



Caso clínico: Masculino de 35 años
de edad de barrio de santa Cecilia
Nombre del padecimiento: Fascitis
Necrosante

Materia: Análisis De La Decisión En La
Clínica

Universidad: UDS

Presenta: Julio Cesar Hidalgo Albores

Catedrático: Darío Cristiaderit

Gutiérrez Gómez



OBJETIVOS:

OBJETIVO PRINCIPAL

- Conocer las características del padecimiento y los factores de riesgo para desarrollar esta patología.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Establecer las principales manifestaciones clínicas de la fascitis necrosante
Identificarlas.
- Saber diagnosticar un cuadro de fascitis necrosante y ofrecer un tratamiento oportuno ára salvaguardar la vida del paciente

Introducción a la patología: Fascitis Necrosante

DEFINICION: ¿Qué es?

La fascitis necrosante (FN) es una infección rápidamente progresiva que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y profunda, que produce necrosis hística y toxicidad sistémica grave, que si no es tratada en forma oportuna, es invariablemente mortal.



Lesión leve, complicación mayor

Un hombre sano, de 60 años, desarrolló NF después de rascarse la mano en un trozo de meta



Fuente: Chung KC. *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 8ª ed. Filadelfia, Pensilvania: Wolters Kluwer; 2019.

Introducción a la patología: Fascitis Necrosante

Fisiopatología: ¿Cómo se presenta?

- El daño difuso al tejido superficial se extiende al plano muscular profundo y la fascia, con ciertas características únicas dependiendo del organismo agresor.
- Debido a su complejo perfil polimicrobiológico, es probable que la NF tipo I sea especialmente grave en adultos mayores con comorbilidades existentes.





- La presencia de organismos aeróbicos y anaeróbicos causa necrosis tisular extensa y compromiso hemodinámico. Algunos organismos de la especie *Clostridium* producen toxinas alfa que degradan aún más el tejido. No es inusual que los organismos de NF Tipo I tengan efectos sinérgicos, produciendo daños locales y sistémicos más profundos.



- 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.



La Facitis Necrosante polimicrobiana esta asociada a 4 vías de diseminación:

- procedimientos quirúrgicos que involucran el intestino o trauma penetrante de abdomen
- úlceras de decúbito o abscesos perianales
- aplicación de inyecciones intramusculares o abuso de drogas intravenosas
- 4) diseminación a partir de un absceso de la glándula de Bartholin, una infección vaginal menor, o infecciones del tracto genitourinario en el varón.



Introducción a la patología: Fascitis Necrosante

Epidemiología: ¿Dónde y en quienes se presenta?

- La mortalidad sigue siendo alta, del 25% al 35%
- Los NSTI son relativamente raros. La incidencia de NF se estima en 0,3 a 15 casos por 100.000 habitantes.
- Ciertos factores colocan a los pacientes en un mayor riesgo de NF y otros NSTI, incluida cualquier brecha cutánea o mucosa y varios procedimientos quirúrgicos.
- Los pacientes con comorbilidades como inmunosupresión, neoplasia maligna, enfermedad vascular, diabetes, alcoholismo y obesidad tienen un mayor riesgo de NSTI con progresión a sepsis grave y shock séptico

Introducción a la patología: Fascitis Necrosante

Causística: ¿Por qué se presenta?

Por estancia hospitalaria prolongada, enfermedad vascular periférica, mordedura humana, lesiones asociadas a picadura de insectos, procesos gastrointestinales y urinarios, úlceras de decúbito, infección de heridas quirúrgicas, heridas traumáticas y quemaduras.





Introducción a la patología: Fascitis Necrosante

Casuística: ¿Por qué se presenta? “factores predisponentes”

Los factores de riesgo para FN incluyen:

Edad avanzada, diabetes mellitus, inmunocompromiso, VIH/SIDA, alcoholismo, varicela, enfermedades crónicas, desnutrición y obesidad, enfermedades renales que requieren hemodiálisis, uso de inmunosupresores, enfermedades cardiopulmonares y cáncer, estancia hospitalaria prolongada, enfermedad vascular periférica, mordedura humana, lesiones asociadas a picadura de insectos, procesos gastrointestinales y urinarios, úlceras de decúbito, infección de heridas quirúrgicas, heridas traumáticas y quemaduras.

