

Fascitis necrotizante postcesárea como desafío diagnóstico en el puerperio: dolor desproporcionado y evolución fulminante. Reporte de caso

Post-Cesarean Necrotizing Fasciitis as a Diagnostic Challenge in the Postpartum Period: Disproportionate Pain and Fulminant Progression. Case Report

Valentina Brito Aroz*^{ID}, Camila Rodríguez Inostroza^{ID}, Daniela Espinosa Martínez^{ID},
Victoria Black Escandón^{ID}, Gabriela Caldera Colina^{ID}.



REVISTA ANDES

Citar como: Brito Aroz V, Rodríguez Inostroza C, Espinosa Martínez D, Black Escandón V, Caldera Colina G. Fascitis necrotizante postcesárea como desafío diagnóstico en el puerperio: dolor desproporcionado y evolución fulminante. Reporte de caso. *Revista Andes* [Internet]. 2026 [citado el 09 de septiembre de 2026]. Disponible en: <https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/articulo/view/135>

Recibido : 05/07/2026

Aceptado : 31/08/2026

Publicado : 09/09/2026



© Los autores, 2026.
Este es un artículo publicado de acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

No se declaran fuentes de financiamiento.

*Correspondencia:
Valentina Brito A.
valentina.brito77@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las infecciones de sitio quirúrgico postcesárea son de las complicaciones obstétricas más frecuentes, con tasas reportadas desde 2% hasta 15% de las cesáreas. Dentro de este espectro, la fascitis necrotizante representa una entidad infrecuente, pero potencialmente letal. **Caso Clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 37 años, puérpera quirúrgica, que consulta en su cuarto día postoperatorio por dolor en el sitio quirúrgico, asociado a signos locales de infección, elevación de parámetros inflamatorios y una sospecha inicial de colección intraabdominal, la cual fue desestimada por el equipo de turno siguiente. Durante su evolución, presenta persistencia de fiebre tras 24 horas de cobertura antibiótica, aumento de parámetros inflamatorios y elevación de lactato sérico, por lo que se decide ampliación de cobertura antibiótica y realización de una tomografía computarizada compatible con sospecha de fascitis necrotizante. Por lo anterior, se decidió manejo quirúrgico de urgencia y posterior traslado a unidad de tratamiento intensivo. La paciente requirió un total de siete intervenciones quirúrgicas y tratamiento antibiótico prolongado por más de 20 días, evolucionando favorablemente con disminución de parámetros inflamatorios y egreso hospitalario. **Conclusión:** La sospecha de fascitis necrotizante postcesárea es un desafío dada la inespecificidad inicial del cuadro, pero la progresión rápida debe aumentar la sospecha clínica y motivar una evaluación urgente. La imagenología puede contribuir a determinar la extensión de la enfermedad, pero no debe retrasar el tratamiento quirúrgico precoz. El manejo requiere un abordaje multidisciplinario basado en intervenciones quirúrgicas, antibioticoterapia y medidas de soporte según la severidad.

Palabras clave: Fascitis Necrotizante; Infección del Sitio Quirúrgico; Cesárea; puerperio; Shock Séptico.

ABSTRACT

Introduction: Surgical site infections following cesarean section are among the most frequent obstetric complications, with reported rates ranging from 2% to 15% of cesarean deliveries. Within this spectrum, necrotizing fasciitis is an uncommon but potentially fatal condition. **Case Report:** We present the case of a 37-year-old woman in the postoperative puerperium who presented on the fourth postoperative day with pain at the surgical site, associated with local signs of infection, elevated inflammatory markers, and an initial suspicion of an intra-abdominal collection, which was dismissed by the subsequent on-call team. During her clinical course, she developed persistent fever after 24 hours of antibiotic therapy, increased inflammatory markers, and elevated serum lactate. Therefore, antibiotic coverage was broadened and computed tomography was performed, showing findings compatible with necrotizing fasciitis. Urgent surgical management was undertaken, followed by transfer to the intensive care unit. The patient required a total of seven surgical interventions and prolonged antibiotic treatment for more than 20 days, with favorable clinical evolution, decreased inflammatory markers, and subsequent hospital discharge. **Conclusion:** Suspected post-cesarean necrotizing fasciitis is challenging due to the nonspecific initial presentation; however, rapid progression should increase clinical suspicion and prompt urgent evaluation. Imaging may contribute to determining disease extent but should not delay early surgical treatment. Management requires a multidisciplinary approach based on surgical interventions, antibiotic therapy, and supportive measures according to disease severity.

