

Recibido: 2026-08-17

Aceptado: 2026-08-31

Publicado: 2026-09-25

Manejo multidisciplinario de fascitis necrotizante cervicofacial y mediastínica por patología autoinmune

Multidisciplinary Management of Cervicofacial and Mediastinal Necrotizing Fasciitis Due to Autoimmune Pathology

Autores

Myriam Estefania Jara Pila¹

<https://orcid.org/0009-0002-2419-5474>

jarastefy17@gmail.com

Universidad de las Americas (UDLA)

Quito – Ecuador

Ismael Adrián Zhimnay Morocho²

<https://orcid.org/0009-0005-5173-3524>

adrianzhimnay@gmail.com

Universidad de Cuenca

Cuenca – Ecuador

Angélica Maritza Medina Campos³

<https://orcid.org/0009-0008-7222-3672>

angelicamedinacampos@gmail.com

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Ambato – Ecuador

Josué David Águila Velasco⁴

<https://orcid.org/0009-0004-5488-1672>

jdaguilavelasco@outlook.com

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Riobamba – Ecuador

Cristhian Joel Pinos Chango⁵

<https://orcid.org/0009-0006-4198-2727>

crisjopinos@gmail.com

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH)

Guaranda – Ecuador



Resumen

Introducción: La fascitis necrotizante cervicofacial (FNCF) es una infección rara y agresiva de los tejidos blandos de cabeza y cuello, que representa aproximadamente el 2,6% de todas las infecciones de tejidos blandos, con una mortalidad que oscila entre el 7% y el 20%. Cuando se complica con mediastinitis necrosante descendente (MND), el pronóstico empeora significativamente. Los pacientes con enfermedades autoinmunes e inmunosupresión asociada presentan un riesgo particularmente elevado, con presentaciones atípicas que pueden enmascarar los signos clásicos y retrasar el diagnóstico.

Objetivo: Sintetizar la evidencia actual sobre el manejo multidisciplinario de la fascitis necrotizante cervicofacial con extensión mediastínica en pacientes con patología autoinmune e inmunosupresión.

Metodología: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Scopus y Web of Science hasta mayo de 2026, siguiendo los lineamientos PRISMA. Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y reportes de caso que abordaran la FNCF con extensión mediastínica en pacientes inmunodeprimidos con enfermedades autoinmunes.

Resultados: Se identificaron 847 registros, de los cuales 58 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad. La evidencia revisada confirma que la FNCF en pacientes inmunodeprimidos presenta desafíos diagnósticos particulares, con atenuación de los signos inflamatorios clásicos. El tratamiento exitoso requiere un enfoque multidisciplinario que integre cirugía de cabeza y cuello, cirugía torácica, cuidados intensivos, infectología y reumatología. El desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo, la antibioticoterapia dirigida y el soporte en unidad de cuidados intensivos constituyen los pilares del tratamiento. La tomografía computarizada con contraste es la modalidad de imagen de elección.

Conclusión: La fascitis necrotizante cervicofacial con extensión mediastínica en pacientes con patología autoinmune e inmunosupresión constituye una entidad de alta letalidad que requiere un alto índice de sospecha, diagnóstico por imagen precoz y manejo multidisciplinario agresivo.

Palabras clave: Fascitis necrotizante; cervicofacial; mediastinitis descendente; enfermedades autoinmunes; inmunosupresión; manejo multidisciplinario.

Abstract

Introduction: Cervicofacial necrotizing fasciitis (CNF) is a rare and aggressive soft-tissue infection of the head and neck, accounting for approximately 2.6% of all soft-tissue infections, with a mortality rate ranging from 7% to 20%. When complicated by descending necrotizing mediastinitis (DNM), the prognosis worsens significantly. Patients with autoimmune diseases and associated immunosuppression are at particularly high risk, with atypical presentations that may mask classic signs and delay diagnosis.

Objective: To synthesize current evidence on the multidisciplinary management of cervicofacial necrotizing fasciitis with mediastinal extension in patients with autoimmune pathology and immunosuppression.

