

Fascitis Necrotizante: claves clínicas para un diagnóstico y tratamiento oportuno. Revisión bibliográfica

**Necrotizing Fasciitis: Clinical Keys for Timely Diagnosis and
Treatment. Literature Review**

Jorge Jaubert Rosales

jorgejaubertr23@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-8005-0711>
Investigador Independiente
San José – Costa Rica

Camille Morice Herrero

camillemorice2@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-2198-9758>
Investigadora Independiente
San José – Costa Rica

María Jesús Calvo Bonilla

mariajesus.calvo@ucimed.ac.cr
<https://orcid.org/0009-0001-3584-7549>
Investigadora Independiente
San José – Costa Rica

Valeria Sofía Molina Solano

vale_solano@live.com
<https://orcid.org/0009-0003-9665-4470>
Investigadora Independiente
Heredia – Costa Rica

Mariana de Jesús Altamiranda

solmariana40@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-5687-4433>
Investigadora Independiente
Heredia – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5477>

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5477>

Fascitis Necrotizante: claves clínicas para un diagnóstico y tratamiento oportuno. Revisión bibliográfica

**Necrotizing Fasciitis: Clinical Keys for Timely Diagnosis and Treatment.
Literature Review**

Jorge Jaubert Rosales

jorgejaubertr23@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8005-0711>

Investigador Independiente

San José – Costa Rica

Camille Morice Herrero

camillemorice2@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-2198-9758>

Investigadora Independiente

San José – Costa Rica

María Jesús Calvo Bonilla

mariajesus.calvo@ucimed.ac.cr

<https://orcid.org/0009-0001-3584-7549>

Investigadora Independiente

San José – Costa Rica

Valeria Sofía Molina Solano

vale_solano@live.com

<https://orcid.org/0009-0003-9665-4470>

Investigadora Independiente

Heredia – Costa Rica

Mariana de Jesús Altamiranda

solmariana40@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-5687-4433>

Investigadora Independiente

Heredia – Costa Rica

Artículo recibido: 01 de noviembre de 2025. Aceptado para publicación: 09 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Las infecciones de piel y tejidos blandos son una causa frecuente de consulta tanto en los servicios de emergencias como en atención primaria, sin embargo, la fascitis necrotizante corresponde a su presentación más grave y debido a que su manifestación clínica en la etapa inicial presenta síntomas inespecíficos es común que no se diagnostique de manera oportuna. Este proceso infeccioso puede presentarse tanto en poblaciones que presenten factores de riesgo, como incluso en pacientes jóvenes sin factores de riesgo asociados. Predominantemente tienen origen polimicrobiano y se debe contar con alta sospecha clínica ante una lesión en piel que genera dolor desmedido con relación a la lesión y la presencia de fiebre cuantificada, no es necesario la aparición de más síntomas para contar con la sospecha diagnóstica. Su abordaje es interdisciplinario y no se debe diferir de la dupla que ha documentado impacto positivo en la disminución de morbilidad, la cual hace mención a la cobertura antibiótica como la debridación del tejido necrosado en sala de operaciones.

Palabras clave: fascitis necrotizante, infección de piel, tejidos blandos, debridación quirúrgica,

antibióticos

Abstract

Skin and soft tissue infections are a frequent reason for consultation in both emergency departments and primary care settings. However, necrotizing fasciitis is the most serious of these infections, and because its initial clinical manifestation presents with nonspecific symptoms, it is often not diagnosed promptly. This infectious process can occur in populations with risk factors, as well as in young patients without associated risk factors. It is predominantly polymicrobial in origin, and a high clinical suspicion should be maintained when a skin lesion causes disproportionate pain relative to the lesion and is accompanied by a measurable fever. The appearance of additional symptoms is not necessary for a diagnostic suspicion. Its management is interdisciplinary and should follow the dual approach that has demonstrated a positive impact on reducing morbidity and mortality: antibiotic coverage and debridement of necrotic tissue in the operating room.