Keywords: Necrotizing Fasciitis; Surgical Site Infection; Cesarean Section; Puerperium; Septic Shock.

Introducción

Las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) constituyen una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes en obstetricia, especialmente después de una cesárea. Se definen como infecciones que ocurren dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico y que comprometen la incisión, tejidos blandos profundos o espacios u órganos manipulados durante la cirugía¹. En obstetricia, representan una causa relevante de morbilidad materna, asociándose a mayor estancia hospitalaria, reingresos, uso de antibióticos de amplio espectro y aumento de costos en salud².

La incidencia de ISQ posterior a cesárea varía según la población y los factores de riesgo, con cifras entre 2% y 15%^{2,3}. Entre los principales factores asociados se incluyen la cesárea de urgencia, ruptura prolongada de membranas, tiempo quirúrgico prolongado, obesidad materna, anemia, tabaquismo e infección intraamniótica^{2,4}.

Las ISQ abarcan desde infecciones superficiales de piel y tejido celular subcutáneo (TCS) hasta infecciones profundas que comprometen fascia y músculo. Dentro de estas últimas, la fascitis necrotizante es una entidad infrecuente pero potencialmente letal, caracterizada por infección rápidamente progresiva de tejidos blandos, necrosis fascial, toxicidad sistémica y alto riesgo de sepsis y falla multiorgánica^{5,6}. Su presentación inicial puede ser inespecífica, destacando dolor intenso desproporcionado a los hallazgos cutáneos, edema y eritema progresivo, lo que dificulta el diagnóstico precoz⁷.

A continuación, se presenta un caso presenciado durante la rotación de ginecología de los autores, resguardando la identidad de la paciente, quien otorgó consentimiento informado para la publicación del caso e imágenes anexas. El reporte fue evaluado y considerado exento de revisión por el Comité de Ética del Hospital Biprovincial Quillota Petorca (HBQP), al no constituir investigación en sujetos humanos.

La relevancia de este caso radica no solo en la rareza de la fascitis necrotizante como complicación posterior a una cesárea, sino particularmente en su presentación inicial poco llamativa, con estabilidad hemodinámica, ausencia de dehiscencia o secreción de la herida y hallazgos ecográficos inicialmente no concluyentes, pese a la posterior progresión rápida hacia una infección

profunda de la pared abdominal y shock séptico. La fascitis necrotizante posterior a procedimientos obstétricos ha sido descrita principalmente en reportes de casos y series pequeñas, incluso en pacientes sin factores de riesgo mayores^{6,8,10}.

Los cambios fisiológicos del embarazo y puerperio, la disrupción de las barreras cutáneas y la posible inmunomodulación transitoria pueden favorecer la progresión de la infección^{7,8}. En este contexto, la evolución desfavorable del dolor y de los signos inflamatorios debe motivar una reevaluación clínica seriada, incluso cuando los hallazgos cutáneos o imagenológicos iniciales no sean concluyentes.

Se considera relevante la difusión de este caso, dado que ejemplifica la dificultad diagnóstica de una fascitis necrotizante postcesárea en sus etapas iniciales y destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante una evolución clínica desfavorable. Asimismo, su evolución, caracterizada por shock séptico y necesidad de múltiples desbridamientos quirúrgicos, permite ilustrar la agresividad de esta entidad y la necesidad de un manejo quirúrgico y antibiótico oportuno^{5,7}. El objetivo de este reporte es describir un caso de fascitis necrotizante posterior a cesárea, destacando su presentación inicialmente poco específica, la discordancia entre los hallazgos clínicos e imagenológicos y la importancia de la reevaluación clínica y del tratamiento quirúrgico precoz.