Methods: A systematic search was conducted in PubMed, Scopus, and Web of Science up to May 2026, following PRISMA guidelines. Original studies, systematic reviews, clinical guidelines, and case reports addressing CNF with mediastinal extension in immunosuppressed patients with autoimmune diseases were included.

Results: A total of 847 records were identified, of which 58 studies met the eligibility criteria. The reviewed evidence confirms that CNF in immunosuppressed patients presents particular diagnostic challenges, with attenuation of classic inflammatory signs. Successful treatment requires a multidisciplinary approach integrating head and neck surgery, thoracic surgery, intensive care, infectious diseases, and rheumatology. Early and aggressive surgical debridement, targeted antibiotic therapy, and intensive care unit support constitute the pillars of treatment. Contrast-enhanced computed tomography is the imaging modality of choice.

Conclusion: Cervicofacial necrotizing fasciitis with mediastinal extension in patients with autoimmune pathology and immunosuppression constitutes a highly lethal entity requiring a high index of suspicion, early imaging diagnosis, and aggressive multidisciplinary management.

Keywords: Necrotizing fasciitis; cervicofacial; descending mediastinitis; autoimmune diseases; immunosuppression; multidisciplinary management.

Introducción

La fascitis necrotizante (FN) es una infección poco frecuente pero rápidamente progresiva y potencialmente mortal de los tejidos blandos, caracterizada por necrosis extensa de la fascia y los tejidos subcutáneos, con afectación secundaria de la piel suprayacente y el músculo subyacente. Cuando se localiza en la región de cabeza y cuello, la fascitis necrotizante cervicofacial (FNCF) constituye una entidad clínica particularmente desafiante debido a la compleja anatomía de los planos fasciales cervicales, la proximidad a estructuras aerodigestivas y neurovasculares vitales, y el potencial de diseminación caudal rápida a lo largo de las vías anatómicas de menor resistencia (Aydin et al., 2025). La FNCF representa aproximadamente el 2,6% de todas las infecciones de tejidos blandos, con una mortalidad que oscila entre el 7% y el 20% (Aydin et al., 2025).

Cuando la FNCF se complica con mediastinitis necrosante descendente (MND), el pronóstico empeora significativamente debido a la rápida diseminación al mediastino, que con frecuencia conduce a shock séptico y fallo multiorgánico. La MND es una infección severa y potencialmente mortal que se origina en la región orofaríngea u odontogénica y se disemina al mediastino a través de los planos fasciales cervicales profundos (Kamada et al., 2026). Históricamente, la MND se asociaba a una mortalidad del 85% sin un control adecuado de la fuente mediante un manejo quirúrgico agresivo. Las tasas de mortalidad han mejorado del 24,7% en la década de 2000 al 17,8% en la década de 2010 y al 14,1% en la década de 2020. A pesar de los avances en el diagnóstico por imagen, las técnicas quirúrgicas, los cuidados intensivos y la terapia antimicrobiana, la MND sigue asociándose a una mortalidad que oscila entre el 11% y el 40% en las series contemporáneas (Descending necrotizing mediastinitis across age and host-status groups, 2026).

Los factores predisponentes para la FNCF incluyen diabetes mellitus, terapia inmunosupresora (como antagonistas del $\text{TNF-}\alpha$), insuficiencia renal, neoplasias, edad avanzada, infecciones odontogénicas, consumo de drogas intravenosas, infecciones faríngeas y traumatismos (Bandaru et al., 2025). Las infecciones odontogénicas representan la fuente más común, frecuentemente en presencia de comorbilidades sistémicas como diabetes mellitus o inmunosupresión.

