

Citar como:

Pampin-López F, Córdova-González P, Bustos-Ponce A, Salvador-Banda I, Henríquez-Avendaño A, Soto-Donoso F. Fascitis necrotizante hemifacial y cervical. Reporte de caso. Rev Méd Hered. 2025; 36(1): 43-49. DOI: 10.20453/rmh.v36i1.5742

Recibido: 19/08/2024

Aceptado: 26/12/2024

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

El reporte fue financiado por los autores; declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de autoría:

FPL y PCG: Contribución sustancial para la adquisición y análisis del trabajo. Participación en la revisión crítica del contenido intelectual. Aprobación de la versión final del trabajo. Capacidad de responder todos los aspectos del artículo. **ABP, ISB, AHA, FSD:** Contribución sustancial para la interpretación y análisis del trabajo. Participación en la redacción del contenido intelectual. Aprobación de la versión final del trabajo. Capacidad de responder todos los aspectos del artículo.

Correspondencia:

Francisco Pampin López
Av. Curicó 345, Santiago de Chile
Correo electrónico:
pampinfo@gmail.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista Médica Herediana

Fascitis necrotizante hemifacial y cervical. Reporte de caso

Cervical and hemifacial necrotizing fasciitis. Case report

Francisco Pampin-López^{1,a} , Pablo Córdova-González^{1,a} , Alexis Bustos-Ponce^{1,b} , Isidora Salvador-Banda^{1,b} , Arturo Henríquez-Avendaño^{1,b} , Felipe Soto-Donoso^{1,b}

¹ Unidad de Urgencia Dental y Maxilofacial, Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Santiago, Chile.

^a Cirujano Maxilofacial.

^b Cirujano Dentista.

RESUMEN

La fascitis necrotizante (FN) es un proceso infeccioso progresivo de tejidos blandos, considerado altamente destructivo. Es poco frecuente, su mortalidad se estima entre 10%-40%, y en ausencia de tratamiento oportuno, la cifra podría elevarse al 80%-100%. En el territorio maxilofacial existe información limitada sobre la presentación, manejo y resultados del tratamiento. Se presenta el caso de un varón de 63 años, sin antecedentes médicos relevantes ni consumo de medicamentos, quien acudió al servicio de urgencia por aumento de volumen hemifacial y cervical derecho, dolor intenso, sensación febril, y presencia de una placa amarillenta en zona periorbitaria. La resolución de este cuadro fue quirúrgica, acompañado de manejo farmacológico. Es relevante presentar este tipo de patología ya que es de vital importancia el diagnóstico oportuno y manejo adecuado, se ha descrito, que, a pesar de su baja prevalencia en territorio maxilofacial, si no es tratada tiene un alto porcentaje de morbilidad.

PALABRAS CLAVE: Infecciones de los tejidos blandos, fascitis necrotizante, cirugía bucal.

SUMMARY

Necrotizing fasciitis is a progressively destructive infectious disease that affects the soft tissues. It is an uncommon condition associated with 10-40% mortality rates that can be as high as 80-100% if untreated. Limited information exists on this infection involving the face. We present the case of a 63-year-old male patient with no relevant past medical history who attended the emergency room with right facial and cervical edema, fever, pain, and a yellow plaque-like lesion on the periorbital area. Surgical and medical treatment were implemented. It is relevant to present this unusual clinical entity to increase awareness.

KEYWORDS: Soft tissue infections; fasciitis, necrotizing; surgery, oral.

INTRODUCCIÓN

Fascitis necrotizante (FN) se define como un proceso infeccioso progresivo de tejidos blandos altamente destructivo, capaz de provocar necrosis de piel, grasa subcutánea y fascia. Es una enfermedad poco frecuente; con una prevalencia mundial estimada de 3,5 casos por 100.000 individuos, y cuya mortalidad se ha estimado entre 10%-40%, alcanzando 80-100% cuando no es detectada y tratada de manera oportuna. ^(1,2,3)

Se puede clasificar en 4 subtipos según su microorganismo causal. La FN tipo I, es una infección polimicrobiana y comprende del 70% a 90% de los casos. FN tipo II corresponde a infecciones monobacteriales, mientras que FN tipo III se atribuye a microorganismos específicos tales como *Clostridium* y especies Gram (-). Por último, FN tipo IV es de naturaleza fúngica y frecuentemente se presenta en inmunocomprometidos. ⁽⁴⁾

Dentro de sus factores predisponentes, se encuentran cuadros asociados a inmunosupresión tales como diabetes mellitus (principal comorbilidad presente en los casos de FN), consumo crónico de corticosteroides e insuficiencia renal. ^(4,5)