Clínica de la patología: Fascitis Necrosante

Como se diagnostica:

Semiología clínica

El diagnóstico clínico de FN presenta dos fases:

1. Signos locales:

- a) Dolor intenso continuo
- b) Edema intenso y extenso de la piel.
- c) Eritema y equimosis con áreas de anestesia cutánea que preceden a la necrosis.
- d) Apariencia "benigna" de la piel en un inicio, seguida de signos evidentes de necrosis
- e) Ampollas y bulas
- f) Presencia de gas en los tejidos detectado por palpación e imagen
- g) Rápida progresión de necrosis y sepsis aun con el uso de antimicrobianos

2. Signos generales. Asociados a respuesta inflamatoria sistémica:

- a) Palidez de piel y mucosas
- b) Deterioro progresivo del estado de alerta
- c) Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- d) Hipotensión
- e) Taquicardia
- f) Agitación psicomotriz (delirio)
- g) Abscesos metastáticos (émbolos sépticos o siembras a distancia)
- h) Falla multiorgánica
- i) Choque





Síntomas tempranos (primeras 24 horas)

- 1.- trauma menor o lesión dérmica (la herida no parece necesariamente infectada)
- 2.- dolor en el área de la lesión o en la misma región o extremidad
- 3.- el dolor es generalmente desproporcionado al grado de la lesión y puede iniciar como un “tirón” muscular aunque la evolución del dolor es progresiva
- 4.- Se presentan síntomas parecidos a una virosis, como diarrea, náuseas, fiebre, confusión, vértigo, debilidad y malestar general
- 5.- deshidratación
- 6.- el síntoma mayor es la combinación de todos los síntomas. El paciente se sentirá peor de lo que se había sentido antes sin entender porque.

Síntomas de progresión (3 a 4 días).

- 1.- la extremidad o área corporal que experimenta el dolor comienza con edema y puede presentar erupción color púrpura o violáceo
- 2.- la extremidad puede tener grandes áreas con cambio de coloración (oscuro), y la lesión evoluciona a ampollas llenas de líquido negrusco.



3.- la herida se torna necrótica con un aspecto azulado, blanco u obscuro, abigarrado, escamoso

Síntomas críticos. (más de 4 días)

- 1.- hipotensión grave
- 2.- el organismo entra en choque séptico debido a las toxinas liberadas por las bacterias
- 3.- pueden ocurrir alteraciones del estado de alerta

Ante la presencia de una lesión con alta sospecha de FN, se deberá vigilar los datos de progresión desde el momento de su diagnóstico y en los siguientes días, debido a los grados de progresión de esta enfermedad.

En pacientes con cirrosis hepática el riesgo de fascitis necrosante se sospecha ante la presencia de dolor en cualquiera de los siguientes sitios: extremidades, región perianal, genital, edema o cambios de coloración de la piel.

En pacientes con infección de la orofaringe que posteriormente presenten fiebre, disfagia, dolor torácico, malestar general, toxicidad grave y edema de cuello, se debe considerar el diagnóstico de fascitis necrosante.

En todo paciente inmunocomprometido o que recibe tratamiento inmunosupresor, debe extremarse la vigilancia ante el riesgo potencial de desarrollar una FN.

Clínica de la patología: Fascitis Necrosante

Como se diagnostica:

Laboratoriales

Exámenes de Laboratorio y Gabinete

- En todo paciente con Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) se debe realizar citología hemática con cuenta diferencial, se requiere documentar la presencia de: leucocitosis $>12,000 \text{ cél/mm}^3$, leucopenia $<4000 \text{ cél/mm}^3$ o bandemia $>10\%$.
- Es indispensable contar con la determinación de lactato durante todo el manejo del paciente y deben cuantificarse sus concentraciones séricas a juicio del médico. Cuando no es posible, se utiliza el déficit de base como medida equivalente.
- Se recomienda realizar tinción de Gram de todo material viable obtenido en forma adecuada del área afectada.





- Se debe realizar la toma de hemocultivos en forma obligada antes de iniciar la terapia antimicrobiana. Se recomienda realizar la toma en los sitios de accesos vasculares que tengan >48 horas de instalación, además de uno o dos por punción de vena periférica en diferente sitio para identificar la relación con este dispositivo.
- Se recomienda tomar muestras para cultivo de una zona representativa de infección y en cantidad adecuada, evitando en lo posible la contaminación con la microbiota normal.
- No se recomienda la toma de muestras superficiales mediante torunda o hisopo. La muestra de trayectos fistulosos no representa la etiología en casos de osteomielitis subyacente.