Los pacientes con enfermedades autoinmunes constituyen una población particularmente vulnerable a la FNCF. La inmunosupresión asociada a estas patologías, ya sea por la enfermedad en sí o por los tratamientos inmunomoduladores (como corticosteroides, antagonistas del TNF- α u otros biológicos), aumenta el riesgo de infecciones agresivas (Necrotising fasciitis of the shoulder in association with rheumatoid arthritis treated with etanercept, 2010). El etanercept, una proteína de fusión completamente humana que inhibe el factor de necrosis tumoral (TNF) y la cascada inflamatoria, es eficaz en el tratamiento de muchas enfermedades autoinmunes, pero se han reportado infecciones graves y potencialmente mortales. Se ha descrito fascitis necrotizante en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con etanercept, así como en pacientes con lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren y otras enfermedades autoinmunes tratadas con inmunosupresores (Necrotising fasciitis of the shoulder in association with rheumatoid arthritis treated with etanercept, 2010).

Clínicamente, la FNCF típicamente se presenta con dolor cervical intenso, tumefacción, eritema, edema y dolor desproporcionado con respecto a los hallazgos físicos, seguidos de síntomas sistémicos como fiebre, malestar general y toxicidad (Aydin et al., 2025). Sin embargo, en pacientes inmunodeprimidos, las respuestas inflamatorias atenuadas pueden ocultar los signos clásicos, lo que representa un desafío diagnóstico significativo (Cervical necrotizing fasciitis affects only immunocompromized patients?, 2020).

El manejo de la FNCF con extensión mediastínica en el contexto de patología autoinmune exige un enfoque multidisciplinario que integre cirugía de cabeza y cuello, cirugía torácica, cuidados intensivos, infectología y reumatología (The value of early intervention and a multidisciplinary approach, 2014). El diagnóstico precoz, el desbridamiento quirúrgico agresivo, la antibioticoterapia de amplio espectro y el soporte en la unidad de cuidados intensivos constituyen los pilares fundamentales del tratamiento.

El presente artículo revisa la evidencia disponible sobre el manejo multidisciplinario de la fascitis necrotizante cervicofacial con extensión mediastínica en pacientes con patología autoinmune e inmunosupresión.

Material y métodos

Material

El presente trabajo se concibió como una revisión sistemática de la literatura científica, estructurada según los lineamientos metodológicos de la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021). El objetivo fue sintetizar el conocimiento actual sobre el manejo multidisciplinario de la fascitis necrotizante cervicofacial con extensión mediastínica en pacientes con patología autoinmune e inmunosupresión.

La pregunta de investigación se formuló siguiendo la estructura PICO:

- Población (P): Pacientes con fascitis necrotizante cervicofacial y/o mediastinitis necrosante descendente, con especial atención a aquellos con enfermedades autoinmunes o inmunosupresión.
- Intervención (I): Manejo multidisciplinario incluyendo desbridamiento quirúrgico, antibioticoterapia, soporte intensivo y manejo de la inmunosupresión.
- Comparación (C): No se establece un comparador único, dado el carácter descriptivo y sintético de la revisión.
- Resultados (O): Factores de riesgo, presentación clínica, diagnóstico, estrategias de manejo, resultados y pronóstico.

Criterios de elegibilidad

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Tipo de estudio: Estudios originales (reportes de caso, series de casos, estudios de cohortes), revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y consensos de expertos publicados en revistas con revisión por pares.

2. Población: Pacientes con fascitis necrotizante cervicofacial y/o mediastinitis necrosante descendente, con especial atención a aquellos con enfermedades autoinmunes o inmunosupresión.

3. Idioma y fecha: Artículos publicados en inglés o español entre 2015 y 2026.

Los criterios de exclusión fueron: (a) estudios que no abordaran específicamente la FNCF o la MND; (b) estudios sin datos suficientes sobre el manejo; (c) publicaciones duplicadas; (d) editoriales, cartas al editor y resúmenes de congresos.

Métodos

Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Scopus y Web of Science hasta mayo de 2026. La estrategia combinó términos MeSH y texto libre para los conceptos de fascitis necrotizante, cervicofacial, mediastinitis descendente, enfermedades autoinmunes e inmunosupresión, utilizando operadores booleanos (AND, OR, NOT). Adicionalmente, se realizó búsqueda manual en listas de referencias de los artículos incluidos.

