



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,
Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

SEPSIS, NECROSIS Y TROMBOSIS CUTÁNEA: REPORTE DE CASO CON PÚRPURA FULMINANTE INFECCIOSA Y FASCITIS NECROTIZANTE

**SEPSIS, NECROSIS AND CUTANEOUS THROMBOSIS:
CASE REPORT WITH INFECTIOUS PURPURA FULMINANS
AND NECROTIZING FASCIITIS**

Daniela García Rivera

Hospital General de Zona No. 47 IMSS, México

Dana Gutiérrez Retana

Universidad de Guadalajara, México

Sahid López García

Centro Médico Nacional La Raza, México

María del Carmen Martínez

Centro Médico Nacional La Raza, México

Javier Tondopó Guerrero

Centro Médico Nacional La Raza, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1.22559

Sepsis, Necrosis y Trombosis Cutánea: Reporte de Caso con Púrpura Fulminante Infecciosa y Fascitis Necrotizante

Daniela García Rivera¹danny_gr98@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0001-3429-3230>Hospital General de Zona No. 47 IMSS
Ciudad de México, México**Dana Gutiérrez Retana**retanadana@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0005-5322-3333>Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara
Ciudad de México, México**Sahid López García**star_hope90@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0003-3678-6332>Centro Médico Nacional La Raza
Ciudad de México, México**María del Carmen Martínez**

Centro Médico Nacional La Raza

Ciudad de México, México

Javier Tondopó Guerrero

Centro Médico Nacional La Raza

Ciudad de México, México

RESUMEN

La púrpura fulminante y la fascitis necrosante son afecciones de rápida progresión y potencialmente mortales que requieren un diagnóstico urgente debido a su potencial para causar destrucción tisular extensa e insuficiencia sistémica. Si bien comparten características de compromiso vascular agudo y necrosis cutánea, su presentación simultánea es inusual y aumenta significativamente la complejidad diagnóstica. Describimos el caso de un hombre de 63 años con antecedentes prolongados de 1,5 años de máculas y pápulas purpúricas recurrentes que afectan las extremidades y el tronco, quien experimentó un empeoramiento agudo caracterizado por la aparición repentina de ampollas violáceas en el abdomen y ambas extremidades. Estas lesiones aumentaron de tamaño rápidamente, se volvieron friables y no mejoraron con terapia antiviral empírica. Al acudir a urgencias, presentó signos de infección sistémica, elevación de marcadores inflamatorios, lesión renal aguda y una mano derecha rápidamente necrótica. La exploración quirúrgica confirmó la fascitis necrosante, lo que requirió amputación a través del húmero y desbridamiento extenso de las lesiones abdominales y de la mano contralateral. La presencia de lesiones purpúricas generalizadas que progresaron a necrosis en el contexto de una sepsis también planteó la sospecha de púrpura fulminante. El paciente recibió tratamiento antimicrobiano de amplio espectro y atención multidisciplinaria, logrando finalmente la estabilización clínica y la recuperación tras el tratamiento médico y quirúrgico combinado. Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica temprana de dermatosis infecciosas graves en pacientes con deterioro purpúrico o ampollosa abrupto. La identificación temprana y el tratamiento agresivo son esenciales para reducir la morbilidad y prevenir desenlaces fatales cuando la púrpura fulminante y la fascitis necrosante forman parte del diagnóstico diferencial.

