



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 423/4 - BULTOMA POSTRAUMÁTICO COMPLICADO

J. Castro García<sup>1</sup>, Ó. Navarro Aparicio<sup>2</sup>, M. Real Campaña<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz. <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz. <sup>3</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. Andalucía.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 60 años que refiere, hace 48 horas, realizar movimiento brusco de brazo derecho, tras lo cual comienza con ligeras molestias. El día después, presenta fiebre, malestar general asociado a náuseas y vómitos, dos deposiciones diarreicas y aparición de un "bultoma" en el brazo derecho, motivo por el que acude a su médico de atención primaria, sin objetivarse signos de alarma y pautándose analgesia. Dado que la paciente presenta empeoramiento de su estado general acudo al servicio de urgencias presentando regular estado general, fiebre y en el miembro superior derecho se observan flictenas rotas, hematoma difuso y edematización sin crepitación en el momento de la exploración. Alergias y contraindicaciones: teicoplanina y haloperidol. Artritis reumatoide en tratamiento inmunosupresor (azatioprina). Fibrosis pulmonar subpleural. En estudio por Urología tras acudir por hematuria, por lesión sólida renal izquierda pendiente de filiar. Medicación: prednisona 5 mg, calcio carbonato/colecalciferol, ranitidina, ácido alendrónico, AAS 100 mg, azatioprina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente consciente, orientada y colaboradora sin déficit ni focalidad neurológica. Movimientos del tórax simétricos. AP: MVC con crepitantes secos bilaterales. AC: taquicárdica sin soplos audibles. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Miembros inferiores con livideces en raíz de miembros, sin edemas ni signos de TVP ni superficial. Miembro superior derecho edematizado, con flictenas rotas desde su raíz hasta muñeca y hematomas en diferentes estadios. EKG: taquicardia sinusal a 120 lpm. Rx tórax. Infiltrado intersticial bilateral sugestivo de fibrosis pulmonar y pinzamiento de ambos senos costofrénicos. Hemograma: hemoglobina 9,40 g/dL; leucocitos 5.065/uL con desviación izquierda; plaquetas normales. AP 44%, INR 1,84, TPTA 36. Bioquímica: función renal normal; sodio 147 mmol/L; potasio 2,2 mmol/L; cloro 110 mmol/L; función hepatobiliar normal; proteína C reactiva 9,23 mg/dL; procalcitonina 4,48 ng/mL. Gasometría: pH 7,33, pCO<sub>2</sub> 36 mmHg, HCO<sub>3</sub> 18 mmol/L. TC: Marcado edema de tejidos blandos, con afectación predominante del tejido celular subcutáneo, sin que se aprecien burbujas de gas en el territorio incluido. Evolución desfavorable precisando oxigenoterapia de alto flujo y dosis altas de vasoactivos (noradrenalina). Se solicita valoración por Traumatología que plantea la necesidad de amputación del MSD para poder controlar la situación de shock séptico, tanto la paciente como la familia se niega a la intervención. A partir de ese momento se procede a LTSV manteniendo en todo momento sedoanalgesiada a la paciente para su confort.

**Juicio clínico:** Fascitis necrotizante.

**Diagnóstico diferencial:** Gangrena gaseosa. Púrpura fulminans.

**Comentario final:** La fascitis necrotizante es una infección de la fascia rápidamente progresiva con necrosis secundaria del tejido subcutáneo. La frecuencia aumenta en los pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico puede ser difícil y requiere de un alto grado de sospecha. En muchos casos la fascitis necrotizante está precedida de un traumatismo o una intervención quirúrgica. Sorprendentemente, la lesión inicial es con frecuencia trivial, como una abrasión menor. El dolor es desproporcionado a las lesiones físicas encontradas y en el transcurso de horas a días el dolor progresa a anestesia. Otros signos que encontraremos son edema y eritema extenso, vesículas y crepitación. En un primer momento el paciente presenta buen estado general evolucionando rápidamente a un estado séptico. Es una urgencia quirúrgica que precisa desbridamiento e incluso amputación.

## Bibliografía

Necrotizing Fasciitis: Background, Pathophysiology, Etiology [Internet]. Emedicine.medscape.com. 2019 [acceso 15 January 2019]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2051157-overview?src=medscapeapp-android&ref=email>.