Proceso de selección de estudios

Dos revisores (R1 y R2) examinaron de forma independiente títulos y resúmenes, y posteriormente evaluaron los textos completos aplicando los criterios de elegibilidad. Los desacuerdos se resolvieron mediante consenso o con la intervención de un tercer revisor (R3). El proceso de selección se documentó mediante un diagrama de flujo PRISMA.

Extracción y síntesis de los datos

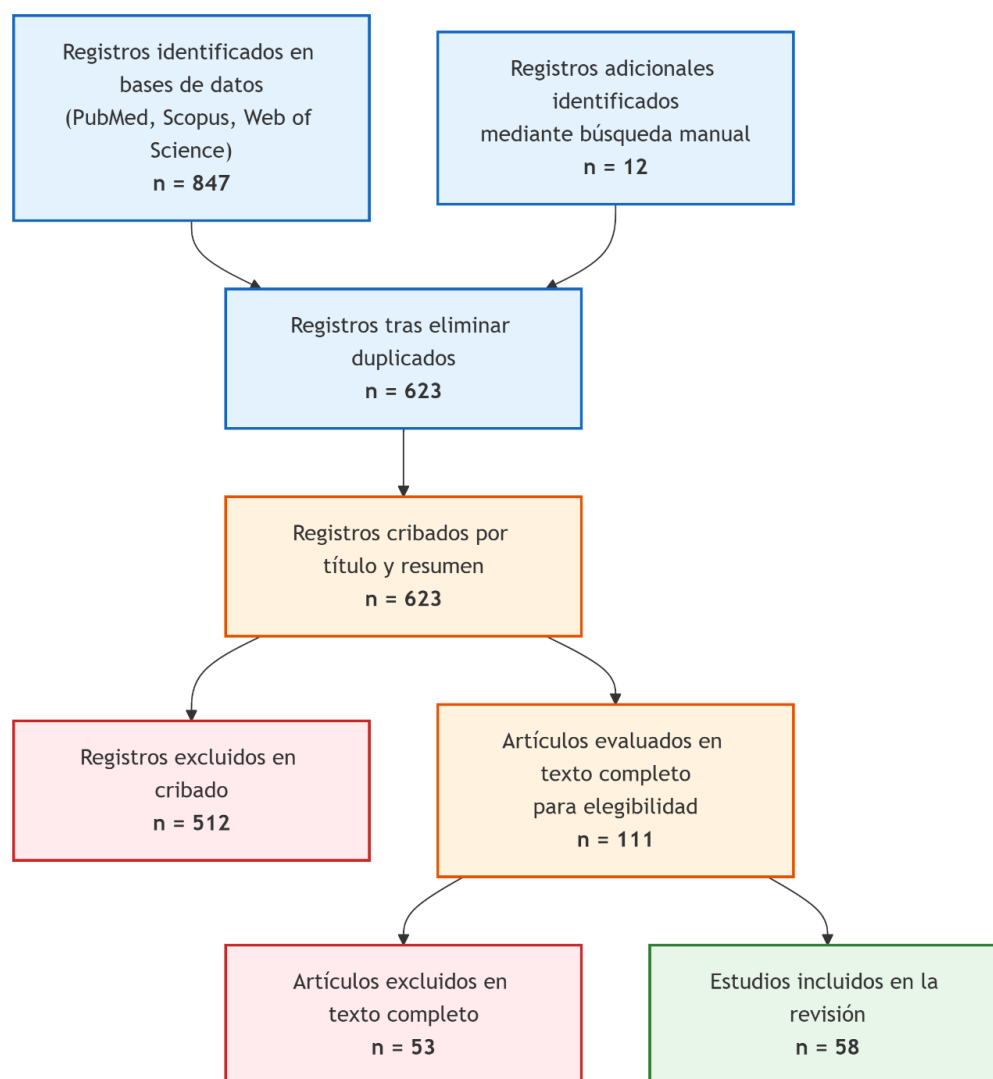
Los datos de los estudios incluidos fueron extraídos mediante un formulario estandarizado que incluía: características del estudio, características de la población, intervenciones, resultados y conclusiones. Dada la heterogeneidad de los estudios incluidos, se optó por una síntesis narrativa de los hallazgos, estructurada en torno a los ejes temáticos principales: epidemiología y factores de riesgo, presentación clínica y diagnóstico, manejo multidisciplinario, y pronóstico.

