Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 febrero;87(2):128-132.

Fascitis necrosante abdominal en puérpera de once días. A propósito de un caso

Abdominal necrotizing fasciitis in a patient of eleven-days pospartum. A case report.

Leandro Torriente-Vizcaíno,[1] Danelys Cuellar-Herrera,[2] Sergio Pérez-Casales[3]

Resumen

ANTECEDENTES: La fascitis necrosante es una infección progresiva poco común, con elevada mortalidad, que puede afectar cualquier parte del cuerpo. En la mayoría de los casos se origina por una infección polimicrobiana, con subsecuente afectación de la fascia superficial, tejido y grasa subcutáneos, nervios, arterias, venas y la fascia profunda.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años, obesa, infectada con VIH, que ingresó al servicio de Obstetricia durante el puerperio, con temperatura de 39 °C, escalofríos y dolor abdominal. En la exploración física se observó una lesión negra-azulada, de bordes definidos, de aproximadamente 40 x 20 cm en el área abdominal, alrededor de la herida quirúrgica, con ampollas y olor fétido. Los estudios de laboratorio reportaron hemoglobina 10 g/L, proteína C reactiva 413 y creatinina 110 mg/dL. Se obtuvo una muestra de las ampollas para cultivo. Al día siguiente se repitieron los exámenes de laboratorio y se encontró hemoglobina 8.5 g/L, proteína C reactiva 516 y creatinina 215 mg/dL; el cultivo resultó positivo para *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. Se prescribió tratamiento endovenoso con antibióticos y la lesión se intervino quirúrgicamente con debridamiento. La evolución de la paciente fue satisfactoria y no reportó secuelas.

CONCLUSIONES: El diagnóstico oportuno de la fascitis necrosante permite su tratamiento temprano y la supervivencia del paciente.

PALABRAS CLAVE: Fascitis necrosante; infección polimicrobiana; puerperio.

Abstract

BACKGROUND: Necrotizing fasciitis is an uncommon progressive infection, with high lethality that can affect any part of the body, caused mostly by a polymicrobial infection affecting the superficial fascia, subcutaneous tissue, subcutaneous fat with nerves, arteries, veins and deep fascia.

CLINICAL CASE: A 28-year-old woman with a history of obesity and HIV, admitted to the Obstetrics Service with fever (39° C), chills and abdominal pain. A black-bluish lesion was observed, with defined edges of approximately 40 x 20 cm in the abdominal area, around the surgical wound, with blisters and great stench. Hematological study was carried out Hb: 10 g/L, C-reactive protein: 413, and Creatinine: 110 mg/dL. Culture sample of the ampoules is taken. The next day the complementary ones are repeated and Hb is observed: 8.5 g/L, C-reactive protein: 516, and Creatinine: 215 mg/dL; the result of the culture positive for *Pseudomonas aeruginosa* and *Staphylococcus*. Endovenous treatment with antibiotics and surgical treatment was used. We observed satisfactory evolution of the patient without sequelae.

CONCLUSIONS: The opportune diagnosis of this pathology allows an early action, with the consequent survival of the patients.

KEYWORDS: Necrotizing fasciitis; Polymicrobial infection; Puerperium.

[1] Especialista de primer grado en Ginecología y Obstetricia, y Medicina General Integral.
[2] Especialista de primer grado en Pediatría.
[3] Especialista de primer grado en Anestesiología y Reanimación.
Hospital Regional Mofumahadi Manapo Mopeli, Phuthaditjhaba, Estado Libre, Sudáfrica.

Recibido: octubre 2018
Aceptado: octubre 2018

Correspondencia
Leandro Torriente Vizcaíno
leandro.torriente@yahoo.com

Este artículo debe citarse como
Torriente-Vizcaíno L, Cuellar-Herrera D, Pérez-Casales S. Fascitis necrosante abdominal en puérpera de once días. A propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2019 febrero;87(2):128-132. https://doi.org/10.24245/gom.v87i2.2648

ANTECEDENTES

La fascitis necrosante es una infección progresiva poco común, con elevada mortalidad, que puede afectar cualquier parte del cuerpo; sin embargo, es más frecuente en las extremidades (piernas). En la mayoría de los casos se origina por una infección polimicrobiana, caracterizada por afectación de la fascia superficial, tejido y grasa subcutáneos, nervios, arterias, venas y la fascia profunda. Esta alteración también se conoce como: úlcera maligna del siglo XVIII, enfermedad come carne, gangrena de hospital, entre otras. Otros sitios comunes de afectación incluyen la pared abdominal, las áreas perianal e inguinal y las heridas posquirúrgicas.[1]

El diagnóstico de fascitis necrosante puede establecerse a cualquier edad; sin embargo, es frecuente entre la cuarta y séptima décadas de la vida, con cierto predominio en los hombres. Suele afectar a pacientes diabéticos, alcohólicos, inmunodeprimidos, drogadictos y a quienes padecen enfermedad vascular periférica. Esta enfermedad es excepcional en pacientes pediátricos; no obstante, puede afectar a sujetos jóvenes sanos.[2]

