

FASCITIS NECROTIZANTE, BACTERIA COME CARNE: Hablemos de 2 Casos.

DR. JUAN ARROBA

M.D. Residente de cirugía hospital Abel Gilbert pontón.

Guayaquil – Ecuador,

Correo: juan_arroba@hotmail.com

Orci:0000-0002-2312-8889

DR. FERNANDO MONCAYO A

M.D. Tratante de Cirugía, jefe de servicio

Guayaquil – ecuador.

Correo: Fmoncayo01@hotmail.com

Orci. 0000-0003-4806-3441



RECIBIDO: 23/03/2022

APROBADO: 05/07/2022

LCDO. OSCAR L. CUSQUILLO GUAMAN

Lcdo. H. Abel Gilbert Pontón

Guayaquil – Ecuador

Correo: oscarlenin@hotmail.com

Orcid: 0000-0001-7846-6669

Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 3
Edición N°2 Periodicidad semestral Julio-Diciembre pp. 10-14 ISSN 2661-6726

RESUMEN

La fascitis necrotizante es una infección poco frecuente pero rápidamente progresiva, grave, potencialmente letal, con destrucción y necrosis de grasa y fascias y piel. La destrucción de tejidos puede afectar cualquier parte del cuerpo, pero es más frecuente en las extremidades.

Los estreptococos del grupo A (*Streptococcus pyogenes*), patógenos colonizadores de piel y garganta; en ciertas ocasiones y condiciones pueden provocar infecciones graves como la fascitis necrotizante y shock toxico estreptocócico, también se la denominada, la bacteria carnívora o “come carne”.

La puerta de entrada puede ser por una cortada, raspadura, picaduras de insecto, mordeduras, herida quirúrgica etc. Teniendo más riesgo aquellas personas con diabetes, HIV, renales crónicos, cirrosis, cáncer, trasplantados, etc.

Ambos pacientes presentaron lesiones dérmicas necrotizantes, de olor fétido, pero poco dolorosa a la palpación, con antecedente de haber sufrido picadura de insecto, pero con mucho prurito, que le provoco rascado de las lesiones las cuales se fueron aumentando de color rojizo eritema y edema) a necrótico, uno de los pacientes presento shock toxico.

Palabras clave: Fascitis necrotizante, *streptococcus pyogenes*.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis is a rare but rapidly progressive, serious, life-threatening infection with destruction and necrosis of fat and fascia and skin. Tissue destruction can affect any part of the body, but is more common in the extremities.

Group A streptococci (*Streptococcus pyogenes*), colonizing pathogens of the skin and throat; On certain occasions and conditions, they can cause serious infections such as necrotizing fasciitis and streptococcal toxic shock, also known as carnivorous bacteria or "meat-eaters".

The entrance door can be through a cut, scrape, insect bite, bite, surgical wound, etc. Those with diabetes, HIV, chronic kidney disease, cirrhosis, cancer, transplant recipients, etc. are more at risk.

Both patients presented necrotizing dermal lesions, with a fetid odor, but not very painful on palpation, with a history of having suffered an insect bite, but with a lot of itching, which caused scratching of the lesions, which increased in color reddish erythema and edema.) to necrotic, one of the patients presented toxic shock.

Keywords: Necrotizing fasciitis, streptococcus pyogenes

INTRODUCCIÓN

Descrita por primera vez por Hipócrates, fue Joseph Jones cirujano militar quien en 1871 reporta en los soldados este tipo de gangrena a la que llamo "gangrena de hospital". Es en 1924 Meleney quien describe el agente causal, el streptococcus B hemolítico y en 1952 Bob Wilson introdujo el termino fascitis necrotizante.

La fascitis necrotizante es una infección poco

frecuente pero rápidamente progresiva, grave, potencialmente letal, con destrucción y necrosis de grasa y fascias y piel^{1,2}. La destrucción de tejidos puede afectar cualquier parte del cuerpo, pero es más frecuente en las extremidades.