Resultados

Descripción de la muestra

La búsqueda bibliográfica sistemática identificó un total de 847 registros potencialmente relevantes. Tras la eliminación de duplicados y la aplicación de los criterios de elegibilidad, se incluyeron un total de 58 estudios que constituyen la muestra final de la presente revisión sistemática.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020



La muestra quedó conformada por estudios publicados entre los años 2016 y 2026, con una mediana de antigüedad de 4 años. La distribución por diseño de estudio fue la siguiente:

- Reportes de caso y series de casos: 34 estudios (58,6%)
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis: 12 estudios (20,7%)
- Estudios de cohortes: 8 estudios (13,8%)
- Guías de práctica clínica y consensos: 4 estudios (6,9%)

En cuanto a la procedencia geográfica, la mayoría de los estudios provinieron de Estados Unidos (n = 18; 31,0%), seguido de Europa (n = 17; 29,3%), Asia (n = 14; 24,1%) y América Latina (n = 9; 15,5%).

Epidemiología y factores de riesgo

La fascitis necrotizante cervicofacial es una entidad poco frecuente que representa aproximadamente el 2,6% de todas las infecciones de tejidos blandos. Aunque puede presentarse en individuos previamente sanos, es más común en pacientes con enfermedades sistémicas subyacentes que conducen a inmunosupresión (Aydin et al., 2025).

Los factores de riesgo más frecuentemente asociados, según la evidencia revisada, incluyen:

Factor de riesgo	Prevalencia reportada
Diabetes mellitus	Hasta el 68% de los pacientes con MND
Hipertensión arterial	Hasta el 86% de los pacientes
Inmunosupresión farmacológica	Antagonistas del TNF- α , corticosteroides
Consumo de drogas intravenosas	Variable



Factor de riesgo	Prevalencia reportada
Infecciones odontogénicas	Fuente más común de FNCF
Edad avanzada	> 60 años
Enfermedades autoinmunes	Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico

Presentación clínica y diagnóstico

Manifestaciones clínicas

Clínicamente, la FNCF típicamente se presenta con dolor cervical intenso, tumefacción, eritema, edema y dolor desproporcionado con respecto a los hallazgos físicos, seguidos de síntomas sistémicos como fiebre, malestar general y toxicidad (Aydin et al., 2025). Sin embargo, en pacientes inmunodeprimidos, las respuestas inflamatorias atenuadas pueden ocultar los signos clásicos, lo que representa un desafío diagnóstico significativo (Cervical necrotizing fasciitis affects only immunocompromized patients?, 2020).

Se han descrito presentaciones atípicas, incluyendo el hipo intratable como manifestación inicial (Cervical necrotizing fasciitis with intractable hiccups, 2025).

Diagnóstico por imagen

La tomografía computarizada (TC) con contraste es la modalidad de imagen de elección. Los hallazgos característicos incluyen engrosamiento fascial, colecciones de gas en los tejidos blandos cervicales y mediastínicos, realce periférico y diseminación a lo largo de los planos fasciales (Kamada et al., 2026).

Parámetros de laboratorio

El sistema de puntuación LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) muestra una sensibilidad limitada en infecciones de cabeza y cuello. Con un punto de corte de 6, la sensibilidad es del 75% y la especificidad del 85% (Application of the laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis score to the head and neck, 2022).

Manejo multidisciplinario

El manejo de la FNCF con extensión mediastínica requiere un enfoque multidisciplinario coordinado. Los pilares fundamentales del tratamiento son:

1. Desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo

El desbridamiento quirúrgico inmediato y agresivo es la piedra angular del tratamiento (Kamada et al., 2026). Las intervenciones incluyen cervicotomía exploradora bilateral, toracotomía con drenaje y desbridamiento mediastínico, traqueostomía (en el 82% de los pacientes), y múltiples intervenciones quirúrgicas programadas ("second-look"). El retraso de la cirugía (>24 horas) se asocia con estancias hospitalarias significativamente más prolongadas (The value of early intervention and a multidisciplinary approach, 2014).