Esta complicación es poco común en pacientes obstétricas; de hecho, se han reportado pocos casos en la bibliografía. Los principales estudios señalan su asociación con operaciones ginecológicas en la vulva y periné, incluso procedimientos quirúrgicos abdominales, excepto la cesárea.[3]

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años, con herida quirúrgica por cesárea de 11 días de evolución. Antecedentes: tres embarazos, dos partos, obesidad clase III (IMC: 43) e infección por VIH de 9 años de evolución, con tratamiento antirretroviral (efavirenz 600 mg, tenofovir 300 mg y emtricitabine 200 mg). Durante el parto tuvo ruptura uterina, que se reparó sin necesidad de histerectomía. De la cesárea se obtuvo un neonato masculino, de 3952 g, Apgar 8/9, 9/9. Acudió al servicio de Obstetricia por un cuadro de dolor abdominal, fiebre de 39 °C y decaimiento. Al examen físico se observó una lesión negra-azulada, de bordes definidos, de aproximadamente 40 x 20 cm en el área abdominal, específicamente alrededor de la herida quirúrgica, con ampollas y olor fétido. **Figura 1**

Los estudios de laboratorio reportaron: Hb: 10 g/L (11.6-16.4), PCR: 413 (<10), creatinina: 110 mg/dL (49-90). Al siguiente día se repitieron los estudios y se reportaron: Hb: 8.5 g/L, PCR: 516, creatinina: 215 mg/dL y resultado del cultivo positivo para *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus*. Se le indicó tratamiento con ceftazidima (1 g cada 12 h por vía endovenosa durante 7 días) y quirúrgico de la lesión. **Figura 2**

En la apertura de la pared abdominal se observó una extensa área de tejido necrótico localizado en el tejido celular subcutáneo, sin afectación directa de la aponeurosis. Se le practicó el desbridamiento de la lesión y curación con soluciones antisépticas. **Figura 3A**

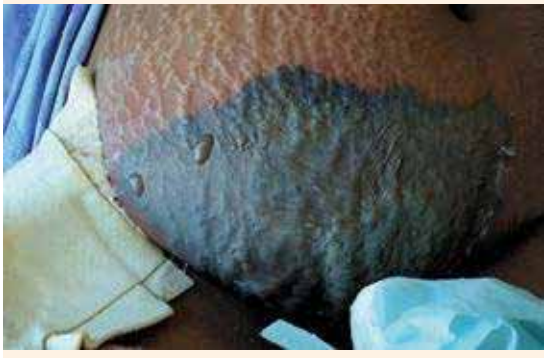


Figura 1. Características de la lesión: apariencia negra-azulada, con bordes definidos y ampollas.



Figura 2. Tratamiento quirúrgico de la lesión.

Posterior a la primera cirugía se le efectuaron cinco curaciones adicionales, con la finalidad de limpiar toda la lesión necrótica. **Figura 3B**

Al décimo tercer día la paciente comenzó con un cuadro respiratorio; en la radiografía de tórax se observaron lesiones parenquimatosas inflamatorias.

Permaneció en tratamiento con 2 g cada 8 horas de piperacilina, broncodilatadores y oxigenoterapia. A los 19 días la mejoría fue notoria, la herida quirúrgica cerró y la paciente se dio de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La fascitis necrosante es una infección rápidamente progresiva del tejido subcutáneo y fascias superficiales, en ocasiones fulminante, que requiere tratamiento agresivo. Al principio, la infección se limita a las fascias superficiales o profundas y el tejido celular subcutáneo; avanza a razón de 2-3 cm por hora a través de esos tejidos, lo que provoca daño a la piel y, en



Figura 3. Curación con aplicación de anestesia.

ocasiones, al músculo, procesos arteriovenosos trombóticos que favorecen la isquemia tisular, lo que contribuye a la proliferación de microorganismos anaerobios.[4]

Clasificación

Por lo general se utilizan tres clasificaciones:

1. Según la profundidad de la infección: (adipocitis, fascitis y miositis), caracterizada por edema extenso de la piel, eritema, ampollas y bulas con olor fétido, sobre todo asociado con anaerobios, crepitación en el área de los tejidos afectados y tejido celular subcutáneo que se despega con facilidad de la fascia subyacente.
2. Según la localización anatómica: periné o escroto (gangrena de Fournier), genital, abdominal, extremidades, etc.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i2.2648

3. De acuerdo con la microbiología:

   Tipo I: Polimicrobiana.

   Tipo II: Monomicrobiana: *Staphylococcus, Streptococcus, Clostridium*, etc.

   Tipo III: Vibrio.

   Tipo IV: Fungi.[1]

La mayor parte de las fascitis se incluyen en el tipo I. La paciente del caso corresponde a este tipo pues tenía más de un agente patógeno (*Pseudomonas y Staphylococcus* spp.)