Keywords: necrotizing fasciitis, skin, soft tissue infection, surgical debridement, antibiotics

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Jaubert Rosales, J., Morice Herrero, C., Calvo Bonilla, M. J., Molina Solano, V. S., & Altamiranda, M. de J. (2026). Fascitis Necrotizante: claves clínicas para un diagnóstico y tratamiento oportuno. Revisión bibliográfica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 2815 – 2824. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5477>

INTRODUCCIÓN

El término fascitis necrotizante hace referencia a una infección de piel y tejidos blandos, y corresponde la manifestación más grave de ese subtipo de patologías. Esto se debe a que es una infección progresiva, con tendencia a causar gradual destrucción tisular con progresión horaria acelerada, con alta letalidad, puede afectar a cualquier parte del cuerpo, más frecuente en las extremidades, en especial las piernas, causada con relativa frecuencia por una infección polimicrobiana (Hernández González, 2015).

Dicho proceso infeccioso se presenta de manera más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, por lo que se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial a esta población al momento de consultar por lesiones en piel.

Afortunadamente es una patología poco frecuente, sin embargo, su mortalidad es elevada. Se estima que la incidencia de esta enfermedad en la actualidad es de 1 caso por cada 100.000 personas en nuestro medio, con una tasa de mortalidad comprendida entre un 21 % y un 40 % a pesar de tratamiento intensivo, pudiendo alcanzar hasta un 70 % si se desarrolla un shock tóxico estreptocócico (Moyano Portillo et al., 2019).

Típicamente su evolución clínica no presenta un patrón similar en la mayoría de los casos, por lo que conocer detalladamente sus factores de riesgo y hallazgos al examen físico nos es indispensable para iniciar abordaje oportuno y ofrecer una disminución en la aparición de sus complicaciones.

Se debe tener en consideración que dicha patología puede afectar cualquier parte del cuerpo, y no se debe confundir con la fascitis necrotizante que afecta la zona genital y/o perianal con la misma rapidez, la cual recibe el nombre de Gangrena de Fournier.

La gangrena de Fournier puede afectar el perineo, los genitales, las ingles, la parte inferior del abdomen, los glúteos o la cara interna de los muslos. En los varones, es común la pérdida del saco escrotal y la piel del pene, dejando expuestos los testículos (Jones & Drew, 2024).

DESARROLLO

Factores de riesgo

La fascitis necrotizante se puede diagnosticar a cualquier edad, pero es más frecuente entre la cuarta y séptima década de la vida, con cierto predominio en hombres (Zambrano Guerra et al., 2024).

Afecta más a diabéticos, alcohólicos, inmunocomprometidos, drogadictos y pacientes con enfermedad vascular periférica y es muy rara en niños, sin embargo, también puede ocurrir en pacientes jóvenes sanos (Hernández González, 2015).

Se han agrupado tanto en endógenos como exógenos los factores de riesgo.

Endógenos: edades extremas de la vida, inmunodepresión, neoplasias, diabetes mellitus, desnutrición, hipotiroidismo, alcoholismo, enfermedades vasculares, cirrosis, drogadicción

Exógenas: cirugías, inyecciones, traumas.

La mayoría de las IPPB es causada por el SARM y está asociado a la presencia de comorbilidades, sobre todo la diabetes mellitus (Peralta & Torres de Taboada, 2017). La causa del factor de riesgo elevado en la población diabética radica en la afectación de la respuesta inmune de los mismos.

Etiología

Generalmente son causados por microorganismos aeróbicos y anaeróbicos formadores de gas, y se pueden clasificar según el agente etiológico o según el tiempo de evolución.

Fascitis Necrotizante Tipo 1 o Polimicrobiana: corresponde entre el 70% y 80% de los casos. Usualmente por aerobios Gram positivos (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*) y Gram negativos (*Escherichia coli*, *Pseudomonas spp.*, *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*) Este tipo usualmente está relacionado con procedimientos quirúrgicos o pacientes inmunocomprometidos.

Fascitis Necrotizante Tipo 2 o Monomicrobiana: corresponde a un porcentaje menor, entre 20% y 30% de los casos. Usualmente por microorganismos Gram positivos (*Streptococcus Beta-hemolítico del grupo A*) como lo es el *Streptococcus pyogenes*. Estos agentes tienen predilección por lesiones en extremidades.