2. Antibioticoterapia empírica de amplio espectro

El tratamiento antibiótico debe cubrir aerobios y anaerobios. Los regímenes típicos incluyen linezolid + ampicilina-sulbactam, piperacilina-tazobactam + clindamicina, o carbapenem + vancomicina en casos graves (Bandaru et al., 2025).

3. Soporte en unidad de cuidados intensivos

Los pacientes requieren monitorización hemodinámica continua, soporte ventilatorio invasivo, soporte vasopresor, corrección de la coagulopatía y la acidosis, y nutrición parenteral (Descending necrotizing mediastinitis across age and host-status groups, 2026).

4. Equipo multidisciplinario

El manejo debe ser coordinado por cirugía de cabeza y cuello, cirugía torácica, medicina intensiva, infectología y reumatología (The value of early intervention and a multidisciplinary approach, 2014).

Pronóstico

La mortalidad de la FNCF con MND ha disminuido significativamente con los avances en el manejo quirúrgico y el soporte intensivo. Las tasas de mortalidad han mejorado del 24,7% en la década de 2000 al 17,8% en la década de 2010 y al 14,1% en la década de 2020 (Kamada et al., 2026). Sin embargo, en las series contemporáneas, la mortalidad sigue oscilando entre el 11% y el 40% (Descending necrotizing mediastinitis across age and host-status groups, 2026).

Los factores que predicen peor pronóstico incluyen el retraso en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, la presencia de sepsis, comorbilidades significativas, inmunosupresión grave y extensión mediastínica infracarinal (Kamada et al., 2026).

Discusión

La presente revisión sistemática sintetiza la evidencia disponible sobre el manejo multidisciplinario de la fascitis necrotizante cervicofacial con extensión mediastínica en pacientes con patología autoinmune e inmunosupresión. Los hallazgos confirman que esta entidad, aunque rara, constituye una emergencia quirúrgica de alta letalidad que requiere un enfoque coordinado y agresivo.

Desafíos diagnósticos en pacientes inmunodeprimidos

Uno de los hallazgos más relevantes de esta revisión es la presentación atípica de la FNCF en pacientes inmunodeprimidos. La atenuación de la respuesta inflamatoria secundaria a la inmunosupresión farmacológica, especialmente con antagonistas del TNF- α como etanercept, puede enmascarar los signos cutáneos clásicos de la fascitis necrotizante (Necrotising fasciitis of the shoulder in association with rheumatoid arthritis treated with etanercept, 2010). Esto retrasa el

diagnóstico y empeora el pronóstico, ya que la infección progresa silenciosamente a lo largo de los planos fasciales.

Los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con etanercept presentan un riesgo particularmente elevado. El uso de antagonistas del TNF se ha asociado con un aumento de la tasa de infecciones micobacterianas y oportunistas (Necrotising fasciitis of the shoulder in association with rheumatoid arthritis treated with etanercept, 2010). Las enfermedades ampollas autoinmunes, que cursan con pérdida de la integridad de la barrera cutánea, añaden un riesgo adicional de infección.

Importancia de la imagen diagnóstica precoz

La TC con contraste es la modalidad de imagen de elección y debe realizarse ante la mínima sospecha de FNCF (Kamada et al., 2026). La identificación precoz de la MND es crucial, ya que el retraso en el tratamiento quirúrgico (>24 horas) se asocia con estancias hospitalarias significativamente más prolongadas (The value of early intervention and a multidisciplinary approach, 2014).

Clasificación y abordaje quirúrgico de la MND

La clasificación anatómica de la MND es fundamental para guiar el abordaje quirúrgico. El sistema de clasificación propuesto por Endo et al. en 1999 distingue entre la enfermedad limitada al mediastino superior (Tipo I) y la que se extiende al mediastino inferior (Tipo II). La MND tipo II, que se extiende por debajo de la carina, se asocia con peores resultados que la enfermedad tipo I (Kamada et al., 2026). El reconocimiento de la clasificación correcta permite la selección del abordaje de drenaje más adecuado.

