tejido subcutáneo y sus fascias de Camper y Scarpa. Generalmente no afecta la fascia muscular profunda, lo cual explica la confusión que ha existido con el término.

El cuadro patológico se acompaña de extrema toxicidad. Ocurre con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, pero se presenta en cualquier región anatómica, incluyendo la cara y el cuero cabelludo.

Aunque la patogénesis de la fascitis necrotizante no es totalmente conocida, el curso rápidamente invasor y destructor hace pensar que el proceso se deba, en gran parte, a simbiosis y sinergia multibacteriana. Las infecciones necrotizantes tienden a ocurrir en huéspedes inmunocomprometidos, de enfermedad avanzada, extremadamente obesos, con enfermedades degenerativas y debilitantes, con diabetes o enfermedad vascular, con neoplasias, o en pacientes que han sufrido trauma o han sido sometidos a operaciones sobre los tractos gastrointestinal y genital.

Sin embargo, también se presentan en personas sin antecedentes patológicos con trauma mínimo abierto o trauma por contusión, después de inyecciones hipodérmicas o aun después de operaciones limpias-contaminadas o limpias. Sólo el diagnóstico precoz y una intervención quirúrgica radical de urgencia, junto con un excelente soporte de la función orgánica en una buena unidad de cuidado intensivo, pueden salvar la vida del enfermo.

En el presente trabajo se muestran las características principales de esta patología, así como la descripción de un caso clínico presentado en la Clínica de

la Costa de Barranquilla, con el fin de sensibilizar sobre la aparición de esta afección, que si bien no es frecuente, su evolución puede ser fatal. casos al año (3)

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 lesión previa en la piel y el 70% tienen una o más enfermedades crónicas (4)

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Puede ser polimicrobiana, aunque en ocasiones pueda ser monomicrobiana. En

La fascitis necrotizante 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) Su diagnóstico se establece por exploración quirúrgica a lo largo del plano facial. Durante el siglo XIX se relacionó con los episodios de gangrena de origen estreptocócico. Es por estreptocócos grupo A y Staphylococcus aureus, es menos frecuente que el grupo anterior y afecta con mayor probabilidad a individuos

El cirujano militar Joseph Jones realizó la primera referencia detallada durante la guerra civil en Estados Unidos, en 1871, y la definió como gangrena de hospital.(2) de marisco crudo y aunque esta es la forma menos frecuente, está asociada a fallo multiorgánico en los primeros 24 h.

Fournier publicó en 1883 su clásica descripción de la infección gangrenosa del periné y los genitales. Pfanner en 1918 la designó como erisipela necrosante. En 1924 Meleney la describió como gangrena estreptocócica aguda hemolítica y reconoció la asociación sinérgica entre anaerobios, estreptococos y estafilococos en su etiología; reconoció la importancia del diagnóstico precoz y un desbridamiento quirúrgico extenso. Wilson, en 1952, acuñó el término de fascitis necrosante.(3) factores predisponentes. La puerta de entrada puede ser secundaria a un trauma, también puede desarrollarse a partir de un proceso séptico abdominal (6).

Desde entonces, se han multiplicado sus descripciones, definiciones y clasificaciones. En Estados Unidos tiene una incidencia de 1 000 casos al año.(3) 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.(4) Suele ser polimicrobiana, aunque en ocasiones puede ser monomicrobiana. En estos casos, el germen aislado con mayor frecuencia es el *Streptococcus pyogenes*. Pueden aislarse habitualmente bacterias aeróbicas y anaeróbicas y se postula una acción sinérgica de las mismas que explica el curso habitualmente fulminante.

Se describen tres formas microbiológicas bien definidas (5): Tipo I: infección polimicrobiana por bacterias aerobias y anaerobias, generalmente afecta a pacientes inmunocomprometidos y suele debutar en el tronco y en el abdomen. Tipo II: causada por estreptococos grupo A y *Staphylococcus aureus*, es menos frecuente que el grupo anterior y afecta con mayor probabilidad a individuos jóvenes e inmunocompetentes; se localiza, sobre todo, en las extremidades. Tipo III: causada por *Vibrio vulnificus*. Se asocia a las heridas provocadas por la manipulación de marisco crudo; y, aunque esta es la forma menos frecuente, está asociada a fallo multiorgánico en las primeras 24 h.

Las lesiones más sobresalientes son la necrosis severa y extensa de la superficie fascial y del tejido celular subcutáneo, con destrucción y licuefacción de la grasa. En su fase inicial no compromete la piel suprayacente ni los músculos subyacentes. La diabetes mellitus, úlceras de decúbito, pacientes drogadictos, alcohólicos, inmunocomprometidos o una infección previa de las heridas son considerados factores predisponentes. La puerta de entrada puede ser secundaria a un trauma, también puede desarrollarse a partir de un proceso séptico intraabdominal (6).

2 JUSTIFICACION

Por su escasa frecuencia en la práctica médica, el objetivo de este trabajo es describir los resultados alcanzados a partir del diagnóstico y tratamiento impuesto en un paciente afectado por fascitis necrosante.

Las infecciones supurantes de los tejidos blandos varían en su presentación clínica, pero en general son de curso grave que, si bien son poco frecuentes, tienen una elevada mortalidad si no son diagnosticadas y tratadas oportunamente, considerándose como "una enfermedad que una vez que se ve nunca se olvida" (7).

Aunque es frecuente que exista un antecedente traumático o quirúrgico, en algunos casos se encuentra alguna enfermedad subyacente, lo cual no impide pueda desarrollarse en pacientes jóvenes previamente sanos (8).

Existen diferentes reportes que sugieren que las infecciones invasivas por *S. pneumoniae*, se encuentran en aumento. Así como en un estudio prospectivo realizado durante el periodo 1992 a 1993 en Ontario, Canadá con 323 pacientes con infecciones invasivas, se encontró una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes por año, de los cuales el 6% desarrolló fascitis (9):

En otro estudio realizado en el Haukeland University Hospital, en Noruega, entre 1992 y 1994 se halló una incidencia de 2 casos/100.000 habitantes de FN (10).

La infección necrotizante de los tejidos blandos constituye uno de los retos más desafiantes que enfrenta el cirujano, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como del tratamiento, pues el curso de la enfermedad puede ser rápidamente letal hasta en 70% de los casos, si no se establece el tratamiento adecuado en el menor tiempo posible. Se estima que la incidencia de la fascitis necrotizante es de 1 caso por 100.000 habitantes. (11)



Nota

Este trabajo se encuentra disponible únicamente en **formato físico**, ya que no cuenta con versión digital. Por tal motivo, en este repositorio solo serán visibles las páginas preliminares con fines informativos. Para su consulta completa, el usuario deberá verificar la ubicación o sede donde se encuentra el ejemplar físico, o bien solicitar información adicional escribiendo al correo institucional:

repositoriofusm@sanmartin.edu.co