Estudios de laboratorio útiles como indicadores de riesgo para FN.

Se recomienda efectuar determinaciones seriadas de citología hemática, cuenta leucocitos, PCR, Sodio, Creatinina y Glucosa, para establecer un índice de riesgo basado en resultados de laboratorio. Se establecen 3 niveles de riesgo:

CALIFICACIÓN DE INDICADORES DE RIESGO PARA FASCITIS NECROSANTE BASADO EN ESTUDIOS DE LABORATORIO				
Variable	Unidades	β	Score	Escala de Calificación
Proteína reactiva (mg/dL)	< 150	0	0	Riesgo bajo: ≤ 5 puntos
	≥ 150	3.5	4	
Leucocitos totales (células/mm ³)	< 15,000	0	0	Riesgo moderado: 6-7 puntos
	de 15,000 a 25,000	0.5	1	
	> 25,000	2.1	2	
Hemoglobina (gr/dL)	> 13.5	0	0	Riesgo alto: ≥ 8 puntos
	11-13.5	0.6	1	
	< 11	1.8.	2	
Sodio (mmol/L)	≥ 135	0	0	
	< 135	1.8.	2	
Creatinina (μ mol/L)	≤ 141	0	0	
	> 141	1.8	2	
Glucosa (mmol/L)	≤ 10	0	0	
	> 10	1.2	1	

Clínica de la patología: Fascitis Necrosante

Como se diagnostica:
Estudios de gabinete

Exámenes de Imagen

- Se recomienda efectuar estudios convencionales de imagenología en aquellos pacientes con sospecha de FN para la búsqueda intencionada de presencia de aire en tejidos blandos.
- Se recomienda que para realizar imagen en la resonancia magnética IRM o tomografía axial computarizada (TAC), el juicio clínico debe predominar al establecer el diagnóstico y se apoyará de los estudios radiológicos para su sustento.



Introducción a la patología: Fascitis Necrosante

Clasificación y sus criterios

- Tipo I: infección polimicrobiana por bacterias aerobias y anaerobias, generalmente afecta a pacientes inmunocomprometidos y suele debutar en el tronco y en el abdomen.



Introducción a la patología: Fascitis Necrosante

- 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.



Fig. 1. Ingreso en el servicio.

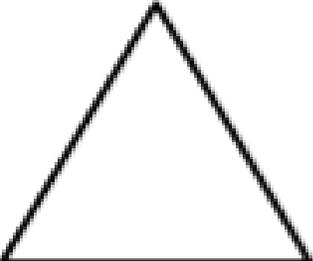
- Tipo III: causada por *Vibrio vulnificus*. Se asocia a las heridas provocadas por la manipulación de marisco crudo; y, aunque esta es la forma menos frecuente, está asociada a fallo multiorgánico en las primeras 24 h.



Historia natural
de "la
enfermedad
**Fascitis
Necrosante**



HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD: FACITIS NECROSANTE

Periodo prepatogenico	Periodo patogénico	
<p style="text-align: center;">AGENTE:</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>HUESPED MEDIO AMBIENTE</p> <p>AGENTE: Fascitis necrosante.</p> <p>HUESPED: Hombres y en 70% de los casos afecta las extremidades..</p> <p>MEDIO: Comúnmente causada por bacterias estreptocócicas.</p>	C L I N I C A	<p>MUERTE: Es una infección bacteriana rara que se propaga por el cuerpo rápidamente los tejidos blandos de las células de la piel de la capa celular subcutánea y hasta de los músculos y puede causar la muerte.</p> <p>SECUELAS: Puede causar, choque (shock) e insuficiencia orgánica.</p> <p>COMPLICACIONES: La infección de tejidos profundos puede provocar oclusión vascular (bloqueo de los vasos sanguíneos) e isquemia (restricción del suministro de sangre) Choque séptico o tóxico</p>
	S U B C L N I C	<p>SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS: Hinchazón, erupción de color púrpura, marcas grandes, de color violeta (se transforman en ampollas llenas de líquido oscuro y maloliente), decoloración, descamación y muerte del tejido (gangrena), dolor severo y fiebre.</p> <p>SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS: Dolor en el área, que</p>



**S
I
C
A**

SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS: Dolor en el área, que puede parecer excesivo dado el aspecto externo de la piel. Piel enrojecida, inflamada y caliente al tacto alrededor de la herida

