

FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIO A INYECCION INTRAMUSCULAR: INFORME DE CASO

Brayan Francisco Quispe Ata ^{1,2} Rivaldo Osmar Sanchez Fernandez ^{1,2}

1: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

2: Escuela Profesional de Medicina Humana

RESUMEN

INTRODUCCION: la fascitis necrotizante secundaria a inyección intramuscular es una infección grave que afecta a la fascia y tejido circundante, es de diagnóstico complejo, se han descrito múltiples factores de riesgo, la asociación con administración con antiinflamatorios no esteroideos es controvertida. Se presenta un caso con el diagnóstico de fascitis necrotizante y absceso glúteo derecho en una paciente de 38 años secundario a una inyección intramuscular de analgésicos y antiinflamatorios que tomaba por un quiste folicular ovárico no diagnosticado.

PRESENTACION DEL CASO: una mujer de 38 años con dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha que fue tratada con antiinflamatorios no esteroideos, presentando posteriormente flogosis en región glútea derecha que evoluciona a tumefacción y termino en una solución de continuidad. Fue tratada con antibióticos tales como ceftriaxona, claritromicina, vancomicina y meropenem, luego se dreno el absceso donde se encuentra 300 cc de secreción purulenta.

CONCLUSIONES: la fascitis necrotizante en la región glútea no es una ubicación habitual, el uso de múltiples inyecciones intramusculares pueden servir de puerta de entrada a organismos, se concluye que es importante no exagerar al momento de utilizar la vía intramuscular, en especial en la utilización de AINEs.

Palabras clave: informe de caso; fascitis; gangrena; absceso; inyecciones intramusculares

ABSTRACT

INTRODUCTION: necrotizing fasciitis secondary to intramuscular injection is a serious infection that affects the fascia and surrounding tissue, it is complexly diagnosed, multiple risk factors have been described, the association with administration with non-steroidal anti-inflammatory drugs is controversial. A case is presented with the diagnosis of necrotizing

fasciitis and right gluteal abscess in a 38-year-old patient secondary to an intramuscular injection of analgesics and anti-inflammatory drugs that she took for an undiagnosed ovarian follicular cyst.

CASE PRESENTATION: a 38-year-old woman with colic pain in the right iliac fossa who was treated with non-steroidal anti-inflammatory drugs, subsequently presenting phlogosis in the right gluteal region that evolved to swelling and ended in a continuity solution. She was treated with antibiotics such as ceftriaxone, clarithromycin, vancomycin, and meropenem, then the abscess was drained where 300 cc of purulent discharge is found.

CONCLUSIONS: necrotizing fasciitis in the gluteal region is not a usual location, the use of multiple intramuscular injections can serve as a gateway to organisms, it is concluded that it is important not to exaggerate when using the intramuscular route, especially in the use of NSAIDs.

Keywords: case report; fasciitis, necrotizing; gangrene; abscess; injections; intramuscular

INTRODUCCION

La fascitis necrotizante es una infección de partes blandas potencialmente mortal caracterizada por una infección de rápida propagación del tejido subcutáneo y en particular de la fascia. El manejo de los tejidos infectados requiere un diagnóstico rápido, manejo quirúrgico agresivo inmediato y un desbridamiento prolongado. ⁽¹⁾

Su etiología es generalmente polimicrobiana. El *Streptococcus pyogenes* es el germen más frecuente. Las toxinas bacterianas, mediante su actividad citopática y protrombótica, son las responsables de la necrosis tisular. Su curso clínico no es uniforme, los médicos

solo logran hacer un diagnóstico inicial correcto del 15 % al 30 % de los casos. ⁽²⁾

Se clasifica desde el punto de vista microbiológico en dos tipos:

La fascitis necrotizante tipo I, enfermedad polimicrobiana, que se presenta en pacientes con factores de riesgo como edad avanzada, inmunodepresión, diabetes, enfermedad renal crónica, mixedema, alcoholismo o cirrosis; ocurre en el sitio de un desgarro o de una herida quirúrgica, entre otros.

La fascitis necrotizante tipo II, causada por el *Estreptococo B hemolítico* del grupo A.

Se presenta en pacientes sin factores de riesgo y de cualquier edad. ⁽³⁾

Las manifestaciones clínicas pueden diferenciarse en cutáneas y sistémicas. A nivel cutáneo la expresividad será tanto más rápida y mayor cuanto más superficial sea el lugar de la infección, de modo que el diagnóstico en extremidades suele ser más evidente que en tronco o pelvis, que suelen presentar mayor repercusión sistémica. Aunque la crepitación subcutánea y la anestesia cutánea son signos específicos de la fascitis necrosante, son manifestaciones tardías y no siempre presentes. El paciente suele presentar una importante toxicidad sistémica con fiebre elevada y marcado deterioro del estado general, cortejo vegetativo, inestabilidad hemodinámica con hipotensión y taquicardia, y síntomas de disfunción neurológica como agitación y desorientación. ⁽¹⁾ El diagnóstico es eminentemente clínico inicialmente, con apoyo de estudios microbiológicos e imagenológicos. El tratamiento de elección es el quirúrgico con desbridamiento amplio de la zona lesionada, asociado al uso de antimicrobianos. ⁽⁴⁾ Aquí se describe un caso con el diagnóstico de fascitis necrotizante y absceso glúteo derecho en una paciente de 38 años secundario a una inyección intramuscular de analgésicos y

antiinflamatorios que tomaba por un quiste folicular ovárico no diagnosticado.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 38 procedente de Santiago, provincia Cusco con antecedente dolor tipo cólico recurrente en fosa iliaca derecha de intensidad 8/10. Ella visita el Hospital de la solidaridad donde le recetan levofloxacino 750mg por 7 días, naproxeno 550mg y diclofenaco 75mg IM por tres días. Al día siguiente al no presentar mejora acude al Hospital Antonio Lorena donde le añaden salmeterol / Fluticasona.

Tres días después, al no encontrar alivio del dolor acude nuevamente al Hospital de la Solidaridad por síntomas similares a los presentados anteriormente, y le añaden deflazacort 8mg y Megacilina IM.

Una semana después de su segunda visita al hospital, al presentar signos de flogosis en región glútea derecha acude a la clínica Mac Salud, donde le diagnostican, derrame pleural y le indican que acuda al hospital Regional del Cusco para su hospitalización.

Al examen físico se observa:

- Murmullo vesicular disminuido en tercio inferior derecho, no ruidos sobregregados.
- En su primera visita médica en hospitalización presenta región glútea derecha eritematosa, con tumefacción, calor local y mucho dolor.
- Once días después presenta región glútea derecha presenta solución de continuidad que afecta planos musculares profundos, tejido celular subcutáneo y fascia superficial y profunda.

Exámenes auxiliares

- Hemograma Completo:
 - Leucocitos: 15 490/uL
- Bioquímica completa
 - Valores normales

Tratamiento

Una vez hospitalizada se inicia el tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2g EV cada 24 horas y claritromicina 500mg VO cada 12 horas. Cuatro días después al no haber mejoría con el tratamiento inicial se cambia por Vancomicina 1g EV cada 12 horas y Meropenem 2g EV cada 12 horas. Luego de una semana se drena el absceso en región glútea, donde se retiran 300cc de secreción purulenta (Fig. 1)



Figura 1: Se observa solución de continuidad en región glútea derecha, después de drenar el absceso, el compromiso es profundo afectando fascia superficial, profunda, tejido celular subcutáneo y músculo.