Palabras clave: púrpura fulminante, trombosis cutánea, coagulación intravascular diseminada, informe de caso

¹ Autor principal

Correspondencia: danny_gr98@hotmail.com

Sepsis, Necrosis and Cutaneous Thrombosis: Case Report with Infectious Purpura Fulminans and Necrotizing Fasciitis

ABSTRACT

Purpura fulminans and necrotizing fasciitis are rapidly progressive, life-threatening conditions that demand urgent recognition due to their potential for extensive tissue destruction and systemic failure. Although they share features of acute vascular compromise and cutaneous necrosis, their concurrent presentation is unusual and significantly increases diagnostic complexity. We describe the case of a 63-year-old man with a prolonged, 1.5-year history of recurrent purpuric macules and papules affecting the extremities and trunk, who experienced an acute worsening marked by the sudden development of violaceous bullae on the abdomen and bilateral extremities. These lesions enlarged quickly, became friable, and failed to improve with empirical antiviral therapy. Upon presentation to emergency services, he exhibited signs of systemic infection, elevated inflammatory markers, acute kidney injury, and a rapidly necrotic right hand. Surgical exploration confirmed necrotizing fasciitis, necessitating amputation through the humerus and extensive debridement of abdominal and contralateral hand lesions. The presence of widespread purpuric lesions progressing to necrosis in the setting of sepsis also raised concern for purpura fulminans. The patient was managed with broad-spectrum antimicrobial therapy and multidisciplinary care, ultimately demonstrating clinical stabilization and recovery following combined medical and surgical treatment. This case emphasizes the importance of early clinical suspicion for severe infectious dermatoses in patients with abrupt purpuric or bullous deterioration. Prompt identification and aggressive management are essential to reduce morbidity and prevent fatal outcomes when purpura fulminans and necrotizing fasciitis are part of the differential diagnosis.

Keywords: purpura fulminans, cutaneous thrombosis, disseminated intravascular coagulation, case report

*Artículo recibido 15 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 30 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

La púrpura fulminante infecciosa y la fascitis necrotizante representan dos entidades clínicas devastadoras dentro del espectro de las infecciones cutáneas graves. Ambas se caracterizan por un inicio abrupto, evolución acelerada y elevada mortalidad si no se instauran medidas terapéuticas tempranas. La púrpura fulminante infecciosa se caracteriza por necrosis isquémica rápidamente progresiva de las extremidades, coagulopatía intravascular diseminada e insuficiencia multiorgánica (Yomogida et al., 2024). Esta clase de púrpura suele manifestarse como un síndrome de necrosis hemorrágica cutánea asociado con coagulopatía sistémica, especialmente con cuadros de coagulación intravascular diseminada en el contexto de infecciones bacterianas severas. Hay tres subtipos de púrpura fulminante: idiopática, neonatal y, el subtipo más común, la infecciosa aguda (Temnithikul et al., 2022). Su fisiopatología implica un proceso de trombosis microvascular que conduce a isquemia dérmica, progresión a equimosis extensas y, en casos avanzados, destrucción tisular profunda (Becker et al., 2000; Oviedo-Garcia et al., 2022). Clínicamente, los pacientes pueden presentar lesiones purpúricas dolorosas que evolucionan rápidamente a áreas de necrosis, acompañadas de inestabilidad hemodinámica y deterioro orgánico multisistémico, características descritas de manera consistente en estudios contemporáneos (Guliyeva et al., 2024).

Clínicamente, los pacientes manifiestan máculas eritematosas en tronco y extremidades, de bordes delgados, que se induran, no palidecen y progresa. Las lesiones en un estadio temprano, tienen un patrón levídico con piel moteada para después, progresar en necrosis. Este patrón irreversible en el espesor completo de la piel suele progresar en un lapso de 24 a 48 horas (Colling et al., 2018).

En paralelo, la fascitis necrotizante constituye otra urgencia dermatológica y quirúrgica de alto riesgo. Se trata de una infección agresiva de tejidos blandos que compromete la fascia profunda y se acompaña de una destrucción acelerada del tejido subcutáneo. Se ha documentado que esta entidad puede presentarse inicialmente con signos sutiles, pero su progresión supera con frecuencia la apariencia cutánea inicial, lo que explica por qué el “dolor desproporcionado al examen físico” continúa siendo un criterio clínico clave para su identificación temprana (Stevens & Janis, 2014; Catena et al., 2004). La evolución natural sin desbridamiento oportuno tiende a ser fulminante, con una mortalidad considerable descrita en múltiples series clínicas (Salati, 2022).