Factores de riesgo

Endógenos: inmunosupresión, edades extremas (ancianos y neonatos), diabetes mellitus, cirrosis hepática, alcoholismo, neoplasias, neuropatías, enfermedad vascular arterioesclerótica, tratamiento con corticoesteroides, hipotiroidismo, desnutrición, obesidad, infección por varicela y drogadicción.

Exógenos: traumatismos, inyecciones, cirugía, condiciones de guerra, catástrofes o desastres naturales.[5] En esta paciente se asoció inmunosupresión por VIH, obesidad y el antecedente de una cirugía.

Cuadro clínico

Los signos y síntomas se dividen en tempranos y tardíos. Incluyen edema localizado, induración y dolor en el sitio de la infección, fiebre alta, leucocitosis. La anorexia y la hipocalcemia secundaria a saponificación grasa también son posibles signos tempranos.[6]

El dolor abdominal en el área quirúrgica es uno de los síntomas principales y en la mayoría de los casos es el primero en manifestarse, seguido del edema del área afectada, fiebre y afectación del estado general.[7,8]

También son sobresalientes el malestar general, las alteraciones digestivas (diarrea o vómitos), fiebre, confusión o debilidad generalizada. Entre los cambios locales avanzados característicos puede aparecer eritema, crepitaciones, áreas gangrenosas, necrosis y lesiones ampollosas.[9]

Diagnóstico

El establecimiento temprano del diagnóstico de la lesión de piel es decisivo para que el tratamiento sea oportuno y se consiga una evolución satisfactoria. Para esto hace falta la agudeza clínica y los estudios de laboratorio.[10] La tomografía computada, la resonancia magnética y el ultrasonido ayudan a confirmar el diagnóstico.[11] En el caso aquí reportado fueron útiles la clínica y los estudios de laboratorio no así los estudios de imagen porque la infección estaba circunscrita al área superficial.

Tratamiento

El tratamiento siempre es intensivo: desbridamiento quirúrgico de toda la región afectada, antibióticos de amplio espectro previo cultivo y antibiograma y tratamiento preventivo de las complicaciones renales, cardiovasculares y respiratorias. Este padecimiento es realmente excepcional durante el puerperio y su mortalidad es alta, incluso de 70%.[9,11]

CONCLUSIONES

La fascitis necrosante es una complicación poco frecuente durante el puerperio; en la mayoría de los casos se asocia con procedimientos quirúrgicos. Después de la cesárea es inusual la manifestación de fascitis necrosante. El embarazo induce un estado de inmunosupresión fisiológica y en pacientes con factores de riesgo la evolución de la fascitis es más rápida y agresiva, de ahí la alta mortalidad en el puerperio. La correcta esterilización del abdomen, profilaxis

antibiótica y antisepsia preoperatoria son medidas que disminuyen la posible aparición de sepsis. La prescripción de antibióticos de amplio espectro y el procedimiento quirúrgico son puntos importantes para el éxito del tratamiento.

REFERENCIAS

1. Pérez-Armas R, et al. Fascitis necrotizante. Presentación de un caso. IntraMed Journal 2015;4(3). http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/viewFile/436/198
2. Hernández-González EH, et al. Fascitis necrotizante. AMC 2015;19(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600012
3. Perucca E, et al. Fasceitis necrotizante después del nacimiento por cesárea. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68(1):32-35. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000100007
4. Tabares-Trujillo MK, et al. Fascitis necrotizante vulvar posparto. Ginecol Obstet Mex 2014; 82(1):54-63. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/casos-clinicos/fascitis-necrotizante-vulvar-posparto/
5. Alvarado A, et al. Fascitis Necrotizante. Rev Med Cient 2012;25(2):24-25. http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/347/pdf_41
6. Nakayama J, et al. Analysis of vulvar necrotizing fasciitis in the inique and ethnically diverse Hawaiian population. Hawaii Med J 2010; 69:13-16. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104625/
7. Carlson-Babila S, et al. Fulminating postcaesarean necrotising fasciitis: a rare and lethal condition successfully managed in a resource-disadvantaged setting in Sub-Saharan Africa. Case Rep Obstet Gynecol 2017; 2017:9763470. https://doi.org/10.1155/2017/9763470
8. Marinos N, et al. Necrotizing fasciitis complicating pregnancy: a case report and literature review. Case Rep Obstet Gynecol 2014; 2014:505420. http://dx.doi.org/10.1155/2014/505410
9. Frías-Sánchez Z, et al. Fascitis necrotizante en cicatriz de cesárea. A propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex 2018;86(8):554-559. https://doi.org/10.24245/gom.v86i8.2264
10. López M, et al. La gangrena de Fournier: evaluación con tomografía computada. Anales Radiol Mex 2012; 2:98-103. https://nietoeditores.com.mx/nieto/Radiologia/2012/abr-jun/art.revision_gangrena.pdf
11. Canelón D, et al. Fascitis necrotizante de punto de partida abdominal: a propósito de un caso. Avan Biomed 2012;1(1)42-45. http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/biomedicina/article/view/3446

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista Ginecología y Obstetricia de México. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i2.2648