Desarrollo del Caso Clínico

Paciente femenina de 37 años, con antecedentes de colecistectomía, tabaquismo activo y consumo de marihuana, cursando su cuarto día de puerperio tras una cesárea de urgencia realizada el 25/12/25, consultó alrededor de las 6:00 h en urgencias del HBQP por dolor en el sitio operatorio de un día de evolución, asociado a sensación febril y aumento de volumen. Ingresó en buenas condiciones generales, caminando, hemodinámicamente estable, normotensa y afebril. Al examen físico destacaba dolor a la palpación de hipogastrio y ambas fosas ilíacas, sin signos de irritación peritoneal. La herida operatoria se observaba aparentemente sana, sin dehiscencias, con induración en su zona superior de aproximadamente 4 × 3 cm, leve calor local y eritema, sin secreciones a la compresión. El útero se palpaba retraído y presentaba loquios escasos sin mal olor. Al laboratorio destacaban

glóbulos blancos en 21.900/mm³, con 87% de neutrófilos, y PCR de 170 mg/L.

Se realizó una ecografía transvaginal que evidenció una imagen anecoica supraaponeurótica de 90 × 48 × 96 mm, útero en AVF lateralizado hacia la derecha, endometrio de 3 mm y fondo de saco de Douglas libre. Se ingresó inicialmente con sospecha de infección de herida operatoria para aseo quirúrgico y antibioticoterapia con ceftriaxona y metronidazol. Sin embargo, al cambio de turno fue evaluada por otro equipo de ginecólogos, quienes realizaron una nueva ecografía transvaginal sin evidenciar colección intraabdominal, por lo que se desestimó la intervención quirúrgica y se mantuvo tratamiento médico.

Al día siguiente (30/12/25), la paciente persistía con fiebre de 38,8 °C pese a 24 horas de antibióticos de amplio espectro, presentando aumento del eritema y dolor en el sitio operatorio. En el nuevo control destacaban hemoglobina 11,5 g/dL, glicemia 149 mg/dL, sodio 140 mmol/L, glóbulos blancos 19.600/mm³, PCR 542,7 mg/L, procalcitonina 8,34 ng/mL, ácido láctico 24,8 mg/dL y creatinina 0,95 mg/dL, versus 0,53 mg/dL cinco días antes. Asociado a taquicardia y llene capilar enlentecido, se diagnosticó shock séptico y se solicitó TC de abdomen y pelvis (TC AP) con contraste, que mostró cambios edematosos e inflamatorios difusos de la pared abdominal hipogástrica y flanco izquierdo, sin colecciones organizadas. Se cambió el esquema a piperacilina/tazobactam y vancomicina, e ingresó a pabellón para laparotomía exploratoria en conjunto con cirugía general.

Intraoperatoriamente se observó eritema desde la sínfisis púbica hasta mesogastrio, con equimosis y flictena en la herida, secreción purulenta de mal olor, TCS desvitalizado con escaso sangrado y una neocavidad que disecaba hasta el flanco izquierdo, con tejido desvitalizado y secreción purulenta. Se realizó aseo quirúrgico con resección de TCS hasta obtener tejido de mejor coloración y sangrado, además de resección de piel comprometida del tercio superior de la herida, quedando laparostomizada. Se tomaron muestras de tejido y secreción de distintas zonas, posteriormente positivas (07/01/26) para *Staphylococcus aureus* meticilino resistente y *Staphylococcus epidermidis* oxacilino resistente. Esto permitió desescalar a vancomicina en monoterapia, posteriormente cambiada a linezolid por efectos adversos.

Tras esta intervención (Figura N°1), durante la madrugada del 31/12/25 ingresó a la UTI para manejo postoperatorio, requiriendo drogas vasoactivas a bajas dosis (hasta 0,14 mcg/kg/min para una PAM promedio de 71 mmHg) durante 22 horas. Se realizó un segundo aseo quirúrgico el 01/01/2026, con instalación de terapia VAC y traslado a sala al día siguiente. Durante su evolución requirió dos nuevos aseos quirúrgicos, con reinstalación de VAC los días 03/01/26 y 07/01/26. Una TC AP con contraste del 10/01/26 no mostró colecciones abdominales categóricas, aunque evidenció importante inflamación de pared abdominal y compromiso residual de TCS en flanco izquierdo. El 11/01/26 se efectuó nuevo aseo quirúrgico, con cierre de la herida e instalación de drenaje.