La coexistencia de ambas, aunque infrecuente, es un fenómeno documentado en situaciones de infección sistémica grave, especialmente cuando existe un desequilibrio hemostático o una colonización bacteriana polimicrobiana capaz de desencadenar daño tisular acelerado (Guliyeva et al., 2024; Becker et al., 2000). El caso presentado en este artículo refleja una confluencia poco habitual de ambas entidades: un paciente con una dermatosis purpúrica crónica, que posteriormente desarrolló lesiones ampollosas de rápida progresión, necrosis extensa en extremidades y abdomen, sepsis con disfunción renal, y hallazgos quirúrgicos compatibles con fascitis necrotizante. La evolución clínica, junto con la aparición de lesiones purpúricas necróticas en el curso de una infección sistémica, sustentó la sospecha diagnóstica de un cuadro superpuesto de púrpura fulminante infecciosa.

La relevancia de reportar este caso radica no sólo en su presentación inusual y compleja, sino también en subrayar la importancia de identificar precozmente patrones cutáneos sugestivos de infección sistémica severa. Reconocer estas entidades de manera temprana permite implementar estrategias terapéuticas multidisciplinarias que pueden modificar de manera significativa el pronóstico. Esta revisión busca aportar nueva evidencia clínica a la literatura dermatológica y enfatizar la necesidad de un alto índice de sospecha ante dermatosis purpúricas de evolución acelerada.

Presentación del caso

Paciente masculino de 63 años de edad, quien inicia su padecimiento un año y medio previo a acudir a valoración médica por primera vez. Presenta múltiples máculas y pápulas purpúricas que coalescen, diseminada en extremidades pélvicas, torácicas y abdomen, acompañadas de prurito y ardor, con disminución de los arcos de movilidad de mano. Recibió múltiples tratamientos médicos y empíricos que el paciente desconoce al interrogatorio, con exacerbaciones y remisiones del cuadro. 20 días previo a su consulta, presentó aparición de dermatosis localizada en región de tronco, cara anterolateral del abdomen y extremidades de manera bilateral (antebrazos y muslos), caracterizada por lesiones ampulares, de coloración rojo- violáceas de diámetro variable aproximadamente 5mm-5cm, aparentemente de contenido citrino de aparición espontánea, cursó sin resolución y con empeoramiento de las mismas a pesar de la automedicación con Aciclovir 400 mg cada 8 horas. El día 06 de Octubre 2025 acude con médico particular quien aumenta la dosis de aciclovir en esta ocasión a 800 mg cada 6 horas, además de recetar jarabe de silimarina y naproxeno.



Completando 12 días bajo ese régimen con empeoramiento de las lesiones, siendo posteriormente confluyentes, ampulosas de mayor diámetro, de aspecto rojo-violáceo, con superficie friable (Figura 1). Por lo que decide acudir al servicio de urgencias el día 17 de Octubre 2025 donde es valorado por el servicio de infectología, concluyendo el diagnóstico de Fascitis Necrotizante de probable origen polimicrobiano, motivo por el recibe manejo antimicrobiano basado en vancomicina y piperacilina tazobactam.

Figura 1. Mano izquierda



A su ingreso, posterior al diagnóstico de fascitis necrotizante con necrosis seca en mano derecha, es captado por cirugía quien procede con manejo radical mediante amputación a través del húmero de la extremidad derecha por grado de afectación vascular. A continuación, presenta sangrado, por lo que se decide manejo quirúrgico para cierre de muñón, así como escarectomía de lesiones de abdomen anterior y desbridamiento de abdomen inferior (Figura 2) y mano contralateral.