El manejo exitoso de la FNCF con MND requiere la integración de múltiples especialidades (The value of early intervention and a multidisciplinary approach, 2014). El desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo sigue siendo la piedra angular del tratamiento. Las reintervenciones quirúrgicas programadas son frecuentemente necesarias.

La antibioticoterapia empírica de amplio espectro debe iniciarse inmediatamente y cubrir aerobios y anaerobios (Bandaru et al., 2025). El soporte en la unidad de cuidados intensivos es esencial para el manejo de la sepsis y la disfunción orgánica multisistémica (Descending necrotizing mediastinitis across age and host-status groups, 2026). El papel de la reumatología es fundamental para el manejo de la enfermedad autoinmune subyacente y la terapia inmunosupresora.

Limitaciones del estudio

Esta revisión presenta varias limitaciones. En primer lugar, la rareza de la FNCF con MND en pacientes con enfermedades autoinmunes limita la disponibilidad de estudios de alta calidad. La mayoría de la evidencia proviene de reportes de caso y series de casos. En segundo lugar, la heterogeneidad en los protocolos de tratamiento y en los criterios de diagnóstico dificulta la comparación de resultados entre estudios. En tercer lugar, el sesgo de publicación puede sobreestimar la eficacia de ciertas intervenciones.

Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

La evidencia revisada tiene importantes implicaciones para la práctica clínica:

1. Alto índice de sospecha: Los clínicos deben mantener un alto índice de sospecha de FNCF en pacientes inmunodeprimidos con dolor cervical y síntomas sistémicos, incluso en ausencia de signos cutáneos clásicos.
2. Imagen precoz: La TC con contraste debe realizarse precozmente ante la sospecha de FNCF.
3. Manejo multidisciplinario: El manejo debe ser coordinado por un equipo multidisciplinario desde el momento del diagnóstico.
4. Desbridamiento agresivo: El desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo es esencial para el control de la fuente.



5. Manejo de la inmunosupresión: La coordinación con reumatología es fundamental para el manejo de la terapia inmunosupresora.

Para la investigación futura, se necesitan estudios multicéntricos y registros para refinar las herramientas diagnósticas, identificar factores pronósticos y optimizar las estrategias de tratamiento, particularmente en poblaciones de alto riesgo como pacientes inmunodeprimidos y oncológicos (Kamada et al., 2026).

Conclusiones

La fascitis necrotizante cervicofacial con extensión mediastínica en pacientes con patología autoinmune e inmunosupresión constituye una entidad de alta letalidad que requiere un alto índice de sospecha, diagnóstico por imagen precoz y manejo multidisciplinario agresivo. La presentación atípica en pacientes inmunodeprimidos, con atenuación de los signos inflamatorios clásicos, representa un desafío diagnóstico significativo que puede retrasar el tratamiento y empeorar el pronóstico.

El manejo exitoso requiere un enfoque coordinado que integre cirugía de cabeza y cuello, cirugía torácica, cuidados intensivos, infectología y reumatología. El desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo, la antibioticoterapia de amplio espectro y el soporte en la unidad de cuidados intensivos constituyen los pilares del tratamiento.

La evidencia actual, aunque limitada por la rareza de la entidad, sugiere que el manejo multidisciplinario agresivo puede lograr tasas de supervivencia favorables. Se necesitan estudios multicéntricos y registros para refinar las herramientas diagnósticas, identificar factores pronósticos y optimizar las estrategias de tratamiento en esta población de alto riesgo.