Debido a su evolución variable y poco predecible, su nomenclatura varía según las zonas anatómicas comprometidas. A nivel de cabeza y cuello, el compromiso bilateral de espacios submandibular, sublingual y submentoniano se denomina angina de Ludwig, mientras que el compromiso orofaríngeo secundario a una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna es conocida como el síndrome de Lemierre. ⁽⁴⁾

El diagnóstico de FN a nivel de cabeza y cuello debe realizarse en una etapa temprana; lo cual resulta un desafío debido a la ausencia de signos y síntomas específicos del cuadro ⁽⁶⁾. Su patrón de crecimiento es altamente irregular y agresivo, presentando un rápido compromiso de piel, fascia y músculo. Los casos son originados en su mayoría a nivel de la región periorbitaria y posteriormente son diseminados a través del sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS) abarcando desde la región frontoparietal hasta el músculo platisma ⁽⁴⁾. Dentro de las primeras 24-48 horas pueden evidenciarse signos de descomposición tisular de la piel comprendida en el proceso infeccioso tales como eritema, vesículas y escaras, junto con crépito a la palpación. La licuefacción de la grasa subcutánea resulta en la separación de la piel de los tejidos subyacentes, generando un fluido edematoso

conocido como “dishwater fluid” el que da un aspecto turbio y grisáceo, siendo un signo patognomónico de este tipo de cuadro. ^(7,8)

La baja prevalencia de esta patología dificulta su comprensión y manejo adecuado. Este reporte tuvo como objetivo contribuir al conocimiento de la comunidad científica presentando un caso de etiología idiopática, proporcionando información que permita un mejor entendimiento y abordaje de este tipo de casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 63 años, sin antecedentes mórbidos ni alergias, fue referido a la Unidad de Urgencia Dental y Maxilofacial del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, con historia de aumento de volumen hemifacial y hemicervical derecho, dolor intenso y sensación febril, de un día de evolución. Al examen clínico se encontró aumento de volumen que abarcaba las regiones; frontal, periorbitaria, preauricular, submandibular y trapezoidal derecha (figura 1), de consistencia blanda en región frontal derecha con signo de fóvea positivo y de consistencia firme en el resto de su extensión, doloroso a la palpación y con afección de piel adyacente. No se encontraron focos óticos, glandulares u odontogénicos evidentes. Además, se identificó la presencia de secreción melicérica en el ojo derecho.

Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis de $14,18 \times 10^3/\mu\text{l}$, hemoglobina de 15,8 g/dl, glucosa 126 mg/dl, creatinina 1,73 mg/dl, sodio de 126 mmol/l, proteína C reactiva en 207 mg/l y lactato en 3,2 mmol/l.

La tomografía axial computarizada (TAC) maxilofacial y de cuello con contraste, mostró un extenso compromiso inflamatorio en las regiones fronto-orbitaria derecha, facial y cervical ipsilateral, de aspecto edematoso, con líquido laminar profundo al músculo platisma, y adenopatías cervicales multicompartimentales reactivas. En base a estos antecedentes, se consideró necesaria la intervención quirúrgica inmediata (Figura 2).

Bajo anestesia general con intubación orotraqueal, se realizó un abordaje hemicoronal derecho, con extensión periorbitaria, retroauricular, submandibular, occipital y trapezoidal ipsilaterales (Figura. 3). Un aseo quirúrgico exhaustivo, el retiro de tejido esfacelado, la exodoncia de las piezas 4.5 y 4.7, el drenaje de abundante contenido hematopurulento, la toma de muestras para cultivo, la instalación de un drenaje semiaspirativo (Hemosuc), y

el cierre de los abordajes utilizando suturas vicryl 4-0, corchetes y seda 3-0, con el objetivo de lograr un cierre por primera intención.

El cultivo obtenido fue positivo para *Streptococcus Pyogenes* o *Streptococcus β Hemolítico* del Grupo A (SBHGA), ajustando la terapia empírica de ampicilina/sulbactam 3 gr EV cada 6 horas, a una terapia dirigida, consistente en penicilina 4 000 000 UI cada 4 horas EV en conjunto con clindamicina 900 mg cada 8 horas EV.

Posteriormente se mantuvieron controles diarios que implicaron la limpieza de drenajes y curaciones avanzadas en piel necrótica. Después de una semana se retiraron los drenajes, seguido de los corchetes y suturas a las dos semanas. El paciente fue dado de alta hospitalaria tres semanas después de la intervención quirúrgica, con indicación de controles ambulatorios para la realización de curaciones avanzadas en las áreas de piel necrótica (Figura. 4A). Estas se prolongaron hasta la semana 13 postoperatoria, donde se otorgó el alta definitiva (Figura. 4B).



Figura 1. Examen clínico al ingreso del paciente: Edema de hemicara derecha, periorbitario y frontal; se observa secreción melicérica en ojo derecho.

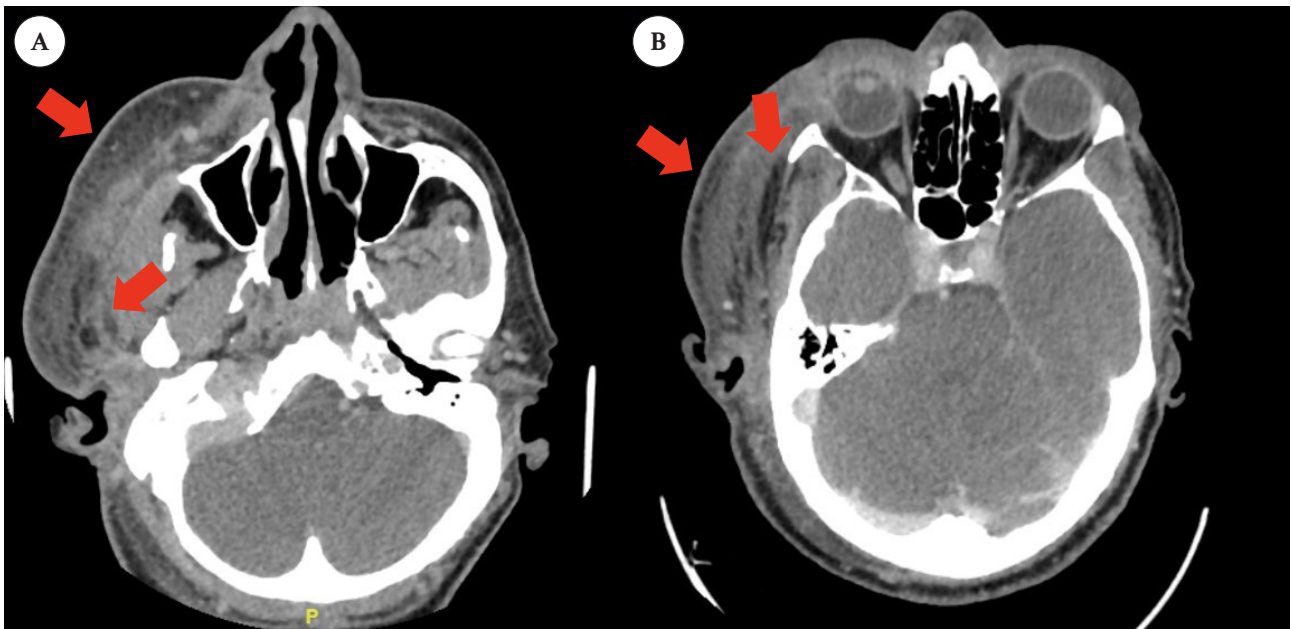


Figura 2. Tomografía axial computarizada corte axial. **A:** Correspondiente a tercio medio facial: Muestra el compromiso del tejido celular subcutáneo de la región geniana derecha y de espacios neumatizados en el espesor del tejido. **B:** Correspondiente a tercio superior facial: Muestra compromiso del tejido celular subcutáneo de la región temporal derecha y de espacios neumatizados en planos más profundos.



Figura 3. Abordaje hemicoronal derecho, con sus respectivas extensiones periorbitaria, retroauricular, submandibular, occipital y trapezoidal ipsilaterales.



Figura 4. A: Postoperatorio inmediato. **B:** Control a las 13 semanas.

DISCUSIÓN

Una serie de casos y metanálisis mostró que el 54,4% de los individuos con FN presentaban comorbilidades asociadas. Las más frecuentes fueron diabetes mellitus (28,2%), hipertensión (8,7%), trastorno por uso de alcohol (8,7%) e inmunosupresión (8,7%)⁽⁹⁾. Este hallazgo concuerda con los de Perteau M et al.⁽²⁾, donde el 50% de los pacientes presentó comorbilidades, mientras que el 21% no tenían antecedentes médicos significativos. Sus condiciones más prevalentes fueron diabetes mellitus 32%, hipertensión 26%, abuso crónico de alcohol 21% y enfermedades hepáticas 11%. El caso presentado en este estudio se incluye dentro del grupo que no presenta comorbilidades, lo que es coherente con lo reportado en la literatura.