Figura N°1. Eritema en región de herida quirúrgica en el primer día de evaluación postoperatoria. Uso concedido mediante consentimiento informado.

Una nueva TC AP con contraste realizada el 17/01/26 reveló colecciones en TCS de 1,8 y 3 cm de profundidad y hasta 32 cm de longitud en flanco izquierdo. El 19/01/26 ingresó nuevamente a pabellón, donde se intentó puncionar la colección, sin éxito debido a la organización del tejido. El 20/01/26 se realizó nuevo aseo quirúrgico con instalación de drenaje.

Finalmente, evolucionó favorablemente, con disminución progresiva de parámetros inflamatorios, siendo dada de alta el 22/01/2026 tras siete intervenciones quirúrgicas.

Discusión

La fascitis necrotizante es una infección de tejidos blandos rápidamente progresiva y potencialmente letal, cuya morbilidad aumenta cuando el diagnóstico o tratamiento se retrasan. Puede originarse a partir de infecciones cutáneas menores en pacientes previamente sanos o con factores de riesgo, y con menor frecuencia presentarse como complicación postoperatoria⁹. La fascitis necrotizante postcesárea es infrecuente y ha sido descrita principalmente en series pequeñas y reportes de casos: *Goepfert et al., 1997*¹⁰ reportaron nueve casos entre 5048 cesáreas, con una incidencia de 0,18% y mortalidad de hasta 22%¹⁰; otra revisión de 2024 reportó solo 13 casos entre 1990 y 2018⁶, lo que refuerza su baja frecuencia y la limitada evidencia disponible.

Uno de los principales desafíos es el diagnóstico precoz, ya que las manifestaciones iniciales pueden ser inespecíficas y los hallazgos superficiales subestimar la extensión hacia planos profundos¹¹. Entre los hallazgos precoces se describen eritema, edema, calor local, sensibilidad dolorosa progresiva y dolor desproporcionado, este último uno de los signos de alerta más importantes^{9,11}. En el caso presentado, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable y afebril, sin dehiscencia ni secreción, con escaso eritema y calor local, pero con dolor intenso desde la evaluación inicial.

Un factor condicionante del tratamiento es el retraso diagnóstico. Estudios recientes han demostrado que el retraso en el diagnóstico y, por ende, del tratamiento quirúrgico, se asocian con peores resultados clínicos y mayor mortalidad^{12,13}. Los exámenes de laboratorio pueden aumentar la sospecha diagnóstica y evidenciar compromiso sistémico, aunque ningún marcador permite confirmar o excluir completamente la enfermedad. Se describen leucocitosis, elevación de PCR, hiponatremia, aumento de creatinina y lactato sérico, este último asociado a peor pronóstico y mayor riesgo de shock séptico⁹. El LRINEC fue diseñado para diferenciar esta entidad de otras infecciones de tejidos blandos¹⁴. En este caso, calculado retrospectivamente con los parámetros obtenidos tras la persistencia de fiebre luego de 24 horas de antibioterapia, alcanzó un puntaje de 6. Sin embargo, revisiones posteriores han demostrado sensibilidad variable, especialmente en etapas precoces¹⁵. Además, no fue posible calcularlo al ingreso por ausencia de algunos parámetros. Por lo tanto, debe interpretarse como herramienta complementaria y

no como método aislado para confirmar o descartar fascitis necrotizante.

Las imágenes son útiles, pero el diagnóstico sigue siendo eminentemente clínico, ya que su uso puede retrasar la intervención quirúrgica^{9,13,17}. La TC y RM aportan más información sobre el compromiso fascial profundo y la extensión, aunque su rendimiento es variable en etapas precoces. Los hallazgos más descritos son edema y engrosamiento fascial, estriación de grasa subcutánea, colecciones y gas en tejidos blandos^{16,17}. En este caso, la primera imagen fue una ecografía transvaginal, que inicialmente describió una imagen anecoica supraaoneurótica de 90 × 48 × 96 mm, sugerente de colección, pero cuya reevaluación posterior no evidenció una colección intraabdominal definida. Esta discrepancia refleja, además, las limitaciones y dependencia del operador propias de la ecografía¹⁸. Frente al deterioro clínico y la progresión de los parámetros inflamatorios, se solicitó TC AP con contraste, que mostró cambios inflamatorios difusos de la pared abdominal, sin colecciones organizadas, en un contexto clínico que motivó el manejo quirúrgico urgente.