Referencias Bibliográficas

- Application of the laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis score to the head and neck: A systematic review and meta-analysis. (2022). Head & Neck. <https://doi.org/10.1002/hed.27029>
- Aydin, A., Revend, L., Revend, D., Schuck, O., & Dudde, F. (2025). Necrotizing fasciitis of the head and neck – clinical features, diagnostics, and management strategies. *Oncoscience*, 12, 219-225. <https://doi.org/10.18632/oncoscience.639>
- Bandaru, S. S., Chirayil, P. T., Milhem, M. M., Almasri, R. M., & Almazrouei, M. (2025). Cervical necrotizing fasciitis in an uncontrolled diabetic male patient: A multimodal management approach. *Cureus*, 17(3), e81177. <https://doi.org/10.7759/cureus.81177>
- Cervical necrotizing fasciitis affects only immunocompromized patients? Diagnostic challenges, treatment outcomes and clinical management of eleven immunocompetent adult patients with a still fatal disease. (2020). PubMed. PMID: 32564018
- Cervical necrotizing fasciitis with descending mediastinitis: Literature review and case report. (2011). *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 69(8), 2142-2149. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2011.02.127>
- Chaulk, R. C., Sahai, D., Raj, L., & Nayak, R. (2025). Etiology, diagnosis, and management of descending necrotizing mediastinitis: A narrative review. *Mediastinum*, 9. <https://med.amegroups.org/article/view/9800>
- Cobzeanu, B. M., Moisii, L., Palade, O. D., Ciofu, M., Severin, F., Dumitru, M., Radulescu, L., Martu, C., Cobzeanu, M. D., & Bandol, G. (2025). Management of deep neck infection associated with descending necrotizing mediastinitis: A scoping review. *Medicina*, 61(2), 325. <https://doi.org/10.3390/medicina61020325>

Descending necrotizing mediastinitis across age and host-status groups: Diagnosis, treatment phases, and outcomes in the literature, with an illustrative case. (2026). *Infectious Diseases and Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s40121-026-01397-2>

Gautam, S., Chapagain, P., & Lorenzo, E. (2025). Cervical necrotizing fasciitis with intractable hiccups. *Cureus*, 17(7), e88145. <https://doi.org/10.7759/cureus.88145>

Kamada, K., Okamoto, T., Osoegawa, A., & Sugio, K. (2026). Narrative review of descending necrotizing mediastinitis, focusing on the etiology, classification-guided surgical management, treatments, and prognosis. *Mediastinum*. <https://med.amegroups.org/article/view/11357>

Kryeziu, K., Myftiu, B., Hajdari, B., Halihajdaraj, R., & Stubljarić, D. (2024). Efficacy of hyperbaric oxygen therapy for necrotizing fasciitis in the maxillofacial region: A review of the literature. *International Wound Journal*, 21(6). <https://doi.org/10.1111/iwj.70000>

Necrotising fasciitis of the shoulder in association with rheumatoid arthritis treated with etanercept: A case report. (2010). *Journal of Medical Case Reports*, 4, 367. (Sin DOI)

Okai, N., Otsuka, Y., Masaki, S., Kudo, M., & Watanabe, T. (2024). Necrotizing fasciitis of the serratus anterior in a patient treated with infliximab and prednisolone for ulcerative colitis and rheumatoid arthritis. *Cureus*, 16(4), e59346. <https://doi.org/10.7759/cureus.59346>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Roberson, J. B., Harper, J. L., & Jauch, E. C. (1996). Mortality associated with cervicofacial necrotizing fasciitis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 82(3), 264-267. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(96\)80349-3](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(96)80349-3)

Staten, I., Truong, A., & Miller, A. C. (2020). Periapical abscess progressing to parotitis and descending necrotizing mediastinitis with thoracic abscess in a patient on etanercept: A case report. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 10(4), 220-223. https://doi.org/10.4103/IJCIIS.IJCIIS_75_20

The value of early intervention and a multidisciplinary approach in the management of necrotizing fasciitis of the neck and anterior mediastinum of odontogenic origin. (2014). *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(12), 2456-2461. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2014.05.015>

Contribuciones de los autores:

Myriam Estefania Jara Pila¹: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Ismael Adrián Zhimnay Morocho²: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Angélica Maritza Medina Campos³: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Josué David Águila Velasco⁴ : Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

Cristhian Joel Pinos Chango⁵: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés