

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v9i17.0351>

FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE MASCULINO DE 36 AÑOS: REPORTE DE CASO

NECROTIZING FASCIITIS IN A 36-YEAR-OLD MALE PATIENT: CASE REPORT

Mayo-Toledo Jhoanna Mayte¹; Puglla-Macas Andrea Dennisse ²; Rodríguez-Alvarez Omar Antonio ³; Véliz-Viteri Xavier Andrés ⁴; Lanche-Troya Candida Vanesa ⁵

¹ Médico General. Loja, Ecuador.

Correo: jhoannamaite1999@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-4743-1809>.

² Médico General. Guayaquil, Ecuador. Correo: dennissepm@hotmail.com.

³ Médico General, Hospital Universitario De Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Correo: omanroal9@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-0692-1608>.

⁴ Médico General, Médico Ocupacional Unidad Educativa La Asunción. Ecuador.

Correo: xvelizviteri@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9118-5551>.

⁵ Licenciada Enfermería. Loja, Ecuador.

Correo: lanchevanessa@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-4059-2939>

Resumen

La fascitis necrotizante es una infección bacteriana rápidamente progresiva que compromete la fascia profunda y el tejido subcutáneo, caracterizada por necrosis tisular extensa y elevada mortalidad. Se presenta el caso de un paciente masculino de 36 años que acudió al servicio de emergencias con dolor intenso en miembro inferior, fiebre y signos inflamatorios locales de rápida progresión. La sospecha clínica, apoyada por estudios de laboratorio e imagen, permitió establecer el diagnóstico temprano de fascitis necrotizante. Se realizó desbridamiento quirúrgico urgente asociado a antibioticoterapia de amplio espectro y manejo multidisciplinario. El paciente presentó evolución clínica favorable tras múltiples desbridamientos y tratamiento intensivo. Este reporte destaca la importancia del diagnóstico precoz y del manejo quirúrgico oportuno para mejorar el pronóstico en esta patología potencialmente mortal.

Palabras claves: Fascitis necrotizante; infección de tejidos blandos; desbridamiento quirúrgico; sepsis; reporte de caso.

Abstract

Necrotizing fasciitis is a rapidly progressive bacterial infection that affects the deep fascia and subcutaneous tissue, characterized by extensive tissue necrosis and high mortality. We present the case of a 36-year-old male patient who presented to the emergency department with severe lower extremity pain, fever, and rapidly progressing local inflammatory signs. Clinical suspicion, supported by laboratory and imaging studies, allowed for the early diagnosis of necrotizing fasciitis. Urgent surgical debridement was performed, along with broad-spectrum antibiotic therapy and multidisciplinary management. The patient had a favorable clinical course after multiple debridements and intensive treatment. This report highlights the importance of early diagnosis and timely surgical management to improve the prognosis of this potentially fatal condition.

Keywords: Necrotizing fasciitis; soft tissue infection; surgical debridement; sepsis; case report.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 12 de diciembre de 2025.

Fecha de aceptación: 10 de febrero de 2026.

Fecha de publicación: 10 de marzo de 2026.



1. Introducción

La fascitis necrotizante constituye una infección grave de tejidos blandos caracterizada por destrucción rápida de la fascia y del tejido subcutáneo. Aunque es relativamente infrecuente, su evolución puede ser fulminante si no se reconoce y trata oportunamente. La mortalidad reportada en diferentes estudios oscila entre el 20% y el 40%, dependiendo del tiempo de diagnóstico, la extensión de la infección y las comorbilidades del paciente.

Desde el punto de vista microbiológico, puede clasificarse en infecciones polimicrobianas (tipo I) o monomicrobianas (tipo II), siendo *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* los patógenos más frecuentemente aislados. Otros microorganismos implicados incluyen bacterias anaerobias y bacilos gramnegativos.

Entre los factores de riesgo se describen diabetes mellitus, inmunosupresión, enfermedad renal crónica, obesidad, traumatismos, procedimientos quirúrgicos recientes y enfermedad vascular periférica. Sin embargo, también puede

presentarse en individuos previamente sanos.

El diagnóstico temprano continúa siendo un desafío clínico, ya que los signos iniciales pueden ser inespecíficos. El dolor desproporcionado al examen físico, la rápida progresión del eritema y edema, así como los signos sistémicos de infección, deben alertar al clínico sobre esta entidad. El tratamiento incluye antibióticos intravenosos de amplio espectro, soporte hemodinámico y desbridamiento quirúrgico urgente.

El objetivo de este reporte es describir el caso clínico de un paciente masculino de 36 años con fascitis necrotizante y analizar los aspectos diagnósticos y terapéuticos relevantes.

2. Caso clínico

Paciente masculino de 36 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que acudió al servicio de emergencias por dolor intenso en miembro inferior derecho de 48 horas de evolución. El dolor se acompañaba de edema progresivo, eritema y fiebre de hasta 38.9 °C. El paciente refería antecedente de

traumatismo leve en la región pretibial tres días antes del inicio de los síntomas.

Al examen físico se encontró paciente febril, taquicárdico y con mal estado general. En el miembro inferior derecho se observó eritema extenso con edema, calor local, dolor intenso a la palpación y presencia de ampollas hemorrágicas. El dolor referido era desproporcionado en relación con los hallazgos cutáneos iniciales.

Los estudios de laboratorio revelaron leucocitosis ($18\ 500/\text{mm}^3$), elevación de proteína C reactiva, hiponatremia y aumento de creatina quinasa. La tomografía computarizada mostró engrosamiento fascial y presencia de gas en tejidos blandos, hallazgos sugestivos de fascitis necrotizante.