PROMOSION A LA SALUD	PREVENCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
<ul style="list-style-type: none"> • Mejores condiciones higiénicas • Charlar educativas acerca de este tipo de bacterias e infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpie todas las lesiones abiertas y cortes menores para evitar su aparición. • Lávese las manos con agua y jabón. • Vaya a un médico si tiene heridas punzantes 	<p>Cuando la fascitis necrosante se detecta a tiempo, el pronóstico mejora.</p> <p>Se emplea la antibioterapia de amplio espectro, control del estado hemodinámico del paciente.</p>	<p>Se emplean antibióticos y cirugía para el tratamiento de la fascitis necrosante, así como soporte vital si hay shock.</p>	<p>Tratamiento continuo, acudir al médico antes de presentarse complicaciones, de ser necesario; se requiere hospitalización.</p>	<p>El tratamiento de la fascitis necrosante se debe realizar en el hospital y ya su tratamiento y rehabilitación depende del área afectada.</p>

PREVENCION PRIMARIA

PREVENCION SECUNDARIA

PREVENCION TERCARIA

Presentación del caso clínico

Presentación del caso: Breve resumen de quien es el paciente, donde se recibió y como se recibió en ese servicio, los datos de mas interés antes del inicio de su tratamiento

Se presenta masculino de 35 años que acude al servicio de urgencias de el Hospital general maría Ignacia gandulfo de la ciudad de Comitán de Domínguez Chiapas, con antecedentes de tuberculosis pulmonar izquierda tratada hace 10 años, con síntomas agudos ,como disnea severa, tos con esputo mucopurulento con inicio de unos 10 días, en medio de astenia física y mental instalada desde hace varios meses.

se realizó una pleurotomía izquierda mínima, Posteriormente, a pesar del drenaje del tubo de 32 CH, se encontraron grandes pérdidas purulentas de aire y fluidos tanto a nivel del drenaje sellado bajo el agua como peristomal.



Estas grandes pérdidas periorificiales se asociaron a una contaminación parietal local masiva con rápida extensión de los fenómenos necrótico-supurativos, hasta el nivel abdominal, respectivamente, del flanco izquierdo



Presentación del caso clínico

Antecedentes:

APNP:

Habita en casa propia. Cuenta con todos los servicios de urbanización sonosis - ,Refiere cartilla de vacunación completa para edad y género. Niega toxicomanías. Hábitos higiénico-dietéticos interrogados sin encontrarse alteraciones

APP: Padre vivo 70 años de edad con diabetes mellitus tipo II hace 20 años tratado con metformina-glibenclamida.

Madre viva 72 años de edad padece hipertensión arterial hace 10 años tratada con losartan-hidroclorotiazida

Alergia a medicamentos negado , antecedentes personales de obesidad y diabetes mellitus tipo II hace 5 años.

AGO: (si corresponden al sexo)

No aplica

Tratamientos Previos

glibenclamida, 10 mg cada 8 horas. (diabetes mellitus tipo II



Presentación del caso clínico

Datos clínicos al ingreso del caso

Sintomatología

Llega al servicio de urgencias por presentar: cambio de color de la piel , enrojecimiento, ampolla o sensación de crepitación debajo de la piel, Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$

Exploración

Fc:100 Lxm Fr:20x1 Temp: 39 c" TA:85/50 spo2: 98

Paciente masculino con ligera palidez de tegumentos, pupilas isocóricas reflexivas, narinas permeables, cavidad oral con ligera deshidratación, cuello cilíndrico conforme a edad y sexo, ritmo cardíaco elevado, campos pulmonares hipoventilados, abdomen blando, llenado capilar normal, extremidades inferiores y superiores íntegras y funcionales.

Laboratoriales

Sin laboratoriales previos

Estudios de laboratorio y gabinete



Imágenes de los estudios (ejemplo Rx y laboratorio)

Estudios de laboratorio útiles como indicadores de riesgo para FN.