Perteau M et al.⁽²⁾, determinó que el origen más frecuente en territorio facial fue trauma, seguido de focos odontogénicos y en 38% de los casos sin factor causal aparente. Lo que contrasta con lo reportado por Nazir H et al.⁽¹⁰⁾, quienes señalan como causa más común las infecciones odontogénicas, seguidas por el trauma, y en 19,6% de causa desconocida. En este reporte no se logró identificar la causa, evidenciando

la relevancia de los casos sin un origen claro descritos en la literatura.

Nazir H et al.⁽¹⁰⁾ documentaron la presencia de *Streptococcus β hemolítico*, *Streptococcus milleri* y *Streptococcus pyogenes*. Consistente con lo reportado por Perteau M et al.⁽²⁾ quienes observaron la presencia de grupos de *Streptococcus β hemolítico*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus milleri group*, *Acinetobacter sp.*, *Enterobacter cloacae* e incluso agentes fúngicos.

En el caso presentado, la presencia de leucocitosis, junto con niveles elevados de proteína C reactiva y lactato; indican una respuesta inflamatoria aguda y sugieren la presencia de una infección grave. En 2004 se publicó el score de riesgo de laboratorio clásico para FN (LRINEC por sus siglas en inglés Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) (tabla 1) basado en indicadores de laboratorio comunes, permitiendo estimar el potencial diagnóstico de FN en procesos infecciosos de tejidos blandos ya diseminados^(11,12). Un puntaje mayor o igual a 6, es un indicador relativamente específico de FN, siendo necesario considerar en conjunto los antecedentes clínicos e imagenológicos

del individuo ^(13,14). Utilizando un score 6, se reportó un valor predictivo positivo (VPP) del 92% y un valor predictivo negativo (VPN) del 96% ^(11,15). Sin embargo, estudios más recientes han cuestionado la utilidad diagnóstica del score LRINEC.

Tabla 1. “Criterio de puntuación diagnóstica para fascitis necrotizante basado en pruebas de laboratorio: Indicador de riesgo de laboratorio para fascitis necrotizante (LRINEC).”

Variable	Valor	Puntuación
Proteína C Reactiva (mg/l)	≤150	0
	>150	4
Recuento Leucocitario (x10³/mm³)	<15	0
	15–25	1
	>25	2
	>13,5	0
Hemoglobina (g/dl)	11–13,5	1
	<11	2
Sodio (mmol/l)	≥135	0
	<135	1
Creatinina (mg/dl)	1,6	0
	>1,6	1
Glucosa (mg/dl)	≤180	0
	>180	1

“Nota: Puntuación <6: bajo riesgo. Puntuación 6–7: riesgo intermedio, se debe sospechar de NF. Puntuación ≥8: alto riesgo, altamente sugestivo de NF.” ^(10,12)

Una revisión sobre FN en extremidades superiores e inferiores reportó una sensibilidad del 49,39%, un VPP de 34,91% y un VPN de 89,99% ⁽¹⁶⁾. Por otro lado, Kim DH et al. ⁽¹⁷⁾, evaluaron el score en FN de cabeza y cuello, encontrando una sensibilidad del 75% y un VPN de 98,29%.

Estos hallazgos indican que el score LRINEC no es suficientemente confiable como herramienta diagnóstica. Sin embargo, los altos VPN refuerzan su utilidad como herramienta de exclusión. Esto subraya la necesidad de desarrollar y validar estrategias diagnósticas adicionales que permitan identificar con precisión esta infección.

El manejo inicial de FN del territorio craneocervical implica asegurar prioritariamente la vía aérea, mejorar aspectos metabólicos y administrar

antibióticos endovenosos de amplio espectro, junto con antiinflamatorios no esteroideos, entre otros medicamentos ⁽¹⁰⁾. Además, requiere un manejo quirúrgico agresivo con desbridamiento de tejido necrótico y drenaje de colecciones líquidas o gaseosas con el propósito de preservar la integridad de las estructuras comprometidas ^(18,19). El cultivo de microorganismos es indispensable, ya que permite una mejor orientación y una mayor eficacia de la terapia antibiótica, dirigida a los microorganismos hallados en el cultivo. ^(2,4,13)