El principal aporte de este caso se encuentra precisamente en la discordancia entre la presentación inicial y la gravedad de la infección subyacente. La paciente presentó dolor intenso desde la evaluación inicial, pero sin los hallazgos cutáneos clásicos de una infección necrotizante avanzada: se encontraba afebril y hemodinámicamente estable, sin dehiscencia ni secreción de la herida y con eritema y calor local discretos. A esto se sumó la ausencia de una colección profunda claramente demostrable en la reevaluación ecográfica y, posteriormente, la ausencia de una colección organizada en la TC inicial. Pese a ello, la evolución clínica mostró una rápida progresión hacia compromiso extenso de la pared abdominal y shock séptico. Esta evolución refuerza que la ausencia de hallazgos cutáneos llamativos o de una colección evidente en la imagenología inicial no permite excluir una infección profunda, particularmente cuando existe dolor intenso y deterioro clínico progresivo.

Este caso también permite destacar el valor de la reevaluación clínica seriada. La progresión del dolor y eritema, junto con el marcado aumento de los parámetros inflamatorios y la aparición de compromiso sistémico, modificaron el escenario clínico inicial y llevaron a reconsiderar el diagnóstico y la necesidad de exploración quirúrgica. La gravedad de los hallazgos intraoperatorios y la necesidad de siete intervenciones posteriores

evidencian que la extensión de la enfermedad puede superar ampliamente lo sugerido por la evaluación superficial inicial. En este contexto, el caso aporta una descripción detallada de la progresión desde una presentación inicialmente poco llamativa hasta el desarrollo de shock séptico, junto con una evolución quirúrgica prolongada que requirió múltiples desbridamientos y terapia VAC^{6,8,19}.

La intervención quirúrgica precoz es el pilar fundamental del tratamiento, pues el retraso favorece la progresión de necrosis fascial, shock séptico y falla multiorgánica^{12,13}. El tratamiento antibiótico resulta insuficiente sin un desbridamiento adecuado, debido a que la necrosis y compromiso vascular limitan la penetración del fármaco⁹. En estos casos suelen requerirse intervenciones seriadas, pues la extensión real de la enfermedad difícilmente se establece en un solo procedimiento, recomendándose reevaluaciones quirúrgicas frecuentes hasta controlar la infección y eliminar el tejido desvitalizado. En esta paciente fueron necesarias siete intervenciones^{9,19}. Otro ámbito fundamental es el enfoque multidisciplinario ante complicaciones graves como shock séptico o falla multiorgánica, ya que aunque el abordaje es quirúrgico, al ser la fuente de infección un procedimiento ginecológico, se requiere participación tanto de cirujanos generales y ginecólogos, además de evaluaciones por infectología y medicina intensiva, con el fin de preservar tanto la vida como la funcionalidad previa de la paciente.

Conclusión

La fascitis necrotizante postcesárea es una complicación infrecuente y potencialmente mortal, cuyo diagnóstico puede ser desafiante cuando los hallazgos iniciales son poco llamativos. Este caso destaca que el dolor intenso y la evolución clínica desfavorable pueden preceder a la aparición de signos cutáneos avanzados o hallazgos imagenológicos concluyentes, por lo que estos últimos no deben generar una falsa sensación de seguridad ni retrasar la exploración quirúrgica cuando la sospecha clínica aumenta. La reevaluación clínica seriada, el reconocimiento precoz del deterioro y el desbridamiento quirúrgico oportuno, asociado a antibioticoterapia y manejo multidisciplinario, son fundamentales para controlar la infección.