Fascitis Necrotizante Tipo 3: corresponde aproximadamente al 25%. de los casos y se documenta infecciones por agentes Gram negativos, como *Clostridium spp.*, *Vibrio spp.*, *Aeromonas spp.*

Fascitis Necrotizante Tipo 4: corresponde al 5% de los casos, está en relación con agentes fúngicos del género *Mucor*, *Rhizopus* y *Rhizomucor*. Pese a que es poco común, debe sospecharse en casos de quemaduras o traumatismos penetrantes.

Según el tiempo de evolución se conocen dos subgrupos: subaguda o no fulminante e hiperaguda o fulminante. Los casos con formas hiperagudas con sepsis severa evolucionan de forma rápida al fallo multiorgánico, mientras que los casos con formas subagudas pueden permanecer indolentes con rápida infección de tejidos blandos.

Los porcentajes reportados varían entre estudios y pueden superponerse dependiendo de las características epidemiológicas de la población analizada.

Clínica

Se debe realizar una historia clínica detallada y se debe descartar que el paciente esté consumiendo analgésicos sin prescripción médica, lo que puede conllevar a enmascarar el dolor en la zona de la lesión.

Los hallazgos clínicos son sumamente inespecíficos, aun así, las manifestaciones clínicas se agrupan tanto en manifestaciones cutáneas como 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 (Ferrer Lozano & Morejón Trofimova, 2018).

En orden de frecuencia, las manifestaciones típicas son edema (75%), eritema (72%) y ampollas o necrosis (38%) (Garrido-Hidalgo et al., 2025).

Este tipo de manifestaciones se pueden documentar en tres etapas: inicial, intermedio y final. La etapa inicial suele mal diagnosticada con celulitis debido a que presenta edema, calor, dolor y rubor. Sin embargo, se detalla que los bordes son menos precisos en la fascitis y el dolor es muy desproporcionado en relación con la molestia que se presenta en la celulitis. Posteriormente, la evolución conlleva a la fase intermedia donde las ampollas y flictenas serosas se hacen presentes y se finaliza con el estadio final donde se cuenta con dos signos específicos que corresponden a la

crepitación y anestesia subcutánea sin embargo no siempre se presentan y cuando lo hacen ya es una etapa avanzada de necrosis.

Por otra parte, respecto a las manifestaciones sistémicas se presentan fiebre cuantificada, ataque al estado general, inestabilidad hemodinámica y alteración neurológica.

Las anomalías más frecuentes en los signos vitales fueron fiebre y taquicardia (>100 latidos/min), seguidas de hipotensión (PA sistólica <100 mmHg) y taquipnea (>20/min) (Raveendranadh et al., 2024).

Una tercera parte de la fascitis necrosante producida por estreptococos del grupo A se acompañan de síndrome del choque tóxico estreptocócico o gangrena hemolítica estreptocócica, con fracaso multiorgánico y coagulación intravascular diseminada (Ferrer Lozano & Morejón Trofimova, 2018).

Para el síndrome previamente descrito, se requiere la presencia de al menos dos de las siguientes manifestaciones:

- Alteraciones Coagulopatías
- Lesión Renal Aguda
- Hipotensión e hipoperfusión tisular
- Daño Hepático
- Distrés Respiratorio
- Necrosis Cutánea
- Eritema Difuso

La gravedad de estas manifestaciones puede conllevar a fallo multiorgánico por lo que se recomienda manejo en Unidad Cuidados Intensivos con vigilancia estricta.

Diagnóstico

El reto más grande respecto a la fascitis necrotizante sin lugar a dudas es su diagnóstico y esto impacta de manera negativa su adecuado abordaje y tratamiento, lo que conlleva a un incremento en la mortalidad.

Es fundamental conocer esta patología minuciosamente para contar con alto grado de sospecha durante la práctica clínica y lograr identificar los signos que nos orienten hacia la misma y no caer en el errado diagnóstico de Celulitis (el más común que se mal diagnostica).

Se ha logrado documentar 3 hallazgos clínicos que nos pueden orientar inmediatamente. En primer lugar, destaca la presencia de dolor desproporcionado en relación con los hallazgos cutáneos iniciales. Este constituye uno de los signos de alarma más importantes y es considerado un síntoma clásico de la enfermedad (Chen et al., 2020).

