

Caso clínico

Fascitis necrotizante cervicofacial de origen odontogénico

Cervicofacial necrotizing fasciitis of odontogenic origin

Reynier Ramírez-Suarez^{1*}, Yanara Reyna Morales-Paz², René David Morales-Basulto³, Rachel Peña Reyes⁴

Afiliación Institucional:

¹Hospital Universitario Manuel Asuncione Domenech, Servicio de Cirugía Maxilofacial, Camagüey, Cuba.

0000-0002-3759-0249

²Hospital Universitario Manuel Asuncione Domenech, Servicio de Anestesiología y Reanimación, Camagüey, Cuba.

0009-0009-5429-4319

³Hospital General Martín Chang Puga. Servicio de Cirugía Maxilofacial, Camagüey, Cuba.

0000-0002-3525-628X

⁴Hospital Universitario Manuel Asuncione Domenech. Servicio de Cirugía Maxilofacial, Camagüey, Cuba.

0000-0002-1395-6007

Abreviaturas:

FN; fascitis necrotizante.

Número de figuras: 3.

Fuentes de financiación: No hubo fuentes de financiación.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Responsabilidades éticas: Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este estudio no se realizaron experimentos en seres humanos ni animales.

Declaración ética: El trabajo que se presenta fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario Manuel Asuncione Domenech. El paciente aprobó, en un consentimiento por escrito que los autores conservan, la publicación de las fotos de su rostro con fines académicos.

✉ reynieramirez93@gmail.com



Esta obra está bajo una licencia internacional: Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Resumen

La fascitis necrotizante es una infección poco común de la piel y los tejidos blandos, de rápida progresión y elevada mortalidad. Su presentación en la región cervicofacial es inusual y la causa más común son las infecciones odontógenas. Las enfermedades sistémicas que causan compromiso inmunológico se consideran factores de riesgo generales en la aparición de esta entidad. Se presenta un caso que muestra el curso natural de la enfermedad en un paciente masculino de 44 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica, que se recibió en urgencias por dificultad respiratoria asociada con edema y ruptura de piel en región cervicofacial de aspecto negro violáceo. En la anamnesis, el paciente y familiares informaron historia de dolor en molar inferior derecho en días previos. Los exámenes de laboratorio realizados como complemento al examen físico, además del deterioro del estado sistémico del paciente, apoyaron el diagnóstico presuntivo de fascitis necrotizante cervicofacial. El manejo quirúrgico se basó en mantener la vía aérea del paciente con traqueotomía y la exéresis del tejido necrótico. El tratamiento farmacológico, que en un inicio fue empírico, se mantuvo al confirmar por estudios de microbiología la sensibilidad de los microorganismos presentes en el proceso. El enfoque multidisciplinario y la conducta terapéutica asumida en el paciente permitieron la recuperación del mismo, de una enfermedad que mantiene un pronóstico desfavorable en personas con daño renal crónico.

Descriptor: fascitis necrotizante, infección focal dental, odontalgia, insuficiencia renal crónica.

Abstract

Necrotizing fasciitis is a rare, rapidly progressing infection of the skin and soft tissues with high mortality. Its presentation in the cervicofacial region is unusual, and the most common cause is odontogenic infections. Systemic diseases that cause immune compromise are considered general risk factors in the occurrence of this condition. A case is presented showing the natural course of the disease in a 44-year-old male patient with a history of chronic kidney failure, who arrived at the emergency consultation due to respiratory difficulty associated with edema and skin breakdown in the cervicofacial region with a purplish-black appearance. In the anamnesis, the patient and family reported a history of pain in the lower right molar in the previous days. The laboratory tests performed as a complement to the physical examination, along with the deterioration of the patient's systemic condition, supported the presumptive diagnosis of necrotizing cervicofacial fasciitis. The surgical management was based on maintaining the patient's

airway with tracheostomy and the excision of necrotic tissue. The pharmacological treatment, which was initially empirical, was maintained upon confirming through microbiological studies the sensitivity of the microorganisms present in the process. The multidisciplinary approach and the therapeutic conduct adopted for the patient allowed for his recovery from a disease that has an unfavorable prognosis in people with chronic kidney disease.

Keywords: necrotizing fasciitis, dental focal infection, toothache, chronic renal insufficiency.