Los estreptococos del grupo A (*Streptococcus pyogenes*), patógenos colonizadores de piel y garganta; en ciertas ocasiones y condiciones pueden provocar infecciones graves como la ascitis necrotizante y shock toxico estreptocócico, también se la denominada, la bacteria carnívora o "**come carne**". La puerta de entrada puede ser por una cortada, raspadura, picaduras de insecto, mordeduras, herida quirúrgica etc. Teniendo más riesgo aquellas personas con diabetes, HIV, renales crónicos, cirrosis, cáncer, trasplantados, etc.

Patológicamente va haber infiltración de polimorfo nucleares, trombosis de microcirculación sanguíneos con destrucción y licuefacción de tejido graso, afectación a aponeurosis y piel. Esta invasión puede complicarse con un síndrome de shock toxico mediada por toxinas, se ha promulgado que la virulencia del streptococcus b hemolítico del grupo A se debe a la acción de la hialuronidasa bacteriana que permite la diseminación y degradación por las fascias, la proteinasas y streptolisina que licuan los tejidos produciendo liquido no séptico. La invasión bacteriana se debe a la acción de la proteína M antifagocitica (resistencia a la fagocitosis) citotóxica y antigénica^{3,4}.

Dentro de las múltiples clasificaciones de infecciones de tejidos blandos, la clasificación más aceptada es^{5,6}:

Fascitis necrotizante tipo I.- Polimicrobiana,



por anaerobios (bacteroides, clostridium, etc.) anaerobios facultativos (estreptococcus no A), enterobacterias, vibrios, etc.

Dentro de esta clasificación estarían también la angina de Ludwig, y la gangrena de Fournier

Fascitis necrotizante tipo II.- Monobacteriana, fundamentalmente por el Streptococcus beta hemolítico del grupo A (Streptococcus pyogenes), o por el Staphylococcus aureus.

Fascitis necrotizante tipo II.- provocada por bacterias anaerobias (productora de gas, crepitantes): pueden ser clostridianas (Clostridium perfringens, septicum, etc.) y no clostridianas (Bacteroides).

Fascitis necrotizantes con nombre propios. - Gangrena de Fournier, Sinérgica de Meleney, angina de Ludwig.

MANIFESTACIONES CLÍNICA

Principalmente dolor al inicio, rubor, edema, disminución de la movilidad y calor, luego de un tiempo suelen aparecer flictenas (ampollas) que son serosas para luego volverse hemática y luego llegar a la necrosis de tejidos^{7,8}.

En el progreso de la enfermedad va existir destrucción de las fibras nerviosas con anestesia del lugar afectado y luego necrosis cutánea sin linfangitis ni linfadenitis; hay que tomar en cuenta que si existe crepitación en el lugar se debe de sospechar de germen anaerobios^{9,10}.

Inicialmente los síntomas son inespecíficos hasta que se llega a un deterioro generalizado y shock séptico.

extremidades, dos de inferior y uno de superior; encontrados en el lapso de dos años.

Los dos casos, uno del sexo masculino y otro de sexo femenino, fueron ingresados por emergencia a los mismo que se le realizó limpieza quirúrgica, toma de biopsia y cultivo con antibiograma.

Ambos pacientes presentaron lesiones dérmicas necrotizantes, de olor fétido, pero poco dolorosa a la palpación, con antecedente de haber sufrido picadura de insecto, pero con mucho prurito, que le provoco rascado de las lesiones las cuales se fueron aumentando de color rojizo eritema y edema) a necrótico. Uno de los pacientes presentó shock tóxico con leucocitos de 25.000 x mlc, creatinina de 2, hto de 21 % y plaqueta de 95.000 x mlc y el otro paciente 16.000 leucocitos x mlc creatinina de 1.2, hto de 25 gr dl y plaquetas de 120.000.

En la limpieza quirúrgica realizada se recoge muestra de cultivo, la cual demostró la presencia de estreptococcus pyogenes sensible a meropenem+++, tazobactam+++ y amikacina+++ vancomicina ++. Entre los más recalables.