La ausencia de signos cutáneos evidentes no excluye la enfermedad, por lo que el clínico debe mantener un alto índice de sospecha ante síntomas sugestivos (Chen et al., 2020).

En segundo lugar, la rápida progresión de la lesión a pesar del inicio de cobertura antibiótica empírica constituye un signo de alarma mayor. La expansión acelerada del eritema, el aumento de la induración o el deterioro sistémico, incluso bajo tratamiento antimicrobiano, deben incrementar la sospecha de infección necrotizante y motivar una reevaluación inmediata del paciente, ya que reflejan progresión activa de la enfermedad (Zhou et al., 2025.)

Debemos de sospechar la presencia de una infección necrotizante cuando observemos edema e induración más allá del área eritematosa, acompañado o no de ampollas o flictenas, con crepitación a la exploración física o presencia de gas en las pruebas de imagen (Moyano Portillo et al., 2019).

El uso de pruebas de laboratorio radica en la confirmación de un proceso infeccioso concomitante mediante elevación en reactantes de fase aguda.

Un ejemplo de ello es el Indicador de Riesgo de Laboratorio para la Fascitis Necrotizante (LRINEC), propuesto por Wong (Raveendranadh et al., 2024). Consiste en utilizar seis parámetros de laboratorio para estratificación de riesgo (PCR, leucocitos, hemoglobina, sodio, creatinina y glucosa). No obstante, estudios recientes han demostrado limitaciones en su sensibilidad, por lo que el LRINEC no debe utilizarse como herramienta exclusiva para descartar la enfermedad ni retrasar la intervención quirúrgica cuando la sospecha clínica es alta.

Las recomendaciones más recientes enfatizan que, aunque estas herramientas pueden apoyar la estratificación de riesgo, ningún sistema de puntuación debe emplearse de forma aislada para descartar la enfermedad. Un resultado bajo no excluye la presencia de infección necrotizante, por lo que la valoración clínica integral continúa siendo determinante en la toma de decisiones. (Zhou et al., 2025.)

Leucocitosis con desviación a la izquierda, hipoalbuminemia ($<3\text{g/dl}$), trombocitopenia, azoemia, hipocalcemia (por saponificación de la grasa), aumento de creatín fosfoquinasa (CPK), como marcador del compromiso infeccioso muscular, aumento de bilirrubina, glucemia, creatinina, sodio, proteína C reactiva y anemia intensa, estudios microbiológicos positivos a EGA asociado o no a estafilococo aureus (Hernández González, 2015).

Otro hallazgo que nos debe alarmar es la presencia de ataque al estado general en pacientes cuyo motivo de consulta sea sugestivo de infección piel y tejidos blandos, ya que rutinariamente estos procesos no conllevan a una afectación sistémica.

Recapitulando, sí tenemos un paciente con una aparente infección de piel y tejidos blandos como por ejemplo Celulitis, pero que presente rápida evolución, dolor desproporcionado y ataque al estado general se debe tener la sospecha clínica de la fascitis necrotizante y por ende ese paciente es prudente considerar llevar a sala de operaciones para su exploración quirúrgica que corresponde al gold standard.

Si no es posible o no se cuenta con un quirófano dentro del centro de atención médica, se ha realizado previamente documentada y estudiada una exploración al lado de la cama llamada "Finger Test". Con infiltración anestésica local se realiza una incisión de 2 cm hasta la fascia profunda, la ausencia de sangrado, la ausencia de tensión o resistencia de las partes blandas a la disección con el dedo, la presencia de líquido tipo "agua de lavar platos" o el mal olor indican que el test es positivo y es indicativo de una fascitis necrosante (Ferrer Lozano & Morejón Trofimova, 2018).

Esta maniobra continúa siendo reconocida en recomendaciones contemporáneas como una herramienta útil cuando el diagnóstico no es claro o el acceso inmediato a quirófano es limitado. La presencia de exudado maloliente, la disección roma sin resistencia y la escasa hemorragia se consideran hallazgos altamente sugestivos de necrosis fascial (Zhou et al., 2025).