Se recomienda efectuar determinaciones seriadas de citología hemática, cuenta leucocitos, PCR, Sodio, Creatinina y Glucosa, para establecer un índice de riesgo basado en resultados de laboratorio. Se establecen 3 niveles de riesgo:

CALIFICACIÓN DE INDICADORES DE RIESGO PARA FASCITIS NECROSANTE BASADO EN ESTUDIOS DE LABORATORIO				
Variable	Unidades	β	Score	Escala de Calificación
Proteína reactiva (mg/dL)	< 150	0	0	Riesgo bajo: ≤ 5 puntos
	≥ 150	3.5	4	
Leucocitos totales (células/mm ³)	< 15,000	0	0	Riesgo moderado: 6-7 puntos
	de 15,000 a 25,000	0.5	1	
	> 25,000	2.1	2	
Hemoglobina (gr/dL)	> 13.5	0	0	Riesgo alto: ≥ 8 puntos
	11-13.5	0.6	1	
	< 11	1.8	2	
Sodio (mmol/L)	≥ 135	0	0	
	< 135	1.8	2	
Creatinina (μ mol/L)	≤ 141	0	0	
	> 141	1.8	2	
Glucosa (mmol/L)	≤ 10	0	0	
	> 10	1.2	1	



Presentación del caso clínico

Diagnósticos

Dx 1: Miositis estreptocócica anaerobia

Miositis estreptocócica anaerobia: Corresponde a Infección de tejidos profundos por estreptococos anaerobios. Es similar a fasciitis necrotizante pero más larvado y generalmente asociado a trauma o cirugía.

Dx 2

Justificación

Dx 3

Justificación

Diagnósticos descartados: (si existen)

Justificación.



Presentación del caso clínico

Tratamientos

Dx 1:

Tx: Drenaje y desbridamiento

Penicilina con clindamicina

Cuando se identifican signos clínicos de infección por clostridios (p. ej., gas, mionecrosis), la intervención rápida y intensiva resulta crucial. El drenaje y el desbridamiento minuciosos son tan importantes como los antibióticos y ambos deben instituirse de inmediato.

Se deben administrar 3 a 4 millones de unidades IV de penicilina G cada 4 a 6 horas y 600 a 900 mg de clindamicina IV cada 6 a 8 horas (que inhiben la producción de la toxina) de inmediato en presencia de celulitis grave y mionecrosis. La clindamicina sola es inadecuada. Si se detectan o se sospechan microorganismos gramnegativos, debe agregarse un antibiótico de amplio espectro (p. ej., ticarcilina con clavulanato, ampicilina con sulbactam, piperacilina con tazobactam, un carbapenémico) a la clindamicina. Si los pacientes alérgicos a la penicilina tienen una infección por clostridios potencialmente letal, se puede usar clindamicina con 500 mg de metronidazol IV cada 6 horas; si hay otros organismos presentes, se debe agregar un antibiótico de amplio espectro no betalactámico como la fluoroquinolona, junto con vancomicina para *Staphylococcus aureus*.

Dx 2



Tratamientos

Dx 2: fascitis necrosante

Tratamiento antimicrobiano por enfermedad	Dosis		Comentarios
	Adulto	Niños	
IPTB SAMS* Nafcilina u oxacilina	1-2 g c/4 h IV	100-150 mg/kg/día dividida en 4 dosis	Fármaco parenteral de elección; inactivo contra SAMR
Cefazolina	1 g c/8 h IV	50 mg/kg/día dividida en 3 dosis	Para paciente alérgicos a penicilina, excepto en aquellos con reacciones de hipersensibilidad inmediata
Clindamicina	600 mg c/6-8 h IV o 300-450 mg 3 veces al día VO	25-40 mg/kg/día dividida en 3 dosis IV o 10-20 mg/kg/día dividida en 3 dosis VO	Bacteriostático; resistencia cruzada potencial y emergencia de resistencia en cepas eritromicina resistentes; resistencia inducible en SAMR
Dicloxacilina	500 mg 4 veces al día VO	25 mg/kg/día dividida en 4 dosis VO	Agente oral de elección para cepas meticilino sensibles

