Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1360

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1470 - Doctora, me cruje el brazo

L. Beltran Cruells[a], N. Domene Martí[b], M. Bosch Ventura[c], M. D'Lacoste Farré[d], E. Ruíz Gil[b], S. Carbó Queralto[d], M.I. Rodríguez Arce[a] e I. Vargas[d]

[a]Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà. Barcelona. [b]Médico de Familia. ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. [c]Médico de Familia. Centro de Salud ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. [d]Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 60 años, no AMC. AP: dislipemia, asma cortico dependiente (metilprednisolona 8 mg/24h y aerosoles), luxación congénita cadera izquierda IQ plastia acetabular. Consulto con lesión eritematosa supurada en codo de brazo derecho (ESD) tratándose con mupirocina tópica. A las 8 horas del inicio del cuadro, reconsultó con leve dolor, edema y crepitación de ESD. Negaba fiebre o distermia. Negaba contusión u otra clínica acompañante. Exploración: confirmó presencia de enfisema subcutáneo y crepitación de ESD. Se derivó a hospital de referencia. Ingresó con OD de celulitis vs fascitis gangrenosa. Se hemocultivo (HC) y se recogió frotis. Inicio antibiótico endovenoso (Ab. ev). Se realizó TAC ESD, cuello y tórax, confirmando gangrena gaseosa con posterior intervención quirúrgica (IQ) urgente.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales: afebril, TA 149/95, FC 96x' rítmica. Sat basal 98%. ESD: aumento volumen del brazo al hombro con crepitantes subcutáneos, herida de 0,5 cm en codo con eritema perilesional y drenaje de material purulento. Analítica: leucocitosis 9.540 (N93%), glucosa 6,5 mmol/L, PCR 5,72 (N 3 mg/L). HC: negativos. TAC ESD, cuello, tórax: gas en ESD, afecta tejido graso subcutáneo y compartimentos musculares. Gas en músculos en zona posterior del hombro, espalda, axila derecha, paquete vascular cervical derecho, retro faringe e mediastino hasta el bronquio principal izquierdo.

Juicio clínico: Gangrena gaseosa.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Celulitis.

Comentario final: En pacientes con clínica compatible con celulitis, importante tener en cuenta factores de riesgo de desarrollo de fascitis necrotizante. Estos son: DM2, alcohol, inmunosupresión, glucocorticoides, tumores, edades extremas y factores locales (heridas, traumatismo o cirugías recientes). En todo caso alarmarse a la presencia de enfisema subcutáneo. Presenta rápida evolución y extrema gravedad asociado, en muchos pacientes, a aparición de shock séptico, precisando IQ y Ab.ev. El diagnóstico: inicialmente clínico. No debe retrasarse. Pronóstico: según diagnóstico precoz y tratamiento agresivo inmediato. Prueba imagen Gold Standard: TAC. Tratamiento: Ab ev y IQ extensa y precoz. En algunos casos: cámara hiperbárica (más eficaz en infecciones clostridianas). Los HC: sólo positivos en 60% de los casos, y los cultivos quirúrgicos en el 76%. Esta paciente, había que tener en cuenta, el estado inmunodeprimido, por los corticoides crónicos orales, y la clínica de rápida evolución con dolor apaciguado por el tratamiento con corticoides. Se cultivo, fue tratada con Ab. ev, precisando IQ en dos tiempos, fasciotomía inicial y a los 2 días limpieza quirúrgica con mejoría. Posteriormente tratamiento con cámara hiperbárica. Los HC tanto pre como intra quirúrgicos fueron negativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hashimoto N, Sugiyama H, Asagoe K, Hara K, Yamasaki O, Yamasaki Y, et al. Fulminant necrotising fasciitis developing during long term corticosteroid treatment of systemic lupus erythematosus. Annals Rheumatic Diseases. 2002.

2. Navinan MR, Yudhishdran J, Kandeepan T, Kulatunga A. Necrotizing fasciitis - a diagnostic dilemma: two case reports. J Med Case Rep. 2014.

3. Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2012.

4. Shukry AS. Necrotizing Fasciitis- Report of ten cases and review of recent literature. J Med Life. 6(2):189-94.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.