Las imágenes, por otro lado, pueden visualizar la extensión y el nivel de daño en los tejidos profundos desde múltiples ángulos y niveles, lo que proporciona una base directa para determinar la progresión de la enfermedad (Wei et al., 2023).

Sin embargo, aunque las imágenes pueden aportar información sobre la extensión, no deben retrasar la exploración quirúrgica cuando la sospecha clínica es alta (Chen et al., 2020; Tessier et al., 2020).

Tratamiento

El tratamiento general de la fascitis necrosante consta de tres pilares fundamentales: desbridamiento amplio del tejido necrótico con aseo local, tratamiento antibiótico, y medidas de soporte hemodinámico (Ferrer Lozano & Morejón Trofimova, 2018).

La intervención que más relevancia tiene es el desbridamiento del material necrótico, ya que con esto se logra disminuir en gran cantidad la carga bacteriana y por consiguiente la concentración de toxinas de las mismas bacterias. Esta práctica debe realizarse idealmente en sala de operaciones y se debe identificar la aponeurosis muscular profunda con franca necrosis e incluso asociar la presencia de material purulento. Durante esa intervención quirúrgica se debe delimitar la extensión de la infección y se debe extraer todo material que sea compatible con características no viables.

El desbridamiento quirúrgico urgente es necesario para obtener resultados óptimos; sin embargo, el momento exacto de la intervención continúa perfeccionándose (McDermott et al., 2024).

La evidencia más reciente respalda que la intervención quirúrgica dentro de las primeras horas tras la presentación hospitalaria impacta directamente en la supervivencia. Un metaanálisis demostró que el desbridamiento realizado dentro de las primeras 6 horas reduce significativamente la mortalidad en comparación con intervenciones tardías (Nawijn et al., 2020).

La mortalidad es del 32% cuando este proceder se realiza antes de las 24 horas del diagnóstico frente al 70% de mortalidad cuando dicho período es mayor. Sin desbridamiento quirúrgico la mortalidad se acerca al 100% (Ferrer Lozano & Morejón Trofimova, 2018).

La terapia antibiótica constituye un complemento fundamental del desbridamiento del tejido necrótico y debe iniciarse de manera inmediata. La cobertura empírica debe dirigirse a los agentes etiológicos más probables según la clasificación previamente establecida, incluyendo microorganismos Gram positivos, Gram negativos y anaerobios.

En general, se recomienda el uso de un β -lactámico intravenoso de amplio espectro como base del esquema terapéutico. Ante la sospecha de infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA), debe añadirse vancomicina. En escenarios con riesgo o evidencia de Gram negativos resistentes, se recomienda el empleo de carbapenémicos.

En situaciones donde se sospecha infección por *Streptococcus pyogenes* o presencia de síndrome de choque tóxico, se recomienda asociar clindamicina debido a su capacidad para inhibir la producción de toxinas bacterianas.

Respecto a la duración de la cobertura antibiótica se debe determinar según la evolución clínica de cada paciente.

Como se mencionó previamente, esta infección tiene una repercusión a nivel sistémico por lo cual no es inusual que los pacientes lleguen a requerir de reanimación hemodinámica. Por lo anterior, se debe iniciar la reanimación de forma precoz en especial cuando existe hipotensión o evidencia de disfunción orgánica, y se deben emplear aminas vasoactivas en caso de shock refractario a la reposición de volumen (Parra Caballero et al., 2012).

CONCLUSIÓN

La fascitis necrotizante corresponde a una patología sumamente agresiva, por lo que realizar una historia clínica completa y detallada, aunada a los hallazgos al examen físico nos pueden dirigir a realizar el diagnóstico tempranamente lo que representa un impacto positivo en la disminución de la morbilidad.

El reto más grande que presenta el proceso infeccioso en cuestión es la falta de consenso para contar una herramienta diagnóstica, por esto mismo la importancia radica en conocer sus manifestaciones cutáneas, sistémicas y tener claro que algunos estudios nos pueden orientar. Por ejemplo, en laboratorios la elevación de reactantes de fase aguda es un indicador, así como la presencia de gas en estudios de imagen. Su principal factor de riesgo es la Diabetes Mellitus, sin embargo, no es indispensable para su manifestación. Las extremidades inferiores corresponden a la zona con mayor afectación, pero puede presentarse en cualquier parte del cuerpo.