Fecha de recibido: 03, marzo, 2025

Fecha de aceptado: 09, octubre, 2025

La fascitis necrotizante (FN) es una infección poco común que afecta la piel y los tejidos blandos, de rápida progresión y de difícil diagnóstico en estadio temprano. Se caracteriza por destrucción y necrosis de la fascia y la grasa.^{1,2} Es una enfermedad que cursa con un importante compromiso sistémico debido a la alta toxicidad y se asocia con una elevada mortalidad.¹

En la región de cabeza y cuello, la FN se relaciona en un mayor número de casos con la infección odontogénica, aunque no se descartan los procesos sépticos de las glándulas salivales, otogénicos y dermatológicos.³ Las enfermedades sistémicas que causan compromiso inmunológico se consideran factores de riesgo generales en la aparición de esta entidad.¹ El diagnóstico precoz y la conducta quirúrgica inmediata son acciones importantes para reducir la mortalidad de los pacientes con FN.⁴

A continuación, se presenta el caso de un paciente con una FN en región cervicofacial de causa odontogénica, el cual tiene como antecedente una enfermedad renal crónica; esta es una asociación comórbida relevante que puede comprometer la evolución de la enfermedad por las implicaciones somáticas de la disfunción renal.

Caso clínico

Paciente masculino de 44 años de edad, con antecedentes de insuficiencia renal crónica y en tratamiento con hemodiálisis, asiste a tres sesiones semanales. Es recibido en consulta de urgencias derivado del servicio de nefrología, por presentar dificultad respiratoria asociada a edema en la región facial derecha con zonas de color negro violáceo y lesiones nodulares con ruptura de la piel, la cual se encontraba hipertérmica y de consistencia dura. Este cuadro inflamatorio se extendía a la región cervical ipsilateral. Los signos vitales del paciente se encontraban alterados, con frecuencia respiratoria (FR): 27 respiraciones/minuto, frecuencia cardíaca (FC): 117 latidos/minuto; tensión arterial (TA): 130/100 mmHg y saturación de oxígeno 89%.

En el interrogatorio, el paciente y sus familiares refirieron antecedentes de odontalgia desde hace 7 días

en pieza molar de hemicara inferior derecha, previo a la aparición de la inflamación. Por esta dolencia acudió a los servicios de estomatología general donde le realizaron acceso cameral en la pieza dental afectada y le prescribieron amoxicilina; al cuarto día de comenzado el tratamiento presentó agudización del dolor que se irradiaba a toda la cara y el cuello y 48 horas después, de forma súbita, se instauró el proceso inflamatorio en la región cervicofacial, con la ruptura de la piel tras pocas horas (Figura 1).



Figura 1. Edema en región cervicofacial, de consistencia dura y color negro violáceo, con ruptura de la piel, por infección odontogénica que progresó a fascitis necrotizante en un paciente masculino de 44 años con enfermedad renal crónica.

Los exámenes de laboratorio reflejaron: recuento leucocitario: $16 \times 10^9/L$; proteína C reactiva: 12 mg/L; creatinina: 2,07 mg/dL; hemoglobina: 6 g/dL; sodio: 129 mmol/L y glucosa: 8,4 mmol/L.

Con un diagnóstico presuntivo de fascitis necrotizante, se decidió intervenir por urgencias para garantizar vía aérea mediante traqueotomía y realizar desbri-

damiento del tejido necrótico. Durante la intervención, se observó que la necrosis afectó los planos profundos, comprometiendo el lóbulo superficial de la glándula parótida, los músculos masetero y buccinador y la vena yugular interna, la presencia de exudado purulento en los planos cutáneos permitió tomar muestra para estudio. Se irrigó la zona con Iodopovidona y peróxido de

hidrógeno. Se pudo eliminar todo el tejido dañado y se colocó un apósito con nitrofurazona. Se realizó exéresis del resto radicular a nivel de pieza 46 por considerarse el foco séptico y no contar con posibilidades futuras de restauración. De igual forma se obtuvo material para estudio histológico que corroboró en las próximas horas el diagnóstico inicial (Figura 2).



Figura 2. Imagen transoperatoria que muestra la región cervicofacial una vez retirado todo el tejido necrótico, de un paciente masculino de 44 años con enfermedad renal crónica que presentó una fascitis necrotizante.

El paciente fue hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos y se decidió instaurar tratamiento parenteral con vancomicina (1g cada 5 días a completar 5 dosis) y meropenem (1g diario). A las 24 horas, bajo anestesia general nuevamente, se realizó la exploración de la zona intervenida donde se encontró exudado purulento y escasas zonas necróticas, se repitió el proceso de lavado y curación de la herida.

El tratamiento antimicrobiano inicial se mantuvo al confirmar el carácter polimicrobiano de la infección y la

sensibilidad a la terapéutica impuesta. Los exámenes de microbiología indicaron la presencia de una infección polimicrobiana con predominio de gérmenes anaerobios; fueron identificadas cepas de *Staphylococcus aureus*, estreptococos alfa-hemolíticos y *Prevotella oris e intermedia*. El caso también se mantuvo en seguimiento estricto por nefrología, y se continuaban realizando las sesiones de hemodiálisis.

Al octavo día, después de varias sesiones de lavado quirúrgico, se apreció un control local de la infección. En las primeras horas de ingreso del paciente no se realiza-

ron estudios por imágenes debido a su estado sistémico que contraindicaron el traslado hacia la otra unidad hospitalaria que dispone de un tomógrafo; sin embargo, una vez que se documentó claramente la mejoría del paciente, se descartó la necesidad del estudio radiológico ante el control local de la infección con signos clínicos de cicatrización. Finalmente, el paciente mostró buena evolución y fue egresado tras una estancia hospitalaria de 33 días.

En el control ambulatorio de la evolución a los 2 meses, se observó cicatrización de la zona intervenida y de la herida de la traqueotomía, por lo que no requirió otros procedimientos quirúrgicos (Figura 3).



Figura 3. Imagen tras 2 meses de evolución del paciente masculino de 44 años con enfermedad renal crónica que desarrolló una fascitis necrotizante, atendida con terapia antimicrobiana, 6 sesiones de lavados quirúrgicos y tratamiento con cremas cicatrizantes, se evidencia la cicatrización en la región cervicofacial y de la traqueotomía.

Discusión

La FN cervicofacial es un proceso agudo raro, de súbito desarrollo y alta gravedad, cuyo origen fundamental es una entidad séptica odontogénica y con una importante tasa de mortalidad asociada.^{5,6} La propagación de la infección en esta región aumenta el riesgo de asfixia por la continuidad de los espacios adyacentes y del retrofaringeo con el mediastino.⁷

En etapas incipientes la piel mantiene su aspecto normal, posteriormente transita desde el tono eritematoso al gris azulado. En el examen físico se observa aumento de volumen, de consistencia dura e hipertérmica. A partir del tercer y quinto día se observan ampollas y

gangrena cutánea; la trombosis de vasos sanguíneos y la necrosis de las terminaciones nerviosas de los tejidos subcutáneos disminuye la sensibilidad del paciente en la zona afectada.¹ La progresión de la enfermedad se caracteriza por síntomas sistémicos como fiebre, taquicardia y sepsis.^{1,3}

Un estudio de Iwata et al., plantea que en estadios clínicos incipientes los marcadores inflamatorios en la FN cervicofacial son significativamente más altos que la FN de otras partes del cuerpo. Esto puede estar asociado al fino grosor de la fascia cervical superficial, permitiendo al paciente una mayor conciencia de sus síntomas, elemento que favorece el diagnóstico de la enfermedad en una etapa más temprana.⁷

Por otra parte, las características radiológicas de la FN son similares a las observadas en la celulitis facial, sin embargo, la extensión a estructuras profundas es mayor. La actividad de microorganismos anaerobios se traduce en la imagen con la presencia de gas, hallazgo que aunque específico no se observa en todos los casos; por tanto, su ausencia no descarta el diagnóstico cuando la sospecha clínica es alta.⁸

Los exámenes de microbiología indican la presencia de cocos Gram positivos, en específico las cepas de *Staphylococcus aureus* y *Streptococci* como responsables de un importante número de estas infecciones de origen único. En las infecciones polimicrobianas se observan especies gramnegativas y anaeróbicas.¹ Böttger et al., reportaron infección polimicrobiana en cuatro pacientes con FN cervicofacial. Las bacterias aerobias y anaerobias propias de la microbiota oral, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum* y estreptococos alfa-hemolíticos predominaron en los pacientes del estudio.⁵

La exploración quirúrgica es una forma efectiva de establecer el diagnóstico de infección necrotizante.⁹ Además, el tratamiento quirúrgico se impone como un factor decisivo en la supervivencia y no debe retrasarse la intervención oportuna; por ejemplo, como en este caso, no se justifica un atraso por no disponer del diagnóstico por imágenes.^{4,9} En este sentido, Chou et al., presentaron un caso de FN facial en un paciente con antecedentes desconocidos de Diabetes Mellitus, en el cual incluso llegaron a aplicar tiempos de cirugía más cortos, con lo que se maximizó el beneficio al evitar una pérdida masiva de sangre.¹⁰