Este caso ofrece importantes lecciones clínicas, subrayando la necesidad de un diagnóstico precoz y un manejo agresivo para alcanzar resultados satisfactorios, reducir complicaciones y minimizar secuelas funcionales y estéticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arteaga-Bonilla R, Arteaga-Michel R. Fascitis necrosante. Rev bol ped. 2003 Jun [citado el 1 abril 2024]; 42(2):102-105. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752003000200006&lng=es
2. Perteu M, Fotea MC, Luca S, et al. Periorbital Facial Necrotizing Fasciitis in Adults: A Rare Severe Disease with Complex Diagnosis and Surgical Treatment-A New Case Report and Systematic Review. J Pers Med. 2023 Nov 16;13(11):1612. doi: 10.3390/jpm13111612.
3. Martínez AY, McHenry CR, Meneses Rivadeneira L. Fasceítis necrosante cervicofacial: una infección severa que requiere tratamiento quirúrgico temprano. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2016;38(1):23–8. doi:10.1016/j.maxilo.2014.04.008.
4. Miller LE, Shaye DA. Noma and Necrotizing Fasciitis of the Face and Neck. Facial Plast Surg. 2021 Aug;37(4):439-445. doi: 10.1055/s-0041-1722894.
5. Hasham S, Matteucci P, Stanley PRW, Hart NB. Necrotising fasciitis. BMJ. 2005;330(7495):830–3. doi:10.1136/bmj.330.7495.830.
6. Fais P, Viero A, Viel G, et al. Necrotizing fasciitis: case series and review of the literature on clinical and medico-legal diagnostic challenges. Int J Legal Med. 2018 Sep;132(5):1357-1366. doi: 10.1007/s00414-018-1838-0.
7. Choi M-G. Necrotizing fasciitis of the head and neck: a case report. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2015;41(2):90. doi: 10.5125/jkaoms.2015.41.2.90

8. Hysong AA, Posey SL, Blum DM, Benvenuti MA, Benvenuti TA, Johnson SR, et al. Necrotizing fasciitis: Pillaging the acute phase response. *J Bone Joint Surg Am.* 2020;102(6):526–37. doi:10.2106/jbjs.19.00591
9. Yan D, Holan C, Padilla PL, Ramtin S, Shah D, Hancock E, et al. Head and Neck Manifestations of Necrotizing Fasciitis: A Case Series and Meta-Analysis. *Face.* 2023 Jun 1;4(2):264–72.
10. Nazir H, Ying Chieng C, Rogers SN, Nekrasius R, Dodd M, Shah N. Outcomes of necrotizing fasciitis in the head and neck region in the United Kingdom—a case series and literature review. *Adv Oral Maxillofac Surg.* 2022; 6(100254):100254. doi:10.1016/j.adoms.2022.100254.
11. Wong CH, Khin L-W, Heng K-S, Tan K-C, Low C-O. The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: a tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections. *Crit Care Med.* 2004;32(7):1535–41. doi: 10.1097/01.ccm.0000129486.35458.7d.
12. Bechar J, Sepehripour S, Hardwicke J, Filobbos G. Laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis (LRINEC) score for the assessment of early necrotizing fasciitis: a systematic review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl.* 2017 May; 99(5):341–346. doi: 10.1308/rcsann.2017.0053.
13. Wei XK, Huo JY, Yang Q, Li J. Early diagnosis of necrotizing fasciitis: Imaging techniques and their combined application. *Int Wound J.* 2024 Jan; 21(1):e14379. doi: 10.1111/iwj.14379.
14. Hua J, Friedlander P. Cervical necrotizing fasciitis, diagnosis and treatment of a rare life-threatening infection. *Ear Nose Throat J.* 2023; 102(3):NP109–13. doi: 10.1177/0145561321991341.
15. Noroña B, Ramos E, Buitron G, Cajas M. Utilidad de la escala “laboratorio para riesgo de infecciones necrotizantes de tejidos blandos” (LRINEC) en un caso de fascitis necrotizante por *Escherichia coli*. *Rev ecuat med Eugenio Espejo.* 2018; 7(10):11–15.
16. Tarricone A, De La Mata K, Gee A, Axman W, Buricea C, Mandato M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of LRINEC Score for Predicting Upper and Lower Extremity Necrotizing Fasciitis. *J Foot Ankle Surg.* 2022 Mar-Apr; 61(2):384–389. doi:10.1053/j.jfas.2021.09.015.
17. Kim DH, Kim SW, Hwang SH. Application of the laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis score to the head and neck: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg.* 2022 Jul;92(7-8):1631–1637. doi: 10.1111/ans.17459.
18. Wong CH, Yam AK, Tan AB, Song C. Approach to debridement in necrotizing fasciitis. *Am J Surg.* 2008 Sep;196(3):e19–24. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.08.076.
19. Hakkarainen TW, Kopari NM, Pham TN, Evans HL. Necrotizing soft tissue infections: review and current concepts in treatment, systems of care, and outcomes. *Curr Probl Surg.* 2014;51(8): 344–362. doi:10.1067/j.cpsurg.2014.06.001.