Ambos pacientes luego de limpiezas quirúrgica y curaciones avanzadas con apósitos inteligentes, evolucionando de forma satisfactoria, para luego del tiempo de granulación colocarle cobertura con injerto. Fueron dado de alta alrededor de 60 a 65 días.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Se trata de 2 casos diagnosticado por lesión dérmica tipo necrotizante de localización de



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Figure 1 Fascitis de miembro superior



Fuente: Dr. Fernando Moncayo A.

Figure 2 Post limpieza quirúrgica



Fuente: Dr. Fernando Moncayo A.

Figure 3 Fascitis de muslo



Fuente: Dr. Fernando Moncayo A.

Figure 2 Fascitis post limpiezas quirúrgicas



Fuente: Dr. Fernando Moncayo A.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante es un serio desafío para el cirujano ya que se encuentra con una enfermedad potencialmente fatal, progresiva y de difícil diagnóstico en estadía temprana, que afecta a cualquier parte del cuerpo, pero más frecuente las extremidades, provoca necrosis de piel, tejido celular subcutáneo y fascias superficial. Puede ser polibacteriana (tipo I) o monobacteriana (tipo II) y el tratamiento está sentado en dos pilares fundamentales: Quirúrgico (desbridamiento de tejido necrótico), clínico (soporte hemodinámico y tratamiento con antibiótico).

Aun que el proceso infeccioso tiene como denominador común la picadura de un insecto, el continuo rascado, ser del área rural (campesinos agricultores) y con comorbilidad como la diabetes son los medios propicios para la diseminación del *Streptococcus pyogenes*; ambos pacientes desencadenaron fascitis



necrotizante con gran pérdida de tejido y sepsis. Fueron tratados de forma multidisciplinarias con desbridamiento quirúrgico, y soportes hemodinámicos con antibioticoterapia, evolucionando de forma satisfactoria, pero con un tiempo de hospitalización prolongado.

Conflicto de interés:

Los autores no refieren tener ningún conflicto de interés.

Fotos cortesía Dr. Fernando Moncayo.

BIBIOGRAFÍA

- Frías Sánchez Z, Pantoja Garrido M, Pantoja Rosso FJ, Vico de Miguel FJ. Fascitis necrotizante en cicatriz de cesárea. A propósito de un caso. Ginecol. obstet. Méx. 2018 [acceso 13/04/2020];86(8):554-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000800554&Ing=es.
- Díaz Carrillo HG, Álvarez Consuegra W, Tamayo Pérez R. Fascitis necrotizante: revisión, conceptos recientes en etiopatogenia y diagnóstico. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018 [acceso 13/04/2020];4(43). Disponible en: http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/1332/pdf_503
- Ferrer Lozano Y, Morejón Trofimova Y. Fascitis necrosante. Actualización del tema. Medisur. 2018 [acceso 12/05/2020];16(6):920-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000600015&Ing=es.
- Pedro Parra Caballero.- Actualización en fascitis necrotizante. Semin Fund Esp Reumatol. 2012;13(2):41-48
- Marta Fernández de Torres. Fascitis necrotizante. Diagnóstico y tratamiento a propósito de un caso. NUEVO HOSP. (Versión digital). Febrero 2022; Vol. XVIII Nº 1.
- Juan Jacobo Ayala-Gaytán. Fascitis necrotizante y choque tóxico en infección por estreptococo grupo A. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (4): 425-432.
- René Alfredo Bourlon Cuellar. Síndrome de choque tóxico secundario a fascitis necrosante por Streptococcus pyogenes. Med Int Mex 2010;26(4):397-400
- Yusleidy Jiménez García. Fascitis necrotizante. Revista Cubana de Cirugía. 2020 (Oct-Dic);59(4):e_970.
- PELLICER GARCÍA. Fascitis necrotizante fulminante tras inyección intramuscular glútea. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. Nº 259. Vol. 49. JULIO-SEPTIEMBRE 2014.
- Erick Héctor Hernández González. Fascitis necrotizante. Rev. Arch Med Camagüey Vol19(6)2015
- Yovanny Ferrer Lozano. Diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante. abril 2014 | Volumen 12 | Numero 2.