No obstante, los autores del presente trabajo coinciden con Böttger et al., quienes concluyen en su estudio que el tratamiento quirúrgico radical asociado con la administración de antimicrobianos de amplio espectro es la base en la conducta terapéutica de los pacientes con FN, hasta que se obtengan los resultados de la tinción de Gram, el cultivo y la sensibilidad de los tejidos blandos.⁵

Según la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, la vancomicina o la linezolidina asociada con piperacilina-tazobactam, un carbapenémico, o con la combinación ceftriaxona-metronidazol son intervenciones con agentes antibacterianos a considerar para el tratamiento empírico de la FN. La clindamicina también debe incluirse en la terapia debido a su efecto sobre las toxinas liberadas por ciertos organismos, incluidos *S. aureus*. Se ha recomendado la penicilina más clindamicina para tratar las infecciones necrotizantes por estreptococo del grupo A.¹¹

Finalmente, con la experiencia de este caso se puede concluir que el manejo quirúrgico inmediato y la instalación de un adecuado tratamiento farmacológico permitieron la recuperación del paciente con un desenlace óptimo.

Referencias

1. Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz MA, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2012; 13, 41-48. DOI: [10.106/j.semreu.2011.12](https://doi.org/10.106/j.semreu.2011.12)
2. Ferrer Lozano Y, Oquendo Vázquez P, Asin L, Morejón Trofimova Y. Diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante. *Medisur.* 2014; 12: 365-376.
3. Maria A, Rajnikanth K. Fascitis necrotizante cervical causada por infección dental: una revisión y reporte de caso. *Natl J Maxillofac Surg.* 2010; 1:135-8. DOI: [10.4103/0975-5950.79215](https://doi.org/10.4103/0975-5950.79215)
4. Martínez Alan Y, McHenry Christopher R, Meneses Rivadeneira L. Fascitis necrosante cervicofacial: una infección severa que requiere tratamiento quirúrgico temprano. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2016; 38: 23-28. DOI: [10.1016/j.maxilo.2014.04.008](https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.04.008)
5. Böttger S, Zechel-Gran S, Schmermund D, Streckbein P, Wilbrand JF, Knitschke M, et al. Fascitis necrotizante cervicofacial odontogénica: caracterización microbiológica y manejo de cuatro casos clínicos. *Patógenos.* 2022; 11:78. DOI: [10.3390/patogenos11010078](https://doi.org/10.3390/patogenos11010078)
6. Stevens DL, Bryant AE, Goldstein EJ. Infecciones necrotizantes de tejidos blandos. *Infect Dis Clin North Am.* 2021; 35:135-155. DOI: [10.1016/j.idc.2020.10.004](https://doi.org/10.1016/j.idc.2020.10.004)
7. Iwata E, Kusumoto J, Takata N, Furudoi S, Tachibana A, Akashi M. The characteristics of oro-cervical necrotizing fasciitis-Comparison with severe cellulitis of oro-cervical region and necrotizing fasciitis of other body regions. *PLoS One.* 2021 1;16:e0260740. DOI: [10.1371/journal.pone.0260740](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260740)
8. Pérez-Sánchez, L. Martínez-Gil, PM. Piqueras Vidal, C. Pont-Gutiérrez, R. Cebrián-Gómez, JM. Montoza-Nuñez. Necrotising fasciitis: Management experience over the last two decades in our hospital. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2022; 66: T11-T1910. DOI: [10.1016/j.recot.2021.12.009](https://doi.org/10.1016/j.recot.2021.12.009)
9. Chen LL, Fasolka B, Treacy C. Fascitis necrotizante: una revisión exhaustiva. *Enfermería.* 2020; 50:34-40. DOI: [10.1097/01.NURSE.0000694752.85118.62](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000694752.85118.62)
10. Chou PY, Hsieh YH, Lin CH. Fascitis necrotizante de toda la cabeza y el cuello: revisión de la literatura y reporte de caso. *Biomed J.* 2020; 43:94-98. DOI: [10.1016/j.bj.2019.08.002](https://doi.org/10.1016/j.bj.2019.08.002)
11. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL. Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas. Guías de práctica para el diagnóstico y tratamiento de infecciones de la piel y los tejidos blandos: actualización de 2014 de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas. *Clin Infect Dis.* 2014; 59: E10-52. DOI: [10.1093/cid/civ114](https://doi.org/10.1093/cid/civ114)