Como limitación, la revisión retrospectiva impidió disponer de todos los parámetros de la evaluación inicial, dificultando la aplicación completa del LRINEC. Este caso resalta la importancia del reconocimiento precoz y de una documentación clínica sistemática desde la primera evaluación.

Referencias Bibliográficas

1. Allegranzi B, Zayed B, Bischoff P, Kubilay NZ, de Jonge S, Gans S, et al. New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(12):e288-e303. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30402-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30402-9)
2. Kawakita T, Landy HJ. Surgical site infections after cesarean delivery: epidemiology, prevention and treatment. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017; 3:12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0051-3>
3. Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surg*. 2017;152(8):784-791. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>
4. Regmi A, Ojha N, Singh M, Ghimire A, Kharel N. Risk factors associated with surgical site infection following cesarean section in a tertiary care hospital, Nepal. *Int J Reprod Med*. 2022; 2022:4442453. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2022/4442453>
5. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing soft-tissue infections. *N Engl J Med*. 2017;377(23):2253-2265. Disponible en: <http://doi.org/10.1056/NEJMra1600673>
6. Chamseddine N, Aghar H, Haidar Z, Aoud G, Ibrahim A, Ghazeeri G. Polymicrobial necrotizing fasciitis after a primary cesarean section in a low-risk patient: a case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2024; 124:110326. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110326>

7. Bonne SL, Kadri SS. Evaluation and management of necrotizing soft tissue infections. *Infect Dis Clin North Am*. 2017;31(2):135-159. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.01.003>
8. Liang A, Idowu MB, Eskind SJ, Patel SS. Necrotizing fasciitis post-cesarean section leading to transabdominal hysterectomy. *Am J Perinatol Rep*. 2024;14(3): e235-e238. Disponible en: <http://doi.org/10.1055/a-2414-7696>
9. Guliyeva G, Huayllani MT, Sharma NT, Janis JE. Practical review of necrotizing fasciitis: principles and evidence-based management. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2024;12(1): e5533. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000005533>
10. Goepfert AR, Guinn DA, Andrews WW, Hauth JC. Necrotizing fasciitis after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1997;89(3):409-412. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(96\)00511-X](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(96)00511-X)
11. Goh T, Goh LG, Ang CH, Wong CH. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. *Br J Surg*. 2014;101(1):e119-e125. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bjs.9371>
12. Alahmad MS, El-Menyar A, Abdelrahman H, Abdelrahman MA, Aurif F, Shaikh N, et al. Time to diagnose and time to surgery in patients presenting with necrotizing fasciitis: a retrospective analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2025;51(1):140. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00068-025-02816-8>
13. Nawijn F, Smeeing DPJ, Houwert RM, Leenen LPH, Hietbrink F. Time is of the essence when treating necrotizing soft tissue infections: a systematic review and meta-analysis. *World J Emerg Surg*. 2020;15(1):4. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0286-6>
14. Wong CH, Khin LW, Heng KS, Tan KC, Low CO. The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: a tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections. *Crit Care Med*. 2004;32(7):1535-1541. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000129486.35458.7D>
15. Bechar J, Sepehripour S, Hardwicke J, Filobos G. Laboratory risk indicator for necrotising fasciitis (LRINEC) score for the assessment of early necrotising fasciitis: a systematic review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl*. 2017;99(5):341-346. Disponible en: <https://doi.org/10.1308/rcsann.2017.0053>
16. Kochkine S, Payne DL, Chung K, Chen D, Bernstein MP, Baxter AB, et al. Imaging of necrotizing fasciitis. *Clin Imaging*. 2024; 116:110331. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2024.110331>
17. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2014;59(2):e10-e52. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/civ114>
18. Tso DK, Singh AK. Necrotizing fasciitis of the lower extremity: imaging pearls and pitfalls. *Br J Radiol*. 2018;91(1088):20180093. Disponible en: <https://doi.org/10.1259/bjr.20180093>
19. Ge X, Sun Y, Lin J, Zhou F, Yao G, Luo B, et al. Diagnostic key points and surgical management of necrotizing fasciitis: a retrospective study. *Int J Low Extrem Wounds*. 2024;23(1):153-160. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15347346211045282>