Figura 2. Dermatitis Abdominal



Se recibe paciente en hospitalización bioquímicamente con elevación de leucocitos y azoados, reportando datos de lesión renal aguda. Ante evidencia de lesiones tipo máculas purpúricas progresando rápidamente a datos de necrosis en extremidades (Figura 3), no se descartó la posibilidad de contar con datos de púrpura fulminante infecciosa, siendo el principal agente causal *Neisseria meningitidis*. Se realiza interconsulta a reumatología y hematología para escalar tratamiento, y dirigirlo en caso de ameritar inmunoglobulina o plasmaféresis, al tiempo que continuó tratamiento a base de doble esquema antibiótico, con piperaciclina y tazobactam, y vancomicina, así como analgésico. Mismo que tras su suspensión, se continuó con cefepime como tratamiento antimicrobiano, por aislamiento previo de *Serratia*.

Figura 3. Dermatitis en mano derecha



Paciente que presenta buena respuesta al tratamiento, y tras intervención quirúrgica y conclusión del tratamiento antibiótico, así como manejo de las lesiones dermatológicas, es dado de alta.

DISCUSIÓN

La valoración clínica de lesiones cutáneas que evolucionan con rapidez hacia necrosis plantea uno de los mayores retos en dermatología y medicina de urgencias, pues distintas entidades potencialmente

mortales pueden presentar patrones similares en sus fases iniciales. Entre ellas, la fascitis necrotizante (FN) destaca por la destrucción acelerada de tejidos blandos y su elevada mortalidad, especialmente cuando el diagnóstico se retrasa (Guliyeva et al., 2024; Chen et al., 2020). En paralelo, la púrpura fulminante (PF) constituye una manifestación cutánea extrema de coagulopatía aguda inducida por sepsis, en la que la microtrombosis dérmica favorece la aparición de lesiones purpúricas con transición rápida hacia necrosis (Lécuyer et al., 2017; Contou et al., 2018).

En el caso presentado, la expansión abrupta de lesiones purpúricas hacia bullas hemorrágicas y áreas de necrosis profunda, junto con el deterioro sistémico, obligó a considerar diagnósticos que, si bien distintos en su fisiopatología, convergen clínicamente. Esta similitud inicial dificulta la identificación de una etiología única, lo que hace indispensable integrar hallazgos cutáneos, estado hemodinámico, estudios microbiológicos y parámetros de coagulación. La decisión quirúrgica temprana fue fundamental, ya que la exploración directa sigue siendo el método más efectivo para confirmar FN cuando existe alta sospecha (Chen et al., 2020). Simultáneamente, el tratamiento antimicrobiano de amplio espectro y la vigilancia estrecha de alteraciones en la coagulación resultan esenciales en PF.

La evidencia subraya que la coordinación multidisciplinaria y la intervención temprana reducen significativamente las complicaciones, aunque la amputación continúa siendo frecuente en escenarios con necrosis extensa (Klifton et al., 2019).

CONCLUSIONES

La rápida destrucción tisular observada en infecciones necrosantes subraya la urgencia de un diagnóstico precoz y un manejo agresivo. En el presente caso, las características clínicas (necrosis cutánea extensa, deterioro sistémico y necesidad de desbridamientos/amputación) son consistentes con lo descrito en series recientes de necrotizing fasciitis, donde se reitera que la demora diagnóstica incrementa significativamente la mortalidad y la necesidad de amputaciones mayores (Megas et al., 2024; SURFAST Consortium, 2025).

Asimismo, los protocolos modernos recomiendan un tratamiento empírico amplio desde el inicio, incluyendo cobertura para bacterias grampositivas, gramnegativas y anaerobios, especialmente ante sospecha de infección polimicrobiana, seguido de ajuste según cultivos (SURFAST Consortium, 2025).



La combinación de este régimen antibiótico con desbridamiento quirúrgico urgente continúa siendo la piedra angular para mejorar los desenlaces (Guliyeva et al., 2024).

