



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

387/4 - INFECCIONES DÉRMICAS EN PACIENTE ANCIANO

A. Morán Caballero¹, D. Sánchez Andrés², A. Gutiérrez Pérez de Lis³, A. de la Cal Núñez², M. Gómez Sánchez⁴, P. Pascual Blasco⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Alisal. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Astillero. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Nos avisan desde una residencia para valorar a una paciente de 92 años con antecedentes destacados de enfermedad de Parkinson con deterioro cognitivo moderado, insuficiencia venosa crónica, polimialgia reumática y DM tipo 2, que presenta una úlcera pierna derecha de 10 días con evolución tórpida. A nuestra llegada nos encontramos con una gran úlcera cutánea en paciente con fiebre de 38,5 °C, hipotensión, obnubilación y taquipnea. Ante dichos hallazgos se decide traslado hospitalario con consecuencia de criterios clínicos de sepsis. Una vez en urgencias tras evaluación clínica se decide desbridamiento quirúrgico e ingreso con sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 38,5 °C; TA: 95/54 mmHg; FC: 120 lpm; FR: 24 rpm; SatO₂ 90% con Ventimask 32; Exploración física: General: obnubilada, desorientada, taquipneica, palidez cutánea, sequedad cutánea-mucosa. Tórax: AC: taquicardica, rítmica, sin soplos. AP: MVC normal en ambos hemitórax. Extremidades inferiores: úlcera necrótica en cara interna y posterior de pierna derecha con gran destrucción de tejidos blandos, exposición de fascia y grupo muscular local y exposición ósea en cara posterior. Salida de contenido purulento y necrótico en gran cantidad con olor a gangrena/putrefacción. Analítica: Bioquímica: glucosa 130 mg/dl, creatinina 0,85 mg/dl, filtrado glomerular 60 ml/min/1,73 m², PCR 9 mg/dl, lactato 4 mmol/l, procalcitonina 2,45 mg/ml. Hemograma: leucocitos 15,1e3/uL, cayados 2%, segmentados 85%, hemoglobina 11,5 g/dL

Juicio clínico: Sepsis grave. Fascitis necrotizante monobacteriana por SARM.

Diagnóstico diferencial: Fascitis necrotizante polimicrobiana, pioderma gangrenoso, gangrena gaseosa.

Comentario final: Por tanto, se trata de una paciente de 92 años con antecedentes de diabetes que como consecuencia de su enfermedad de Parkinson avanzada, realiza una vida cama-sillón, favoreciendo de este modo la formación de úlceras cutáneas con posterior sobreinfección en áreas declives. El tipo de infección que presentó nuestra paciente se caracteriza por destrucción fulminante del tejido, signos sistémicos de toxicidad y alta mortalidad. La paciente fue intervenida de urgencias para desbridamiento y limpieza de la zona con posterior cura, también fue sometida sueroterapia intensa y antibioterapia de amplio espectro como consecuencia de la sepsis que padecía.

Bibliografía

Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing Soft-Tissue Infections. *N Engl J Med.* 2017;377:2253.

Bonne SL, Kadri SS. Evaluation and Management of Necrotizing Soft Tissue Infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2017;31:497.

Miller LG, Perdreau-Remington F, Rieg G, et al. Necrotizing fasciitis caused by community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Los Angeles. *N Engl J Med.* 2005;352:1445.