Cuando se cuente con la sospecha clínica, se debe iniciar tanto con la cobertura antibiótica como con el abordaje quirúrgico. No se debe diferir uno de otro y tampoco se recomienda postergar la debridación en sala, eso únicamente conlleva aumento en la mortalidad.

Finalmente, los pacientes que logren sobrellevar este proceso infeccioso deberán recibir atención por parte de especialistas en cirugía reconstructiva con el fin de recuperar y preservar la funcionalidad de la zona afectada.

REFERENCIAS

- Chen, L. L., Fasolka, B., & Treacy, C. (2020). Necrotizing fasciitis: A comprehensive review. *Nursing*, 50(9), 34–40. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000694752.85118.62>
- Ferrer Lozano, Y., & Morejón Trofimova, Y. (2018). Fascitis necrosante. Actualización del tema. *Medisur*, 16(6), 920–929. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000600015&lang=en
- Garrido-Hidalgo, A., García-Coiradas, J., Echevarría-Marín, M., Llanos, S., Valle-Cruz, J. A., & Marco, F. (2025). Infecciones necrosantes de partes blandas: aproximación diagnóstico-terapéutica. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 69, T9–T16.
- Hernández González, E. H. (2015). Fascitis necrotizante. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 6(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600012&lang=en
- Jones, E. J., & Drew, P. J. (2024). Assessment and management of necrotizing fasciitis. *British Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1093/bjs/znae204>
- McDermott, J., Kao, L. S., Keeley, J. A., Grigorian, A., Neville, A., & de Virgilio, C. (2024). Necrotizing soft tissue infections: A review. *JAMA Surgery*. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2024.3365>
- Moyano Portillo, A., Acosta Martínez del Valle, M. Á., Moya Sánchez, E., & Ruiz Carazo, E. (2019). Necrotizing fasciitis secondary to pressure ulcer. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 12(1), 24–27. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000100024&lang=en
- Nawijn, F., Smeeing, D. P. J., Houwert, R. M., Leenen, L. P. H., & Hietbrink, F. (2020). Time is of the essence when treating necrotizing soft tissue infections: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Emergency Surgery*, 15, 4. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0286-6>
- Parra Caballero, P., Pérez Esteban, S., Patiño Ruiz, M. E., Castañeda Sanz, S., & García Vadillo, J. A. (2012). Actualización en fascitis necrotizante. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 13(2), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2011.12.005>
- Peralta, R., & Torres de Taboada, E. (2017). Infecciones de piel y partes blandas. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(2), 19–26. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04\(02\)19-026](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(02)19-026)
- Raveendranadh, A., Prasad, S. S., & Viswanath, V. (2024). Necrotizing fasciitis: Treatment concepts & clinical outcomes – an institutional experience. *BMC Surgery*, 24, 336. <https://doi.org/10.1186/s12893-024-02638-2>
- Tessier, J. M., Sanders, J., Sartelli, M., Ulrych, J., De Simone, B., Grabowski, J., Buckman, S., & Duane, T. M. (2020). Necrotizing soft tissue infections: A focused review of pathophysiology, diagnosis, operative management, antimicrobial therapy, and pediatrics. *Surgical Infections*, 21(2), 81–93. <https://doi.org/10.1089/sur.2019.219>
- Wei, X., Huo, J., Yang, Q., & Li, J. (2023). Early diagnosis of necrotizing fasciitis: Imaging techniques and their combined application. *International Wound Journal*. <https://doi.org/10.1111/iwj.14379>
- Zambrano Guerra, F. X., Alonso Cordero, M. E., & Martínez Gilimas, O. (2024). Fascitis necrotizante por *Estafilococos aureus*: Informe de un caso. *Medimay*, 31, e2424. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400008

Zhou, L., Li, H., & Luo, G. (2025). Consensus on the diagnosis and treatment of adult necrotizing fasciitis (2025 edition). *Burns & Trauma*, 13, tkaf031. <https://doi.org/10.1093/burnst/tkaf031>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .