

Tratamiento Quirúrgico de Fascitis Necrotizante Facial con Injerto de Piel a Propósito de un Caso

Surgical Treatment of Facial Necrotizing Fasciitis with Skin Grafting: A case Report

Mónica Astudillo-Ramírez¹; Alfio Secchi-Álvarez¹; Benjamín Puente-Martínez¹ & Cristian Matamoros-Rojo²

ASTUDILLO-RAMÍREZ, M.; SECCHI-ÁLVAREZ, A.; PUENTE-MARTÍNEZ, B. & MATAMOROS-ROJO, C. Tratamiento quirúrgico de fascitis necrotizante facial con injerto de piel a propósito de un caso. *Int. J. Odontostomat.*, 19(2):99-102, 2025.

RESUMEN: La fascitis necrotizante (FN) es una infección de la piel, poco frecuente, pero potencialmente letal, categorizada como la infección más grave de partes blandas debido a la rápida destrucción tisular. La presentación cervicofacial es excepcionalmente rara. Se presenta el caso de un paciente de 69 años con antecedentes mórbidos de diabetes mellitus no controlada, hipertensión arterial, artrosis y consumo crónico de alcohol, quien ingresó al Servicio de urgencias del Hospital Dr. Franco Ravera Zunino en condición de Síndrome Inflamatorio de Respuesta Sistémica por herida cutánea palpebral inferior derecha de días de evolución, con diagnóstico de fascitis necrotizante facial, comprometiendo región palpebral y geniana derecha. El tratamiento consistió en desbridamiento exhaustivo bajo anestesia general, terapia antibiótica de amplio espectro y finalmente reconstrucción con rotación de colgajo cervicofacial e injerto epidérmico.

PALABRAS CLAVE: injerto facial, fascitis necrotizante, necrosis facial.

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante se caracteriza por ser una infección rara que compromete la piel, el tejido celular subcutáneo y el músculo. Su diagnóstico definitivo se establece mediante biopsia, siendo su etiología generalmente polimicrobiana, existen diferentes clasificaciones para diferenciarlas; polimicrobiana o tipo I y monomicrobiana o tipo II (Martínez *et al.*, 2016; Ahmadzada *et al.*, 2022). Su curso clínico no es uniforme, depende de las comorbilidades de cada paciente, su inmunosupresión y virulencia, lo que determina la dificultad en torno a su tratamiento. Además, existen manifestaciones clínicas cutáneas y sistémicas que pueden retardar o condicionar el tratamiento, siempre priorizando las funciones más importantes de cada paciente, como; función renal, hepática, alteraciones en la coagulación, entre otros.

El tratamiento invasivo de esta patología consta de tres pilares fundamentales: desbridamiento de tejido necrótico con aseo local exhaustivo, tratamiento

antibiótico y medidas de soporte hemodinámico (Martínez *et al.*, 2016; Ahmadzada *et al.*, 2022; Negi & Amit, 2020; Perteau *et al.*, 2023). Por otro lado, en la fascitis necrotizante facial existen varios parámetros como extensión del defecto, compromiso de estructuras nobles y el tipo de cicatrización a favor de la estética y aspecto psicológico del paciente por lo que se determina dependiendo del caso la aplicación de injerto facial idóneo con el fin de lograr el cierre local completo. El tratamiento de esta patología en general es difícil debido a su compleja anatomía regional y sus fuentes comunes de infección: origen odontogénico, sinusal, peritonsilar o de glándulas salivales y a menudo polimicrobiano por lo que es necesario muchas veces repetir el desbridamiento (Ahmadzada *et al.*, 2022).

Reporte de caso

Hombre de 69 años, acude al Servicio de urgencias del Hospital Dr. Franco Ravera Zunino con

¹ Residente Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile.

² Staff de Equipo de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile.

antecedentes mórbidos de diabetes mellitus tipo II no controlada, hipertensión arterial, artrosis, consumo crónico de alcohol, no refiere alergias. Ingresa en condición de Síndrome Inflamatorio de Respuesta Sistémica (SIRS) por herida cutánea palpebral inferior derecha. En el examen físico general destaca compromiso cuali-cuantitativo de consciencia con somnolencia leve y confusión; hemodinámicamente estable, febril. En lo segmentario se observó herida contusa cortante en región palpebral inferior derecha, de 3 cm de extensión, bordes evertidos esfacelados con necrosis parcial y exudado de aspecto seropurulento; se acompañaba de aumento de volumen periorbitario y geniano derecho difuso. Al examen ocular destacó quemosis conjuntival derecha; mantenía agudeza visual conservada, reflejo fotomotor y consensuado sin alteraciones y motilidad ocular sin restricciones.

Dado contexto se hospitalizó en Unidad de paciente crítico donde se realizó tomografía axial computarizada (TAC) que evidenció imágenes compatibles con extensos cambios inflamatorios periorbitarios preseptales, faciales y de la región cigomática ipsilateral con líquido laminar y realce estriado con contraste sin colecciones organizadas compatible con fascitis necrotizante.

Los exámenes de laboratorio evidenciaron parámetros inflamatorios elevados. En pabellón de cirugía menor, bajo anestesia infiltrativa local se realizó toma de muestra en dos sitios de la región afectada, enviados a biopsia rápida para estudio de eventual mucormicosis y segunda muestra enviada a cultivo

diferido; siendo positiva para *S. aureus*, *S. lugdunensis* y *S. epidermidis*. La antibioterapia se inició con Cloxacilina, 2 g cada 6 h más Ampicilina/sulbactam, 3 g cada 6 h endovenoso. De manera diferida se realizó en pabellón central aseo quirúrgico, debridación, nuevo cultivo con resultado positivo para *Candida albicans* y *Klebsiella pneumoniae* betalactamasa extendida por lo que se modificó el tratamiento antibiótico bajo indicación de equipo de infectología a Ertapenem 1 g/día más Cotrimoxazol Forte, 2 comprimidos cada 12 horas, vía oral por 14 días.

Se realizaron tres intervenciones quirúrgicas bajo anestesia general para debridación de tejido necrótico con un equipo multidisciplinario que involucró a Cirujanos del Servicio de Cirugía Cabeza y Cuello y Cirugía Bucal y Maxilofacial. Se decidió la reconstrucción facial mediante un colgajo tipo Mustardé con rotación hacia anterior, y un injerto epidérmico de la zona anterolateral de muslo. El lecho receptor había formado fibrina de cicatrización en toda su extensión, sin signos de edema o infección. Se realizó un injerto libre epidérmico de espesor parcial (0,15 mm) elegido de la parte superior del muslo derecho (Fig. 1); éste debe ser siempre 10 ó 20 % más grande que el defecto. Posteriormente se introdujo el injerto en varios segmentos, evitando la torsión y tensión extrema. No se utilizaron suturas de nylon, sino afrontamiento con grapas para evitar cualquier tipo de infección de la herida, esto permitió un sitio más limpio, con continuas formaciones costrosas, las cuales eran retiradas por el equipo de enfermería, así como la realización de curaciones avanzadas cada 96 horas.



Fig. 1. Se evidencia defecto geniano con tejido de granulación. Reconstrucción facial final con rotación de injerto regional e injerto epidérmico de muslo.

DISCUSIÓN

La fascitis necrotizante facial es rara debido a la excelente irrigación sanguínea en esta zona, siendo el área periorbitaria la de mayor frecuencia, seguida de la región cervical, párpados y área submandibular; y en menor frecuencia, zona temporal, mejillas, área submentoniana, cigomática, mandibular, labios y frente (Perteau *et al.*, 2023). La infección en la zona periorbitaria requiere un cuidado exhaustivo debido a que puede extenderse rápidamente a la órbita posterior y al área cervicofacial hasta provocar ceguera y muerte si no se trata (Yazıcı *et al.*, 2021).

Las manifestaciones clínicas iniciales en la FN no son claras, siendo los más frecuentes el aumento de volumen, dolor difuso severo y crepitaciones; y como síntomas clínicos infrecuentes: fiebre, eritema, secreción purulenta y disfagia (Martínez *et al.*, 2016; Demirdover *et al.*, 2019; Perteau *et al.*, 2023). Otro síntoma a considerar es la proptosis y quemosis conjuntival (Landeem *et al.*, 2020), esta última presente en nuestro reporte. En nuestro caso clínico el paciente relató un inicio insidioso posterior a una herida contusa causada por terceros; no olvidar que esta enfermedad ocurre comúnmente en pacientes con diabetes mellitus, alcoholismo, desnutrición, sida y lupus sistémico que condicionan su aparición (Amrith *et al.*, 2013; Landeem *et al.*, 2020).

Los principios para la elección del sitio dador para un injerto facial dependen de varios factores: ubicación, edad, sexo y factores sistémicos del paciente (desnutrición, terapia con esteroides y diabetes mellitus) afectan el grosor de la dermis. El injerto de espesor parcial tiene mejor tasa de éxito en general y tolera menos vascularidad. Como desventaja sufre una mayor contractura a largo plazo que un injerto de espesor total y un mal resultado cosmético en comparación con el injerto de espesor total (Broccoli *et al.*, 2020).

Finalmente creemos que el injerto epidérmico adquirido de la zona anterolateral de muslo fue una buena opción, contribuyó al cierre completo del defecto gracias a su extensión y grosor. Se recomienda la estabilización del paciente y posterior cuidado para la seguridad del injerto ya que pueden presentarse casos de delirium dependiendo de las condiciones de cada paciente.

CONCLUSIÓN

En pacientes inmunocomprometidos con inicios tortuosos de dolor con o sin origen odontogénico, aumento de volumen, fiebre, quemosis conjuntival, placas necróticas en formación y alteraciones en el hemograma como leucocitosis tener presente como diagnóstico temprano la FN, ésta al ser una patología rápidamente progresiva (destrucción de fascias de 2 a 3 cm/hora) su tratamiento es de vital importancia para el paciente, pues condiciona no solo su estética y funcionalidad, sino también su vida. En cuanto al tratamiento final la viabilidad y funcionalidad del injerto es más importante que la coloración y estética lo cual puede mejorar una vez recuperado el paciente.

ASTUDILLO-RAMÍREZ, M.; SECCHI-ÁLVAREZ, A.; PUENTE-MARTÍNEZ, B. & MATAMOROS-ROJO, C. Surgical treatment of facial necrotizing fasciitis with skin grafting: A case report. *Int. J. Odontostomat.*, 19(2):99-102, 2025.

ABSTRACT: Necrotizing fasciitis (FN) is a rare but potentially lethal skin infection, categorized as the most severe soft tissue infection due to rapid tissue destruction. The cervicofacial presentation is exceptionally rare. We present the case of a 69-year-old patient with a morbid history of uncontrolled diabetes mellitus, arterial hypertension, arthrosis and chronic alcohol consumption, admitted in the Emergency Department of the Dr. Franco Ravera Zunino Hospital with Inflammatory Syndrome of Systemic Response by skin wound of the inferior right eyelid with several days of evolution and diagnosis of facial necrotizing fasciitis involving palpebral and right genian region. Treatment consisted of thorough debridement under general anesthesia, broad spectrum antibiotic therapy and finally reconstruction with cervicofacial flap rotation and epidermal graft.

KEY WORDS: facial graft, necrotizing fasciitis, facial necrosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadzada, S.; Rao, A. & Ghazavi, H. Necrotizing fasciitis of the face: current concepts in cause, diagnosis and management. *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 30(4):270-5, 2022.
- Amrith, S.; Hosdurga Pai, V. & Ling, W. W. Periorbital necrotizing fasciitis -- a review. *Acta Ophthalmol.*, 91(7):596-603, 2013.
- Broccoli, N.; Rehtin, M.; Krishnan, D. G. & Phero, J. A. Step-by-Step: Skin Grafting. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 78(10):e6-10, 2020.
- Demirdover, C.; Geyik, A. & Vayvada, H. Necrotising fasciitis or pyoderma gangrenosum: A fatal dilemma. *Int. Wound J.*, 16(6):1347-53, 2019.
- Landeem, K. C.; Mallory, P. W. & Cervenka, B. P. Bilateral ocular necrotizing fasciitis in an immunosuppressed patient on prescription eye drops. *Cureus*, 12(7):e9129, 2020.

Martínez, A. Y.; MacHenry, C. R. & Meneses R. L. Fascitis necrosante cervicofacial: una infección severa que refiere tratamiento quirúrgico temprano. *Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac.*, 38(1):23-8, 2016.

Negi, A. & Amit, K. Facial necrotizing fasciitis with periorbital involvement. *Indian J. Med. Res.*, 152(Suppl 1):S71-2, 2020.

Pertea, M.; Fotea, M. C.; Luca, S.; Moraru, D. C.; Filip, A.; Olinici-Temelie, D.; Lunca, S.; Carp, A. C.; Grosu, O. M.; Amarandei, A. & Veliceasa, B. 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.*, 13(11):1612, 2023.

Yazıcı, B.; Sabur, H. & Toka F. Periocular Necrotizing Fasciitis Causing Posterior Orbitopathy and Vision Loss: How to Manage? *Turk J. Ophthalmol.*, 51(3):181-3, 2021.

Dirección para correspondencia:

Mónica Astudillo Ramírez

Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial

Servicio de Cirugía

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

Rancagua

CHILE

E-mail: odmonica.astudillo@gmail.com