Tratamiento Quirúrgico

- Para realizar la evaluación preoperatoria se requieren estudios completos, la valoración preanestésica, y la determinación del riesgo quirúrgico.
- No se recomienda retardar el tratamiento quirúrgico en pacientes con sospecha de FN, el cual debe ser agresivo y basado en la gravedad del paciente.
- Los pacientes con infección de tejidos blandos con tratamiento antimicrobiano, datos de toxicidad sistémica, necrosis y/o gas son candidatos a manejo quirúrgico de urgencia.
- Los pacientes con FN deben ser explorados en quirófano 24 horas después de la primera intervención y ser revisados diariamente para evaluar la necesidad de nuevas desbridaciones.
- Se recomienda que la pieza quirúrgica tomada para biopsia incluya piel, tejido subcutáneo, fascia profunda y músculo que sean viables todas las estructuras macroscópicamente comprometidas. Se recomienda la realización de desbridamiento digital "Test finger" con la finalidad de delimitar el tejido dañado.
- Deben aplicarse apósitos no adherentes del tipo de gasas con petrolato o gasas humedecidas con solución salina.
- El cierre temprano de la herida directamente o con injerto previene la contaminación nosocomial.
- La colostomía no se recomienda de rutina en todos los pacientes con fascitis perineal.
- Puede utilizarse el manejo con terapia hiperbárica únicamente como coadyuvante si se cuenta con el recurso.
- No se recomienda el uso de yodopovidona, soluciones hiperoxigenadas o soluciones que contengan antibióticos y las desbridaciones profundas deberán llevarse a cabo en quirófano.





Vigilancia y Seguimiento

La implementación de programas específicos para mejorar la atención y reducir el riesgo de muerte por sepsis grave y choque séptico debe incluir:

- 1) Aprender sobre sepsis y mejorar la calidad de la atención
- 2) Establecer un mecanismo de medición y vigilancia de estos pacientes para hacer un análisis integral y evaluar las medidas implementadas
- 3) Actualizar en forma periódica el protocolo de manejo establecido en la Unidad a satisfacción completa del equipo de manejo con base en las recomendaciones actualizadas.
- 4) Analizar y evaluar mensualmente los éxitos y fracasos, para rediseñar el proceso y reevaluar en forma simultánea.

Evolución del caso clínico (ejemplo 1: Narración de la evolución del caso en el tiempo)

- › El examen de esputo indicó la presencia de BAAR++, estableciendo el tratamiento específico. Se identificó *Streptococcus pyogenes* en las heridas y el líquido pleural y se instituyó un tratamiento antibiótico adecuado.
- › Después de 48 h, el paciente mostró mejoría con disminución y detención de la evolución de los fenómenos supurativos necróticos agudos a nivel parietal. Se introdujo lavado intrapleural y se continuó con desbridamiento diario y apósitos con granulación significativa



Evolución del caso clínico (ejemplo 2: Narración de la evolución del caso según su evolución)

- › La subfebrilidad se registró durante varios días, controlándose con relativa facilidad con los antipiréticos habituales. Los tratamientos antituberculosos y antibióticos se continuaron cuidadosamente. Las muestras confirmaron la presencia de *Pseudomonas aeruginosa* y una contaminación nosocomial con *Staphylococcus* resistente a meticilina, que requirió la adaptación de la terapia antibiótica.
- › A los 21 días de postoperatorio se realizó neumonectomía izquierda, con abundante lavado intraoperatorio con suero betadina.





- › Además, se realizó la escisión del tracto fistuloso pleurocutáneo con sutura y se colocó un drenaje-lavado tipo Clagett (lavado del circuito de drenaje con entrada apical y tubo de recuperación posterobasal) con 1.000 ml de suero betadine diariamente durante 4 días postoperatorio. La evolución fue favorable, siendo el paciente estrechamente monitorizado clínica y radiológicamente durante un año.

Pronostico del caso clínico

Solo en caso de no haber una defunción se establece un pronostico que se divide en:

1. Pronostico para la vida
2. Pronostico para la función

Despues de la intervencion Qx paciente fue monotorizado durante 1 año y la lesión curo pero fue indispensable un buen manejo antimicrobiano y debida curación de la herida.



Conclusiones del caso clínico

la fascitis necrotizante es una enfermedad rara pero potencialmente letal que puede afectar cualquier parte del organismo. Se debe tener alto grado de sospecha debido a la ausencia de las manifestaciones cutáneas específicas. Los antecedentes y el cuadro clínico son los elementos claves para el diagnóstico. La cirugía inmediata agresiva es obligatoria. A pesar de todas las medidas, la mortalidad se mantiene muy elevada.





Bibliografía

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000200002

Chen LL, Faselka B, Treacy C. Fascitis necrotizante: Una revisión exhaustiva. Enfermería. 2020 Septiembre;50(9):34-40. doi: 10.1097/01.NURSE.0000694752.85118.62. PMID: 32826674; PMCID: PMC8828282.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/074GER.pdf>