Ante la sospecha clínica se decidió intervención quirúrgica urgente. Durante el procedimiento se evidenció necrosis extensa del tejido fascial y subcutáneo, realizándose desbridamiento amplio del tejido necrótico. Se inició antibioticoterapia empírica con piperacilina/tazobactam, clindamicina y vancomicina.

El paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos para monitorización estrecha. Durante su evolución requirió dos desbridamientos adicionales y manejo intensivo de soporte. Posteriormente presentó evolución clínica favorable con control de la infección y adecuada cicatrización de la herida.

3. Resultados y discusión

La fascitis necrotizante representa una de las infecciones más graves de tejidos blandos debido a su rápida progresión y elevada mortalidad. Diversos estudios han demostrado que el retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico aumenta significativamente el riesgo de mortalidad.

El dolor intenso desproporcionado respecto a los hallazgos clínicos iniciales es uno de los signos más característicos de esta enfermedad. Otros hallazgos incluyen edema progresivo, eritema, bullas hemorrágicas, crepitación y necrosis cutánea.

Las pruebas de laboratorio pueden mostrar leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda y

alteraciones metabólicas. El índice LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) ha sido propuesto como herramienta auxiliar para apoyar el diagnóstico.

El tratamiento de elección incluye desbridamiento quirúrgico agresivo y repetido, antibioticoterapia de amplio espectro y soporte hemodinámico intensivo. En algunos casos se ha descrito el uso de terapia de presión negativa o incluso oxigenoterapia hiperbárica como terapias adyuvantes.

El caso presentado coincide con la literatura en cuanto a la importancia de la intervención quirúrgica temprana y el manejo multidisciplinario.

4. Conclusiones

La fascitis necrotizante constituye una emergencia médica y quirúrgica con elevada mortalidad si no se diagnostica de forma precoz. La sospecha clínica temprana, el inicio inmediato de antibioticoterapia y el desbridamiento quirúrgico agresivo son fundamentales para mejorar el pronóstico.

El presente caso resalta la importancia de reconocer los signos clínicos tempranos de esta patología y de implementar un manejo multidisciplinario oportuno.

Bibliografía

1. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing soft-tissue infections. *N Engl J Med*. 2017;377:2253-2265.
2. Anaya DA, Dellinger EP. Necrotizing soft-tissue infection: diagnosis and management. *Clin Infect Dis*. 2007;44:705-710.
3. Wong CH, Chang HC, Pasupathy S, et al. Necrotizing fasciitis: clinical presentation and determinants of mortality. *J Bone Joint Surg Am*. 2003;85:1454-1460.
4. Bonne SL, Kadri SS. Evaluation and management of necrotizing soft tissue infections. *Infect Dis Clin North Am*. 2017;31:497-511.
5. McHenry CR, Piotrowski JJ, Petrinic D. Determinants of mortality in necrotizing soft tissue infections. *Ann Surg*. 1995;221:558-563.
6. Hasham S, Matteucci P, Stanley PR. Necrotising fasciitis. *BMJ*. 2005;330:830-833.

7. Elliott D, Kufera JA, Myers RA. Necrotizing soft tissue infections. *Am J Surg.* 2000;179:361-366.
8. Misiakos EP, Bagias G, Patapis P. Current concepts in the management of necrotizing fasciitis. *Front Surg.* 2014;1:36.
9. Sartelli M, Guirao X, Hardcastle TC. WSES guidelines for skin and soft tissue infections. *World J Emerg Surg.* 2018;13:58.
10. Stevens DL. Streptococcal toxic shock syndrome. *Clin Infect Dis.* 1995;20:S157-S161.
11. Young MH, Aronoff DM, Engleberg NC. Necrotizing fasciitis: pathogenesis and treatment. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2005;3:279-294.
12. Headley AJ. Necrotizing soft tissue infections. *Surg Clin North Am.* 2003;83:1215-1234.
13. Eke N. Fournier's gangrene: review of 1726 cases. *Br J Surg.* 2000;87:718-728.
14. Wall DB, Klein SR, Black S. A simple model to help distinguish necrotizing fasciitis. *J Am Coll Surg.* 2000;191:227-231.
15. Wong CH, Khin LW. LRINEC score for necrotizing fasciitis. *Crit Care Med.* 2004;32:1535-1541.
16. May AK, Stafford RE, Bulger EM. Treatment of complicated skin infections. *Surg Infect.* 2009;10:467-499.
17. Audureau E, Hua C. Mortality of necrotizing fasciitis. *Intensive Care Med.* 2017;43:890-892.
18. Goh T, Goh LG, Ang CH. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. *Br J Surg.* 2014;101:e119-e125.
19. Angoules AG, Kontakis G. Necrotizing fasciitis of upper extremity. *Hand (N Y).* 2007;2:12-17.
20. Singh G, Sinha SK. Necrotizing infections of soft tissues. *J Emerg Trauma Shock.* 2012;5:142-149.
21. Wilson B. Necrotizing fasciitis. *Am Surg.* 1952;18:416-431.
22. Cheng NC, Tai HC. Necrotizing fasciitis: clinical features. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135:122e-130e.
23. Yilmazlar T, Ozturk E. Fournier's gangrene: review of outcomes. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2014;20:333-337.
24. Brook I. Microbiology of necrotizing fasciitis. *J Med Microbiol.* 2007;56:891-895.

25. Centers for Disease Control and Prevention. Necrotizing fasciitis: clinical guidance. 2023.