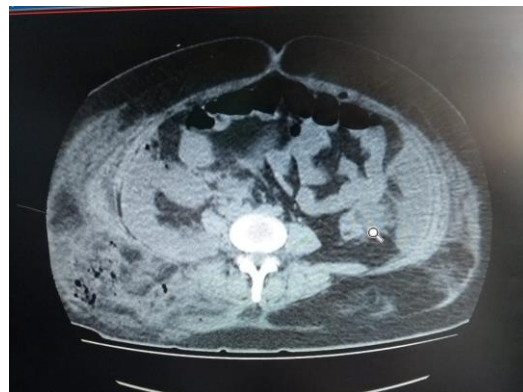


Figura 2: Corte axial a nivel de la región lumbar se identifica la presencia de gas en regiones blandas.

DISCUSION

La fascitis necrotizante es un severo y agudo problema de salud, que puede provocar daño sistémico importante y ocasionar la muerte.

En la paciente presentada en el caso clínico, presento fascitis necrotizante tipo 1 en la región glútea derecha, no es una

ubicación frecuente ⁽⁵⁾ y no presentaba factores de riesgo para desarrollar fascitis necrotizante, sin embargo, a causa de las múltiples inyecciones intramusculares de glucocorticoides y AINEs, sirvieron de puerta de entrada a los microorganismos causantes de esta enfermedad.

La evolución natural de esta enfermedad, incluso con tratamiento, es agresiva, presenta una prolongada estadía hospitalaria y una alta mortalidad.

En el manejo y tratamiento de estos pacientes son fundamentales el diagnóstico precoz, la cirugía agresiva (cura bajo anestesia, con debridación extensa hasta exponer tejido sano), antibioticoterapia de cobertura polimicrobiana, manejo en terapia intensiva, y la participación de un equipo multidisciplinario ⁽¹⁾.

Otras investigaciones revisadas demuestran la efectividad del ozono sobre los procesos sépticos agudos y sepsis de la herida ⁽⁶⁾. Se podría considerar su uso en este paciente.

CONCLUSIONES

La fascitis necrosante es una enfermedad infecciosa poco frecuente, aun mas cuando es secundaria a inyección intramuscular, pero su mortalidad es alta si es que no se diagnostica a tiempo, esto

dificulta aún más porque su diagnóstico en una etapa inicial es difícil. El tratamiento debe ser rápido y agresivo con una intervención quirúrgica, antibióticos y cuidados intensivos.

RECOMENDACIONES

Es importante diagnosticar y tratar con precisión para que no ocurran estos casos, la paciente debió ser diagnosticada de quiste ovárico folicular y no recibir diferentes diagnósticos y múltiples tratamientos en diferentes hospitales, que termino en una fascitis necrotizante. Es importante evitar abusar de el uso de tratamiento intramuscular y tener en cuenta la frecuencia con la que se uso en una misma zona.

REFERENCIAS

1. Leiblein M, Marzi I, Sander, AL. et al. Necrotizing fasciitis: treatment concepts and clinical results. Eur J Trauma Emerg Surg 44. 2018; 279–290. [citado 04 de junio de 2020]. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28484782/>
2. Ferrer Y, Yanett L, Trofimova M. Fascitis necrosante. Actualización del tema. Medisur [Internet].

2018; 16(6): 920-929. [citado 04 de junio de 2020]. Recuperado a partir de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000600015&lng=es

3. Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 6° edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA. 2015. p 389 - 390
4. Alvarado A, Bósquez A. Fascitis Necrotizante. Rev Méd Cient [Internet]. 2012; 25(2):24-25. [citado 04 de junio 2020] Recuperado a partir de:
http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/347/pdf_41
5. Prior J, Piotrowsky E, Seltzer C, Gracios V. Early diagnosis of retroperitoneal necrotizing fasciitis. Crit Care Med. 2001; 29: 1071-3. [citado 04 de junio de 2020]. Recopilado a partir de:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11378623/>
6. Menéndez S. Propiedades terapéuticas del ozono. Rev Cubana Farmacia. 2002;36(2):189-91