Por otro lado, los factores pronósticos como edad avanzada, comorbilidades (insuficiencia renal, enfermedades vasculares), y extensión de la infección han sido identificados en los estudios más recientes como predictores de mortalidad y amputación (Megias et al., 2024). Este caso, con un paciente adulto mayor y compromiso vascular grave, confirma la relevancia de estos factores.

Finalmente, este reporte refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario desde el primer momento, especialmente cuando la presentación cutánea es atípica o prolongada. Divulgar experiencias clínicas como esta contribuye a sensibilizar sobre la variabilidad en la presentación de fascitis necrotizante y promueve estándares actualizados de sospecha diagnóstica y manejo temprano.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses

Declaración sobre el consentimiento para la publicación

Los autores confirman que se obtuvo el consentimiento del paciente para la publicación. Se ha eliminado toda información que lo identifique para garantizar el anonimato.

Declaración sobre la aprobación ética y el consentimiento informado

Este informe de caso se realizó de acuerdo con las normas éticas. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente tanto para la participación como para la publicación, incluyendo el uso de datos e imágenes médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Becker FT, Buckley RP. Purpura fulminans associated with varicella. *JAMA Dermatology*. 2000;136(6):798–800.
2. Catena F, La Donna M, Ansaloni L, Agrusti S, Taffurelli M. Necrotizing fasciitis: a dramatic surgical emergency. *Eur J Emerg Med*. 2004;11:44–48.
3. Chen LL, Fasolka B, Treacy C. Necrotizing fasciitis: a comprehensive review. *Nursing*. 2020;50(9):34–40.
4. Colling, M. E., & Bendapudi, P. K. (2018). Purpura Fulminans: Mechanism and Management of Dysregulated Hemostasis. *Transfusion medicine reviews*, 32(2), 69–76.



<https://doi.org/10.1016/j.tmr.2017.10.001>

5. Contou D, Sonnevile R, Canoui-Poitaine F, Colin G, Coudroy R, Pène F, et al. Clinical spectrum and short-term outcome of adult patients with purpura fulminans. *Intensive Care Med.* 2018;44(9):1502–11.
6. Guliyeva G, Huayllani MT, Sharma N, Janis JE. Practical review of necrotizing fasciitis: principles and evidence-based management. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2024;12(1).
7. Klifto KM, et al. Surgical outcomes in adults with purpura fulminans: a systematic review and patient-level meta-synthesis. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2019. PMID: 31641673.
8. Lécuyer H, Borgel D, Nassif X, Coureuil M. Pathogenesis of meningococcal purpura fulminans. *Pathog Dis.* 2017;75(3)
9. Megas I-F, Delavari S, Marti Edo A, Habild G, Billner M, Reichert B, Breidung D. Prognostic Factors in Necrotizing Fasciitis: Insights from a Two-Decade, Two-Center Study Involving 209 Cases. *Infect Dis Rep.* 2024;16(3):472-480.
10. Oviedo-Garcia IG, Klautau GB. Purpura fulminans on invasive meningococcal disease. *Infections in Evidence.* 2022.
11. Salati SA. Necrotizing fasciitis – a review. *Journal of Dermatology & Venereology.* 2022;12(4).
12. Stevens DL, Janis JE. Necrotizing fasciitis: early diagnosis and management. *Am J Surg.* 2014;207(6):565–573.
13. SURFAST Consortium. Antibiotic therapy in necrotizing soft tissue infections: a narrative review of the greater Paris SURFAST consortium. *Critical Care.* 2025;29:431.
14. Temnithikul, B., Rungrunanghiranya, S., Limtanyakul, P., Angkananard, T., & Wessagowit, V. (2022). Klebsiella-induced acute infectious purpura fulminans in a Thai woman: Case report and review of literature. *Skin health and disease*, 3(3), e186. <https://doi.org/10.1002/ski2.186>
15. Yomogida, D., Kitajima, S., & Iwata, Y. (2024). Acute infectious purpura fulminans and hyposplenism. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 117(3), 209–210. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcad233>

