

424/3223 - NECROSIS SECUNDARIA A fármacos VASOACTIVOS. A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO

M. García Miranda¹, M. Yuste Vergas², C. Martínez Gutiérrez³ e I. Cordón Dorado⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Muñana. Ávila. ²Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Norte. ³Enfermera de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ávila Norte. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ávila Estación.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años, Obesidad: intervenida con cirugía bariátrica en dos ocasiones (2009 y 2015); no tratamiento habitual. Acudió al centro de salud para control y seguimiento tras ser dada de alta en medicina interna. Hacía 45 días acudió a urgencias por cuadro de disminución de nivel de conciencia, desorientación y T°: 41 °C, estando en urgencias la paciente comenzó con cuadro de shock séptico. Se realizó Interconsulta con UCI, se canalizó vía subclavia izquierda con CVC y se comenzó tratamiento con noradrenalina antibiótico de amplio espectro y reposición de volumen para remontar tensión arterial, ingresando en servicio de UCI.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 80/40 mmHg; FC: 120 lpm; T°: 40,2 °C. Consciente con disminución del nivel de conciencia, orientada. Hemograma normal. PCR 0,35 mg/dl, procalcitonina 17,22 ng/ml. Estando ingresada en la UCI comenzó con insuficiencia respiratoria, continuando con shock refractario que precisó fármacos vasoactivos e inotrópicas a dosis muy elevadas. Al tercer día comenzaron a aparecer lesiones isquémicas en los dedos de manos y pies que fueron evolucionando hasta necrosis franca de las falanges distales de segundo, tercer y quinto dedo de mano derecha. Después de 45 días estar ingresada, la paciente fue dada de alta el día siguiente, acudiendo al centro de salud para seguimiento y curas diarias. Tres meses más tarde debido a la mala evolución de su necrosis, se procedió a amputación transfalángica 2º dedo de miembro superior derecho y interfalángica 1º dedo de miembro superior derecho.

Orientación diagnóstica: Necrosis secundaria a fármacos vasoactivos en contexto de sepsis.

Diagnóstico diferencial: Coagulación intravascular diseminada (CID). Fascitis necrotizante. Necrosis por cocaína.

Comentario final: En el tratamiento de lesiones necróticas es fundamental actuar con rapidez un buen control volémico en la medida que sea posible, puesto que una vez producida la necrosis la mayoría termina en amputación; de allí la importancia del trabajo de un equipo multidisciplinario; intensivistas, cirujanos, profesionales de Atención Primaria jugamos un papel fundamental, en la vigilancia estrechamente de posibles complicaciones de placas de necrosis, un vez producida la amputación el apoyo emocional de dicho paciente.

Bibliografía

1. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A. in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. N Engl J Med. 2001;345:1368-77.
2. Gaieski DF, Mikkelsen ME, Crit Care Med. 2010;38(4):1045-53.

Palabras clave: Necrosis. Fármacos vasoactivos. Amputación.